



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA

INCORPORADA A LA U.N.A.M 8898-25

**“LAS TÉCNICAS COGNITIVAS-CONDUCTUALES, A
TRAVÉS DE UN
BLOG VIRTUAL, PARA FAVORECER EL DESARROLLO
INTEGRAL DEL NIÑO QUE PRESENTA TAG”**

T E S I N A

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
LETICIA ZAIRETH BAUTISTA MENDOZA**

**ASESOR DE TESINA:
LIC. EN PSIC. NOEL MORALES SOSA**

OZUMBA, EDO. MÉX, MAYO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Primeramente, quiero agradecer a la vida y a Dios por el don de la vida, por gozar de salud, pero sobre todo por haberme permitido llegar hasta aquí, después de varios años de estudio logre la primer meta.

A Itzia Mildred (mi china)

Mi niña fuiste un motivo muy grande para no desistir en este sueño de estudiar Psicología, te toco acompañarme a la universidad, y aunque te gustaba ir, había días en los que no aguantabas las 5 o 6 horas de clases, pues eras muy pequeña, hoy en día sigues recordando eso y te da gusto. Gracias por ser esa niña risueña, bailarina, extrovertida, tierna, inteligente, noble, ¡UNICA!

A Josué Andrés (mi pamolo)

Mi niño, gracias por enseñarme a valorar más la vida, por enseñarme que por un hijo se da todo y que siempre debe ser primero sobre todas las cosas; nos tocó vivir esa situación muy fuerte y dolorosa en el hospital cuando tú eras muy pequeño, y con eso me demostraste lo fuerte que eres, gracias por quedarte con nosotros, gracias por ser ese niño enojón, besucón, inteligente, con esa mirada traviesa que siempre te caracteriza, bailador, ¡UNICO!

Su amor incondicional que me dan a diario me ayudo a llegar hasta aquí, su llegada me ha hecho ver la vida desde otra perspectiva, me enseñan a ser fuerte a diario, a no rendirme, a tener claro a donde quiero llegar para que ustedes estén bien, sé que me falta mucho para ser la mamá que ustedes se merecen, pero nunca duden de cuanto los amo.

Hijos, los amo demasiado y hoy les puedo decir que después de tanto esfuerzo

¡Lo logramos!

A mis abuelitos

Nunca terminaría de agradecerles todo lo que han hecho por mí y por mis hijos, gracias por ser un gran apoyo en mi carrera, por el sacrificio que hicieron para que yo llegara hasta aquí, por demostrarme que su amor y apoyo siempre será incondicional, por sus consejos, sus regaños, por ser pieza fundamental en mi vida, ¡quisiera que nunca me faltaran! Gracias por cuidar de Itzia y Josué, pero sobre todo porque su amor hacia mí,

siempre ha sido el de una hija. Le pido mucho a Dios, para que sigan con nosotros por muchos años más.

A mi mamá

Te agradezco lo que has hecho por mí y a pesar que a veces no lo demuestro ni mucho menos te lo digo ¡te amo!

A mi asesor de Tesina

Profesor Noel, muchas gracias por el apoyo que me brindo para este proceso de titulación, pero sobre todo siempre le estaré eternamente agradecida por el apoyo brindado cuando mi hijo se hospitalizo, por enseñarme que en esta vida hay prioridades, y que la familia esta sobre todas las cosas.

A mis asesores de Tesina

Profesores Grisel y Juan, gracias por sus consejos y por todo el apoyo que me brindaron en la realización de mi trabajo; gracias por haber sido parte de mi formación académica, por sus enseñanzas.

Al Dr. Juan Carlos

Infinitas gracias por su apoyo, por sus enseñanzas, por sus consejos, y por ser un impulso para que comenzara mi proceso de titulación.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACIÓN	9
METODOLOGÍA.....	10
VARIABLES	11
1. ANSIEDAD GENERALIZADA EN NIÑOS	13
1.1. Antecedentes históricos.....	13
1.2. Definición	14
1.3. Características	14
1.4. Principales causas.....	15
1.5. Criterios de la Ansiedad Generalizada DSM-V	17
1.6. Epidemiología.....	18
1.7. Diagnóstico.....	19
1.8. Tratamiento.....	19
2. Modelo Cognitivo-Conductual	23
2.1. Antecedentes	23
2.2. Precursores.....	24
2.3. Definición Psicología Cognitiva	29
2.4. ¿Qué son las técnicas cognitivo-conductual?	30
2.5. Principales técnicas para la inhibición de ansiedad	31
2.5.1. Desensibilización sistemática	31
2.5.2. Relajación	31
2.5.3. Respiración	34
2.5.4. Exposición.....	36
2.5.5. Implosión.....	36
2.5.6. Activación conductual	37
3. Desarrollo Integral del niño.....	38
3.1. ¿Qué es el desarrollo integral del niño?	38
3.1.1. Según Jean Piaget.....	39
3.1.2. Según Erik Erikson	41
3.1.3. Según Sigmund Freud.....	44
3.1.4. Según Lev Vygotsky	50

4. Blog Virtual: una herramienta para dar a conocer las TCC, utilizadas para el TAG en niños....	54
ANEXO 1	61
CONCLUSIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
REFERENCIAS CIBERGRÁFICAS	65

INTRODUCCION

Actualmente vivimos en una época, donde la ansiedad, estrés y depresión, han ido aumentando considerablemente, no solo en las personas jóvenes o adultas, sino desde la niñez, pues el mismo estilo de vida está haciendo que desde una temprana edad padezcan alguna de estas enfermedades.

Mi investigación se centra en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, ya que es un tema que, a pesar de la poca información, es de suma importancia saber identificar los principales síntomas, esto con el fin de diagnosticar y dar un debido tratamiento, y el/la niño (a), tenga un buen desarrollo integral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se esperaría que el primer lugar donde se detecte este problema sea en casa, pues los padres son los que conviven a diario con los niños, pero al no tener la basta información de los principales síntomas de este trastorno, lo más seguro es que lo puedan relacionar a que el niño solo presenta hiperactividad, anda irritable sin tener motivo alguno, inclusive que se les haga “normal” el tener dificultad para dormir o que el/la niño (a) prefiera seguir durmiendo y así evitar hacer sus actividades diarias.

En segundo lugar, sería detectarlo a través de los profesores, pues los niños pasan gran parte del día en la escuela; desafortunadamente los docentes no cuentan con los conocimientos adecuados relacionados a los trastornos, para que detecten este problema entre sus alumnos.

Es de suma importancia que el niño tenga un buen desarrollo integral, para que sepa formar una buena identidad a futuro, pues el nulo tratamiento hacia los niños que presentan ansiedad se verá reflejado en la etapa de la adolescencia, con problemas que van relacionados con adicciones, bajo rendimiento escolar, etc.

Dicha propuesta será a través de un “Blog Virtual” donde por medio de **técnicas cognitivas-conductuales**, favorezcan el desarrollo integral del niño que presenta TAG.

Es importante mencionar que, en los últimos años, la ansiedad ha ido en aumento, lo que es un tema alarmante es que en México la prevalencia llega hasta en 18% en la población infantil.

El trastorno de Ansiedad Generalizada, se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva, las cuales son fuera de control e interfieren con su

funcionamiento familiar, escolar y social. Otra característica muy notable en este trastorno es que los niños suelen ser demasiado perfeccionistas, y cuando entran en crisis buscan que los tranquilicen, aunque solo los alivie por un momento.

Es frecuente que el niño que presenta TAG, venga acompañado de otro trastorno ya sea depresión, TDH, trastorno de conducta o el trastorno negativo desafiante.

En la niñez, el TAG es igual de frecuente en niños que en niñas, a diferencia de la adolescencia, donde la mayor prevalencia se da en chicas, de igual manera según estudios se ha dado a conocer que en niños de piel blanca es más frecuente que sufran de TAG.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a fuentes de información existen pocos estudios sobre TAG, y mucha de la información disponible procede de estudios sobre trastornos de ansiedad en general, de ahí mi interés aún más por hacer esta investigación y propuesta de intervención; donde las técnicas cognitivas-conductuales a través de un “Blog Virtual”, ayuden a favorecer el desarrollo integral del niño que este presentando TAG.

Es por ello, mi interés por desarrollar esta propuesta de intervención, pues me he dado cuenta que en los últimos años, ha ido aumentando considerablemente el número de niños que sufren ansiedad, y que, si no se atiende a tiempo, se puede volver Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

METODOLOGIA

- **Planteamiento del problema:**

¿De qué manera las técnicas cognitivas-conductuales, a través de un “Blog Virtual” favorecen el desarrollo integral del niño que presenta TAG?

- **Objetivos**

General: Exponer de qué manera las técnicas cognitivas-conductuales, a través de un “Blog Virtual” favorecen el desarrollo integral del niño que presenta TAG.

Específico:

- ψ Favorecer el desarrollo integral del niño que presenta TAG.
- ψ Implementar un “Blog Virtual” con técnicas cognitivas-conductuales, para favorecer el desarrollo integral del niño que presenta TAG.

- **Hipótesis**

- ψ Si se aplican técnicas cognitivas-conductuales, a través de un “Blog Virtual” entonces va a favorecer el desarrollo integral del niño que presenta TAG.

- **Tipo de Estudio:**

Cualitativo

- **Diseño de investigación:**

No experimental de manera descriptiva
Solo será de **Carácter Documental**

VARIABLES

- **Independiente**

- ψ Técnicas cognitivas-conductuales

- Definición conceptual: son una forma de psicoterapia breve y estructurada en la que se enseña a los pacientes una variedad de técnicas que les ayudan a afrontar problemas de ansiedad y depresión, entre otros (McKain, 1993).

- **Dependiente**

- ψ Desarrollo integral del niño

- Definición conceptual: Se entiende que el desarrollo integral infantil es un proceso interactivo de maduración que resulta de una progresión ordenada de desarrollo de habilidades perceptivas, motoras, cognitivas, de lenguaje, socio-emocionales y de autocontrol ([Ponce, 2016](#)).

- El desarrollo infantil integral se alcanza o potencia con un relacionamiento social que permite fortalecer habilidades y destrezas cognitivas, emocionales, físicas, sociales y culturales que harán que el individuo esté en condiciones más favorables para desarrollar su vida.

- ψ Trastorno de Ansiedad Generalizada

- Definición conceptual: Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan

temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes. (CIE-10, 1992).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013), define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 a la Ansiedad Generalizada como:

- ψ Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- ψ Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- ψ La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- ψ La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

CAPITULO I

1. ANSIEDAD GENERALIZADA EN NIÑOS

“El equilibrio no significa evitar conflictos, implica la fuerza para tolerar emociones dolorosas y poder manejarlas”

Melanie Klein.

1.1. Antecedentes históricos

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), fue descrito, junto al síndrome pánico, por primera vez por Sigmund Freud, en 1895, con el nombre de Neurosis de Angustia. En el año 1980, con el advenimiento del DSM III (APA, 1980), se separó la hasta entonces llamada neurosis de angustia o neurosis ansiosa, en dos categorías diagnósticas distintas, el trastorno de pánico y el TAG. A partir del DSM-III-R (APA, 1987) y del DSM-IV (APA, 1994), el TAG dejó de constituir una categoría diagnóstica residual, para configurar una entidad independiente. Los lineamientos diagnósticos provistos por el DSM-IV (APA, 1994) y por la CIE-10 (OMS, 1992), requieren para definir el TAG de la presencia de síntomas de ansiedad y preocupación excesivas, la mayor parte del tiempo, durante un mínimo de seis meses. (Cía, Alfredo H., 2007).

1.2. Definición

A continuación, presento dos definiciones del TAG; cabe mencionar que, aunque ambas definiciones son válidas, para nosotros como psicólogos, nos es más útil apoyarnos de los criterios que maneja el DSM-V para diagnosticar a nuestros pacientes, ya que menciona el tiempo en el que los síntomas se deben de estar presentando, así como el número de ítems para considerar dicho trastorno, por lo antes mencionado, no se deja a un lado la importancia de los criterios que maneja el CIE-10.

Según el DSM-V, define al TAG como una ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar), y como resultado, al individuo le es difícil controlar dicha preocupación.

Según el CIE-10, la característica fundamental del TAG, es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”).

1.3. Características

Las siguientes características son las más frecuentes que presentan los pacientes con TAG (NIMH, 2009), por ello se debe de poner mucha atención en los síntomas que refieran, pues se puede llegar a confundir con otro tipo de trastorno, dar un mal diagnóstico y por ende un mal tratamiento.

ψ No se pueden relajar, se asustan con facilidad, y tienen dificultades para concentrarse.

- ψ Con frecuencia, tienen problemas para dormir o mantenerse dormidos.
- ψ Síntomas físicos: fatiga, dolores de cabeza, tensiones musculares, dolores musculares, dificultad para tragar, temblores, tics nerviosos, irritabilidad, transpiración, náuseas, mareos, necesidad de ir al baño con frecuencia, sensación de falta de aire, y repentinos acaloramientos.
- ψ Sentirse demasiado ansioso por tratar de integrarse
- ψ Ser un perfeccionista
- ψ Volver a hacer algunas tareas porque no salieron perfectas la primera vez
- ψ Pasar demasiado tiempo haciendo las tareas de la escuela
- ψ Carecer de confianza
- ψ Esforzarse para obtener la aprobación
- ψ Exigir demasiada atención sobre su desempeño
- ψ Evitar ir a la escuela o evitar situaciones sociales
- ψ Cuando sus niveles de ansiedad son moderados, los niños con TAG pueden funcionar socialmente.

1.4. Principales causas

Pese a la poca información que se tiene acerca del TAG, surge de una interacción compleja de factores biológicos y ambientales (MFMER, 2023), pueden incluir los siguientes:

- ψ **Diferencias en la química y la función del cerebro:** probable disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisores, principalmente el de la dopamina y la serotonina, los cuales son los encargados de regular el estado de ánimo y el comportamiento.

- ψ **Genética:** Los hijos de padres ansiosos tienen cinco veces más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad.

- ψ **Diferencias en la forma de percibir las amenazas:** algunos miedos pueden ser iniciados por algún acontecimiento inusualmente aterrador. Además, la elaboración cognitiva (explicación) que de una experiencia atemorizante haga el niño influirá en que éste pueda desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro.

- ψ **Desarrollo y personalidad:** los niños que son inhibidos comportamentalmente, tímidos o tendentes a la retracción en los primeros años tienen más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente.

De acuerdo a los factores que se acaban de mencionar, nos podemos dar cuenta que, en la vida del ser humano, siempre va a jugar un papel muy importante tanto la genética como el medio en el que se desarrolle, pues de ahí va a depender el equilibrio emocional. Se dice, que la gran mayoría de las personas que tienen familiares directos con algún tipo de trastorno, llámese depresión, ansiedad, algún trastorno alimenticio, por mencionar algunos, van a ser más propensos a que ellos también lo desarrollen, pues desafortunadamente los patrones de conducta se repiten. Con esto, no quiero decir que siempre vaya a ocurrir, pues de igual manera hay personas que tienen tanto factores biológicos y ambientales no tan favorables para su óptimo desarrollo, y son personas que cumplen con normas dentro de la sociedad. Por ejemplo, cuando papá o mamá tienden a cometer delitos ilícitos (robar o matar) y tienen un hijo, no quiere decir que el hijo vaya a dedicarse a eso, pues, aunque su genética y su medio en el que se desenvuelva, estarán latentes para que el repita ese patrón, de él va a depender si lo hace o no. En el caso del trastorno TAG, es similar, pues las personas que tienen o tuvieron padres que sufrieron de ansiedad o depresión,

son más propensos a que ellos también lo padezcan, de ahí también la importancia, que cuando se haga la historia clínica se pregunte por los antecedentes psicológicos de la familia en general.

1.5. Criterios de la Ansiedad Generalizada DSM-V

La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático).

1.6. Epidemiología

Aproximadamente, 117 millones de niños y adolescentes en todo el mundo han sufrido un trastorno de ansiedad. Aunque cerca del 10% de los jóvenes de 6 a 17 años presentan actualmente un trastorno de ansiedad, al inicio de su edad adulta, casi el 20% tendrá dificultades funcionales relacionadas con la ansiedad en al menos un área de su vida. En los niños, los trastornos de ansiedad pueden afectar todos los aspectos de su vida, pero particularmente su funcionamiento social y educativo. El porcentaje de adolescentes estadounidenses que cumplirán los criterios para un trastorno de ansiedad es del 13% para la fobia específica, 9% para un Trastorno de ansiedad social, 8% para la ansiedad por separación, 2% para el trastorno de pánico, y 2% para el trastorno de ansiedad generalizada. Sin tratamiento, muchos subtipos persisten en la edad adulta.

Cabe mencionar que dicho trastorno es igual de frecuente en ambos sexos durante la niñez, mientras que en la adolescencia se presenta más en chicas. De igual manera, el trastorno tiende a ser crónico y fluctuante, empeorando ante situaciones que les provoquen estrés.

De acuerdo a esas cifras, nos podemos dar cuenta que cada vez es más frecuente que durante la infancia, los niños sufran algún tipo de ansiedad, esto puede influir por el estilo de vida que se está viviendo actualmente, ya que desde hace casi 3 años que comenzó la pandemia, todos nos tuvimos que aislar, y la mayoría de niños presento ansiedad, pues ya no sabían en que ocupar todo el tiempo que tenían. Lo preocupante es que unos no reciben el tratamiento adecuado, y otros ni siquiera son llevados a un especialista de la salud mental (psicólogo) para que sea diagnosticado, por ello, debería ser una prioridad el buen cuidado de nuestra salud mental, ya que el mal cuidado de ella, tiene una gran afectación para nuestra vida posterior.

1.7. Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de un niño que se tiene la sospecha de TAG, se deben tener en cuenta los criterios antes mencionados por el DSM-V, observando que se cumplan los síntomas en el número y tiempo indicado. Se recomienda que cuando se trate de un niño menor de 12 años se entreviste primero a los padres y posteriormente al niño, esto con el fin de que no haya un cruce de información, y sea lo más certero posible.

En esta fase es de suma importancia la colaboración de los padres, pues de acuerdo a los síntomas que refieran sobre el niño, se ira manejando el tratamiento. Desafortunadamente, no hay mucha información sobre el TAG, ni test exclusivamente de este trastorno, si no, que nos debemos de apoyar de test para ansiedad en general, y en este caso, conocer que test se pueden aplicar en niños.

1.8. Tratamiento

Los dos tratamientos mas efectivos son la TCC y las intervenciones farmacológicas.

- ψ La TCC funciona al ayudar a los niños a abordar su ansiedad y sus temores, dentro de un entorno seguro y controlado. Los beneficios del tratamiento cognitivo conductual se mantienen a largo plazo en el 93% de los niños y adolescentes.

Actualmente se está demostrando que a través de las intervenciones cognitivo conductuales online, los pacientes son más abiertos y honestos con respecto a sus síntomas cuando interactúan con "humanos virtuales" y no creen que sean observados o juzgados.

La familia juega un papel esencial en la respuesta al tratamiento. La terapia con pautas para padres y madres, está mostrando resultados beneficiosos, produciendo una alta satisfacción en los padres, que informan de una reducción en los síntomas infantiles, el 60% de los niños presentan mejores resultados después de que sus padres sigan una terapia parental. (Consejo General de la Psicología de España,2019).

La siguiente imagen, sintetiza la información anterior, acerca de la TCC y el TAG.

Imagen 1. “Algoritmo Terapéutico”.

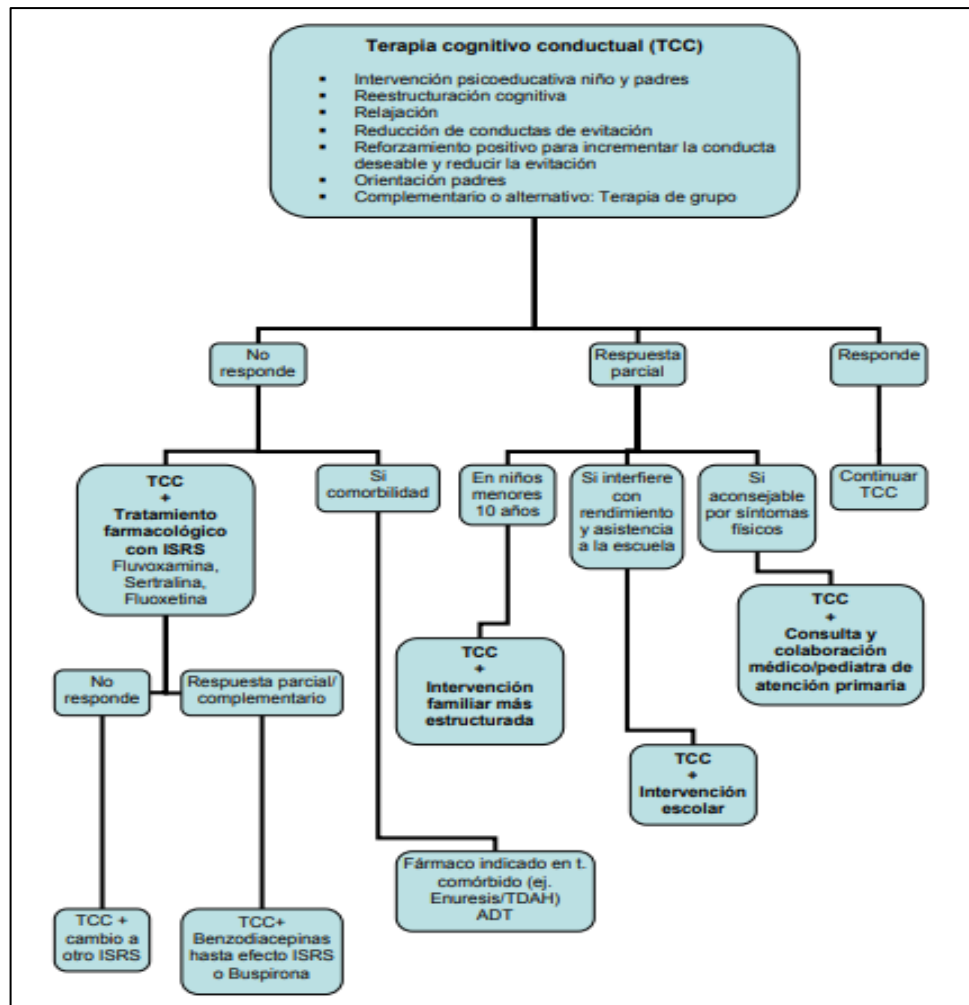


Imagen tomada de la página

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastorno_de_aniedad_generalizada_0.pdf

Nos podemos dar cuenta, que en este trastorno es importante llevar a la par tanto el tratamiento psicológico (terapia de relajación, reestructuración cognitiva, etc.), como el psiquiátrico (fármacos), pues así se dará más rápida la evolución ante el TAG; la importancia de que la familia se involucren en este proceso de intervención, será un factor muy favorable para el niño, esto gracias a la terapia de grupo y a la orientación hacia los padres.

ψ Dentro de los principales fármacos para tratar el TAG en niños, retome del Manual MSD (2021) los siguientes:

Imagen 2. “Fármacos para el tratamiento a largo plazo de la ansiedad y otros desórdenes”

22/02, 17:16 Generalidades sobre los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes - Pediatría - Manual MSD versión para profesionales

Fármacos para el tratamiento a largo plazo de la ansiedad y otros desórdenes*

Fármaco	Usos	Dosis de inicio†	Rango de dosis	CYP/Precauciones/Comentarios‡
Duloxetina	TAG en niños de 7-17 años	30 mg	30-120 mg/día	2D6: los IRSN tienen actividad noradrenérgica y pueden aumentar el riesgo de hipertensión¶
Fluoxetina§	TOC, TAG, ansiedad por separación, ansiedad social, depresión mayor en niños > 8 años	10 mg	10-60 mg/día	2D6 - Vida media larga
Fluvoxamina	TAG, ansiedad por separación, ansiedad social, TOC en niños > 8 años	25 mg (titulada según sea necesario)	50-200 mg/día	2D6 - Para dosis > 50 mg/día, dividir en 2 dosis/día, con una dosis mayor administrada a la hora de acostarse
Sertralina	TOC, TAG, ansiedad por separación, ansiedad social en niños ≥ 6 años	25 mg	25-200 mg/día	2C19
Venlafaxina, de liberación prolongada	TAG en niños > 7 años	37,5 mg	37,5 a 225 mg 1 vez al día	2D6 SNRIs - Datos limitados sobre la dosis y las precauciones sobre el aumento del comportamiento suicida; no tan efectivo como otros medicamentos, posiblemente porque se han usado dosis bajas

Imagen tomada de la página

https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes#v11624081_es

Los fármacos anteriores, son solo algunos para el tratamiento psiquiátrico del TAG en niños, ya que como tal no son tan agresivos para el organismo de los infantes, y su codependencia es casi nula, así como la recaída que pudiera haber al dejar de tomarlos, y de acuerdo a su estudio ayudan en la recaptación de serotonina. La función de estos medicamentos es bloquear la reabsorción de la serotonina en las neuronas, de este modo, hay mas serotonina disponible para mejorar la transmisión de mensajes entre las neuronas. La importancia de conocer un poco la farmacología de los trastornos, nos va a ayudar a tener un mejor avance en cuanto al tratamiento, si bien es sabido, nosotros como psicólogos no podemos medicar a los pacientes, ya que solo tenemos un conocimiento muy superficial de los fármacos, sin embargo, en el tratamiento del TAG es de suma importancia el tratamiento **psicológico/psiquiátrico**.

CAPITULO II

2. Modelo Cognitivo-Conductual

“Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana”

Carl G. Jung

2.1. Antecedentes

Desde la antigüedad, consideraban a los trastornos mentales como posesiones demoníacas, las cuales pensaban que con la religión (exorcismos) podían sacar esos “demonios”, tiempo después iban adquiriendo otros métodos más sádicos.

En la edad media comenzaron a describir como “enfermedades de la mente” a la depresión, la ansiedad, la demencia o las alucinaciones; los cuales empezaron a estudiar los procesos psicológicos básicos.

En la década de los 60’s surgió la TCC, para lo cual, tuvo una gran influencia la filosofía griega, especialmente la socrática y epicúrea, el conductismo mediacional con autores como Tolman y su conducta positiva; Cautela con sus operantes encubiertos y Bandura con su aprendizaje social: los estudios de la psicología experimental y social sobre atención, memoria, percepción, etc.; los cuales no solo era seguir investigándolos, sino aplicarlos para el

cambio de la conducta humana; el desarrollo de la psicología clínica, con la ampliación de su campo de intervención, el surgimiento de nuevos problemas y la necesidad sentida por muchos autores, como Ellis y Beck, pues bajo el descontento hacia el psicoanálisis, hizo que poco a poco fueran modificando ese tipo de “terapia”, pues de acuerdo a las aportaciones que iban haciendo los precursores, se iban dando cuenta que alterando la cognición, se pueden modificar patrones disfuncionales emocionales y conductuales ya aprendidos anteriormente. (Becoña, Elisardo, 2009)

2.2. Precursores

El modelo Cognitivo-Conductual, surge por los estudios y aportaciones que tuvieron los siguientes autores:

- ψ Iván Pavlov: filósofo ruso, cuyas investigaciones que hizo surgen a finales del siglo pasado; quien fue el pionero del **Condicionamiento Clásico**, el cual se trata de un proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente (**aprendizaje asociativo**). Su principal experimento fue con un perro, en el cual aprendió a salivar ante el sonido de una campana cuando éste había sido presentado sucesivas veces antes de la administración de comida. De esta manera, el sonido juega el papel de una señal que anticipa la aparición de un fenómeno relevante para la vida del organismo, el cual responde en consecuencia.

- ψ John Watson: se le conoce como el “Padre del Conductismo”. Se inspiró sobre los trabajos de Pavlov, quien aplicó los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, el cual dicho experimento se basó en buscar a un niño en un orfanatorio, cuya estimulación emocional era nula, en la primera sesión el niño fue expuesto a varios estímulos (animales) para conocer si les tenía miedo, pero no

mostro ninguna emoción. Sin embargo, cuando Watson dio un golpe con una barra metálica, el niño sí lloró, lo cual confirmó que se podía inducir una respuesta de miedo en los bebés ante un ruido brusco. El primer estímulo que Watson y Rayner quería condicionarle era el miedo hacia una rata blanca de laboratorio, se la mostraron a Albert, pero solo sintió curiosidad, con el paso de los días, su comportamiento fue cambiando cuando los experimentadores hacían sonar una barra metálica, cada vez que le presentaban el animal. Al sonar la barra metálica y ver la rata blanca, el niño empezaba a llorar, fue así, que cada vez que le presentaban la rata ya no era necesario que golpearan la barra metálica, pues el niño ya había asociado dicho estímulo. Watson quería comprobar si podía transferir el miedo a la rata blanca a otros estímulos con características similares, es decir, que tuvieran pelo o que fueran blancos, le presentaron un conejo, un perro y un abrigo; cuando se los presentaron a Albert, el niño empezó a llorar, sin necesidad de hacer sonar la barra de metal, pues el niño ya había transferido el miedo a objetos similares a la rata (**aprendizaje operante**). En la última fase del experimento, le iban a quitar la fobia ya adquirida, pero tal fase nunca llegó.

Fundó las bases de lo que luego se conoce como el conductismo. El conductismo watsoniano representa actualmente las bases metodológicas del modelo que un cuerpo teórico de principios explicativos de los cuáles se derivan técnicas de intervención.

- ψ Skinner: psicólogo americano de gran influencia, hacia el año 1930, sus investigaciones plantean la existencia del **Condicionamiento Operante o Instrumental**, proceso mediante el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen. La teoría de Skinner del condicionamiento operante está basada en el trabajo de Thorndike (1905). Edward Thorndike estudió el aprendizaje en los animales utilizando una caja-puzzle para proponer la teoría conocida como “La ley del efecto”.

Skinner, introdujo un nuevo termino en la ley del efecto: “el refuerzo”, y esto se puede traducir, en que, si la conducta es reforzada tiende a repetirse; mientras que la conducta que no es reforzada, tiende a extinguirse. De igual manera identifico tres tipos de respuestas:

- 1) **Refuerzos neutros:** Son respuestas del ambiente que ni aumentan ni disminuyen la probabilidad de que la conducta se repita.
- 2) **Refuerzos positivos o negativos:** Estas respuestas aumentan la probabilidad de que la conducta se repita.
- 3) **Castigos:** Son respuestas que disminuyen la probabilidad de que una conducta se repita.

ψ Albert Bandura: Hacia la década de 1960, creó la “**Teoría del Aprendizaje Social**”, en el cual menciona que se puede aprender mediante la observación, es decir, otra persona realiza la acción y experimenta sus consecuencias. El observador aprende por medio de la experiencia ajena. En este sentido, por eso se le llama a este tipo de aprendizaje "Modelado", ya que la conducta del modelo observado y otras situaciones estímulares se transforman en imágenes y códigos verbales que se retienen en la memoria. Una de las características del aprendizaje social es que se puede producir inmediatamente, sin la necesidad de un proceso gradual de adquisición. Mediante la observación aprendemos no sólo la forma de realizar una determinada acción, sino también a predecir lo que sucedería en una situación específica al poner de manifiesto los mecanismos para llevar a cabo esa conducta. De aquí surge la idea de la importancia que representan los procesos cognitivos para explicar el aprendizaje. (Bandura, 1963)

Bandura (1986), estudia el aprendizaje a través de la observación y del autocontrol dando una importancia relevante al papel que juegan los medios, observando como aquellos que tienen un carácter agresivo aumentan la propensión a la agresividad e incluso conducen a que las personalidades violentas den la ficción audiovisual para aparecer como modelos de referencia, efectos que se acentúan en etapas de observación cognitiva social tan intensa como es la infancia y la juventud.

De allí, Bandura acepta que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental rechazando así que nuestro aprendizaje se realice según el modelo conductista; como la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayuden al sujeto a decidir si lo observado se imita o no.

- ψ Albert Ellis: Creador de la “**Terapia Racional Emotiva Conductual**”. Expuso la primera terapia cognitiva conductual en 1957, y el 31 de agosto de 1956 hizo una presentación de su teoría en la Asociación Americana de Psicología titulada “Rational psychotherapy” en una convención en Chicago donde fue criticado por su nuevo enfoque. (Ellis, 1998)
Su principal fundamento terapéutico está tomado de Epicteto con su máxima: “Lo que turba a los hombres no son las cosas, sino las opiniones que de ellas se hacen”. En ese sentido, la idea de fondo de la terapia de Ellis es que nuestras emociones dependen principalmente de nuestro sistema de creencias (Ellis, 2006).

En la siguiente imagen, se puede entender mejor dicha teoría (ABC), y se puede resumir de la siguiente manera

Imagen 3. "Teoría ABC".



Imagen tomada de internet.

- A. Acontecimiento activador: suceso o situación
- B. Creencias: pensamientos
- C. Consecuencia o reacción, en relación al suceso A; puede ser emotivo (emociones), cognitivo (pensamiento) o conductas (acciones).

ψ Aaron Beck: reconocido como el padre de la Terapia Cognitiva Conductual, y uno de los principales investigadores en psicopatología. Desarrollo la TCC a principios de 1960, en un principio su terapia fue diseñada para el tratamiento de la depresión, y que parten de su concepto sobre la génesis de las depresiones (triada cognitiva, esquemas cognitivos y errores de procesamiento de la información), con el paso de los años se utilizó para tratar otros trastornos, gracias a la eficacia terapéutica. (Becoña, Oblitas. 2009)

Gracias a los grandes estudios que hicieron estos precursores, el modelo Cognitivo-Conductual, tiene vigencia hasta el día de hoy, pues las aportaciones que hicieron desde los años 60', en cuanto a tratamientos, vino a cambiar todo lo que se pensaba, y aunque algunos experimentos fueron muy grotescos hacia las personas y animales que usaron para demostrar dichas teorías, hicieron grandes aportaciones a la psicología, pues en esos tiempos tenía un gran peso

el psicoanálisis, y aunque no lo dejaron a un lado, se ha demostrado que para la mayoría de los trastornos es más eficaz la terapia Cognitivo-Conductual, pues se ocupa menos tiempo en que la persona sea nuevamente funcional para la sociedad y para ella misma.

Actualmente siguen haciendo más estudios, donde las teorías han sido adaptadas un poco, esto, por el medio en el que la sociedad está viviendo actualmente, pues, así como evoluciona el ser humano en todos los sentidos, así debe de ser en los estudios, para que siga teniendo vigencia las aportaciones.

2.3. Definición Psicología Cognitiva

A continuación, presento dos definiciones

- ψ Según la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, en el sitio web <https://www.cienciascognitivas.org/psicologia-cognitiva> es el estudio de los procesos mentales que subyacen a nuestra habilidad para percibir el mundo, entender y recordar nuestras experiencias, comunicar con otras personas, y controlar nuestro comportamiento. Esto incluye funciones como: percepción, atención, memoria, conocimiento, lenguaje, solución de problemas, razonamiento y toma de decisiones, inteligencia, emoción y conciencia.

- ψ Según el Diccionario Económico (2023), la psicología cognitiva se encarga de estudiar e investigar los procesos de la mente que están involucrados en la capacidad humana para resolver problemas, aprender conceptos, adquirir conocimientos y pensar.

En términos generales, la psicología cognitiva, es aquella que se va a centrar particularmente en estudiar y tratar las estructuras, los elementos que

intervienen en el proceso mental cuyo resultado es que las personas aprendan, recuerden, o piensen sobre la información que reciben, o por sí mismas.

Según el Diccionario Económico (2023), respecto a los campos de aplicación, los más utilizados son:

- ψ En el área de educación: se centra en estudiar, tratar y valorar los problemas de aprendizaje, los procesos de enseñanza en el aula, cómo se desarrolla todo teniendo en cuenta los diferentes procesos, lugares y situaciones enmarcados en el contexto educativo.

- ψ En el área de la psicología clínica: se valora e investiga la psicología cognitiva a la hora de crear e implementar nuevas técnicas en los tratamientos, de la influencia que ejerce este tipo de psicología y de cómo influye de forma positiva realizando las mediciones pertinentes tras llevarse a cabo en la práctica.

En resumen, la psicología cognitiva, nos va a ayudar para volver a reestructurar nuestro pensamiento, mediante un esquema mental, el cual nos va a servir como herramienta para tratar el TAG en los niños.

2.4. ¿Qué son las técnicas cognitivo-conductual?

Métodos específicos (tratamientos), a partir de algunos desarrollos de la Psicología Cognitiva, que permiten ser aplicados a distintas personas con distintas problemáticas, para mejorar su calidad de vida, solucionar problemas y tratar trastornos mentales, en el cual existe una comprobación, validación e investigación de las teorías. (Camacho, 2003)

2.5. Principales técnicas para la inhibición de ansiedad

A continuación, presento las siguientes técnicas, que son las más utilizadas en la terapia cognitivo-conductual para tratar la ansiedad, explicando detalladamente cada una de ellas, para que se pueda aplicar correctamente al paciente, es de suma importancia el saber que tienen un alto porcentaje de efectividad, y la casi nula recaída.

2.5.1. Desensibilización sistemática

Consiste en la aplicación de una jerarquía de estímulos estresantes a través de imágenes visuales. Es decir, paciente y terapeuta diagraman un conjunto de situaciones típicas a las cuales el paciente teme, especificando la mayor cantidad de detalles posibles. Luego, mientras el paciente se encuentra en un profundo estado de relajación, se lo guía para que vaya imaginando estas escenas temidas de acuerdo al grado de ansiedad que le provocan. (Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento, CETECIC)

El objetivo consiste en que la relajación inhiba progresivamente a la ansiedad que disparan las situaciones imaginadas, de manera tal que se rompa el vínculo entre la imagen estresora y la respuesta de ansiedad. De este modo, el paciente aprende una nueva asociación: lo que antes le provocaba miedo, ahora queda conectado a un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación muscular profunda. (Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento, CETECIC)

2.5.2. Relajación

La técnica de relajación muscular de Koeppen está basada en ejercicios de tensión y distensión de los diferentes grupos musculares a partir de la sugestión, la cual está indicada para niños, recomienda que se apliquen

hasta los 11 años, pues después de esa edad se les puede hacer aburrido, y no tendrá la misma eficacia.

Las siguientes técnicas de relajación, las tome directamente del manual de Koeppen:

- ψ *Manos y brazos derechos: Imagina que tienes un limón en tu mano derecha. Trata de exprimirlo, intenta exprimírle todo el jugo. Siente la tensión en tu mano y en tu brazo mientras lo estás exprimiendo. Ahora déjalo caer. Fíjate cómo están ahora tus músculos, están relajados... Coge ahora otro limón y trata de exprimirlo. Exprímelo más fuerte de lo que lo hiciste con el primero, muy bien. Ahora tira el limón y relájate. Fíjate qué bien se sienten tu mano y tu brazo cuando están relajados. Una vez más, toma el limón en tu mano derecha y exprímele todo el zumo, no dejes ni una sola gota, exprímelo fuerte. Ahora relájate y deja caer el limón.*

- ψ *Manos y brazos izquierdos: Imagina ahora que tienes un limón en tu mano izquierda. Trata de exprimirlo, intenta exprimírle todo el jugo. Siente la tensión en tu mano y en tu brazo mientras lo estás exprimiendo. Ahora déjalo caer. Fíjate cómo están ahora tus músculos, están relajados... Coge ahora otro limón y trata de exprimirlo. Exprímelo más fuerte de lo que lo hiciste con el primero, muy bien. Ahora tira el limón y relájate. Fíjate qué bien se sienten tu mano y tu brazo cuando están relajados. Una vez más, toma el limón en tu mano izquierda y exprímele todo el zumo, no dejes ni una sola gota, exprímelo fuerte. Ahora relájate y deja caer el limón.*

- ψ *Brazos y espalda: Ahora vamos a imaginarnos que eres un gato muy perezoso y quieres estirarte. Estira fuerte tus brazos frente a ti, ahora levántalos sobre tu cabeza y llévalos hacia atrás. Fíjate en el tirón que sientes en tus hombros. Ahora deja caer tus brazos a los lados. Muy bien. Vamos a estirar otra vez. Estira los brazos frente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia atrás, fuerte. Ahora déjalos caer. Muy bien. Fíjate como tus hombros se sienten ahora más relajados. Una vez más, vamos a intentar estirar los brazos, intenta tocar el techo esta vez. De acuerdo. Estira los brazos enfrente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia atrás, fíjate en la tensión que sientes en tus brazos y hombros. Un último estirón ahora muy fuerte. Deja caer los brazos, fíjate que bien te sientes cuando estás relajado.*

ψ *Espalda y cuello: Ahora imagina que eres una tortuga. Imagínate que estás sentado encima de una roca en un tranquilo estanque, relajándote al calor del sol. Te sientes tranquilo y seguro. ¡Oh! de repente sientes una sensación de peligro. ¡Vamos! mete la cabeza en tu concha: Trata de llevar tus hombros hacia tus orejas, intentando poner tu cabeza metida entre tus hombros, mantente así, no es fácil ser una tortuga metida en un caparazón. Ahora el peligro ya pasa, puedes salir de tu caparazón y volver a relajarte a la luz del sol, relájate y siente el calor del sol. ¡Cuidado! más peligro, rápido mete la cabeza en tu casa, tienes que tener la cabeza totalmente metida para poder protegerte, ahora que ya puedes relajarte, saca la cabeza y deja que tus hombros se relajen. Fíjate que te sientes mucho mejor cuando estás relajado que cuando estás tenso. Una vez más. ¡Peligro! esconde tu cabeza, lleva los hombros hacia tus orejas, no dejes que ni un solo pelo de tu cabeza quede fuera de tu concha. Mantente dentro, siente la tensión en tu cuello y hombros. De acuerdo, puedes salir de tu concha, ya no hay peligro. Relájate... Ya no va a haber más peligro, no tienes nada de qué preocuparte, te sientes seguro, te sientes bien.*

ψ *Mandíbula: Imagínate que tienes un enorme chicle en tu boca, es muy difícil de masticar, está muy duro. Intenta morderlo, deja que los músculos de tu cuello te ayuden. Ahora relájate, deja tu mandíbula floja, relajada, fíjate que bien te sientes cuando dejas tu mandíbula caer. Muy bien, vamos a masticar ahora otro chicle, mástalo fuerte, intenta apretarlo, que se meta entre tus dientes. Muy bien, lo estás consiguiendo. Ahora relájate, deja caer la mandíbula, es mucho mejor estar así, que estar luchando con ese chicle. ahora, una vez más vamos a intentar morderlo. Muérdelo lo más fuerte que puedas, más fuerte, muy bien, estás trabajando muy bien. Bien, ahora relájate. Intenta relajar tu cuerpo entero, intenta quedarte flojo, lo más flojo que puedas.*

ψ *Cara y nariz: Bueno, ahora viene volando una de esas molestas moscas, y se ha posado en tu nariz, trata de espantarla, pero sin usar tus manos. Intenta hacerlo arrugando tu nariz. Trata de hacer tantas arrugas con tu nariz como puedas. Deja tu nariz arrugada, fuerte. ¡Bien! Has conseguido alejarla, ahora puedes relajar tu nariz, ¡oh! por ahí vuelve esa pesada mosca, arruga tu nariz fuerte, lo más fuerte que puedas, se ha ido nuevamente. Ahora puedes relajar tu cara. Fíjate que cuando arrugas tan fuerte tu nariz, tus mejillas, tu boca, tu frente y hasta tus ojos te ayudan y se ponen tensos también. ¡Oh! otra vez regresa esa vieja mosca, pero esta vez se ha posado en tu frente. Haz arrugas con tu frente, intenta cazar la mosca con tus arrugas, fuerte. Muy bien, ya se*

ha ido para siempre, puedes relajarte, deja tu cara tranquila, sin arrugas. Siente como tu cara está ahora más tranquila y relajada.

ψ *Estomago: Imagina que estás tumbado sobre la hierba, ¡oh! mira, por ahí viene un elefante, pero él no está mirando por donde pisa, no te ha visto, va a poner un pie sobre tu estómago, ¡no te muevas! no tienes tiempo de escapar. Trata de tensar el estómago poniéndolo duro, realmente duro, aguanta así, espera, parece como si el elefante se fuera a ir en otra dirección. Relájate, deja el estómago blandito y relajado lo más que puedas. Así te sientes mucho mejor. ¡Oh! por ahí vuelve otra vez. ¿Estás preparado? Tensa el estómago fuerte, si él te pisa y tienes el estómago duro no te hará daño. Pon tu estómago duro como una roca, parece que nuevamente se va. Puedes relajarte. Siente la diferencia que existe cuando tensas el estómago y cuando lo dejas relajado. Así es como quiero que te sientas, tranquilo y relajado. No podrás creerlo, pero ahí vuelve el elefante y esta vez parece que no va a cambiar de camino, viene derecho hacia ti. Tensa el estómago. Ténselo fuerte, lo tienes casi encima de ti, pon duro el estómago, está poniendo una pata encima de ti, tensa fuerte... Ahora ya parece que se va, por fin se aleja. Puedes relajarte completamente, estar seguro, todo está bien, te sientes seguro, tranquilo y relajado.*

ψ *Piernas y pies: Ahora imagínate que estás parado descalzo y tus pies están dentro de un pantano lleno de barro espeso. Intenta meter los dedos del pie dentro del barro. Probablemente necesitarás tus piernas para ayudarte a empujar. Empuja hacia dentro, siente como el lodo se mete entre tus pies. Ahora salte fuera y relaja tus pies. Deja que tus pies se queden como flojos y fíjate que bien estás así. Te sientes bien cuando estás relajado. Volvemos dentro del espeso pantano. Mete los pies dentro, lo más dentro que puedas. Deja que los músculos de tus piernas te ayuden a empujar tus pies. Empuja fuerte, el barro cada vez está más duro, sal de nuevo y relaja tus piernas y tus pies. Te sientes mejor cuando estás relajado. No tenses nada. Te sientes totalmente relajado*

2.5.3. Respiración

Las técnicas de respiración se basan, como su nombre lo indica, en el control consciente de la respiración, lo cual tiene un impacto enorme en el metabolismo y la psique del niño. Cuando aprende a respirar de manera profunda y regular, su ritmo cardíaco y la presión arterial se reducen, a la

vez que experimenta una sensación de tranquilidad, por lo que la ansiedad desaparece poco a poco.

Las siguientes técnicas, se retomaron del Anexo 12 de la publicación “Promoción de la Salud en Personas con Trastorno Mental Grave. Análisis de situación y Recomendaciones sobre Alimentación Equilibrada y Actividad Física” Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2011.

- ψ Respiración diafragmática: sentado/a en una silla, o acostado/a boca arriba, con las piernas flexionadas, colocar las manos sobre el vientre.

Inspirando: hinchando el vientre

Espirando: dejar que esta región abdominal se hunda por si sola.

- ψ Respiración alta: sentado/a en una silla, fijar la espalda contra el respaldo, los brazos a lo largo del tronco y las palmas de la mano giradas hacia adelante.

Inspirando: separar los brazos del tronco hacia atrás, como para hacer que se toquen los pulgares; al mismo tiempo levantar la barbilla hacia el techo.

Espirando: volver a la posición inicial.

- ψ Respiración: de pie o sentado/a en una silla, colocar las palmas de las manos juntas encima de la cabeza, con los codos ligeramente hacia atrás.

Inspirando: estirar los brazos y apuntar con los dedos hacia el techo y las palmas siempre juntas.

Espirando: llevar los brazos a la posición inicial.

- ψ Respiración nasal: colocar el índice sobre la ventana izquierda de la nariz, obstruyéndola mientras inspiramos y espiramos 3 veces por la ventana derecha. A continuación, realizamos el mismo ejercicio invertido.

2.5.4. Exposición

Consiste en exponer al paciente a los estímulos que le provocan miedo (fobia) hasta que la ansiedad remita de forma significativa sin que tenga lugar la conducta de escape y evitación. Este tipo de técnicas se puede realizar en vivo o en imaginación, siendo la primera mucho más eficaz que la segunda.

2.5.5. Implosión

En esta técnica, se expone a la persona de forma continua y repetida a los estímulos temidos y evitados, con el propósito de provocar una respuesta emocional intensa y facilitar de este modo el proceso de extinción

A diferencia de la desensibilización sistemática, en la que se da una exposición en dosis que aumenta de manera progresiva, la implosión se refiere al contacto con dosis masivas de los estímulos que provocan la ansiedad. (González, 1999)

2.5.6. Activación conductual

Esta terapia gira sobre dos cuestiones: las condiciones que ocasionan esa conducta (contexto), y cuáles son las consecuencias de esta conducta para el cliente (función). Trata de “activar” a la persona mediante intentos sistemáticos, haciendo que incrementen conductas que hagan probable el contacto con las contingencias ambientales y produzcan, a su vez, cambios en los pensamientos, el humor y la calidad de vida. Se trata de “poner a funcionar” a la persona en la medida de sus posibilidades actuales y de acuerdo con sus intereses y valores.

CAPITULO 3.

3. Desarrollo Integral del niño

“Si entendiéramos completamente las razones del comportamiento de otras personas,
todo tendría sentido”

Sigmund Freud

3.1. ¿Qué es el desarrollo integral del niño?

Se entiende que el desarrollo integral infantil es un proceso interactivo de maduración que resulta de una progresión ordenada de desarrollo de habilidades perceptivas, motoras, cognitivas, de lenguaje, socio-emocionales y de autocontrol (Ponce, 2016).

El desarrollo infantil integral se alcanza o potencia con un relacionamiento social que permite fortalecer habilidades y destrezas cognitivas, emocionales, físicas, sociales y culturales que harán que el individuo esté en condiciones más favorables para desarrollar su vida. En este sentido, una temprana y adecuada intervención contribuye a potenciar el desarrollo integral de un ser humano.

Cuando hablamos del desarrollo del niño, se entiende que es un proceso continuo que se inicia desde su nacimiento, el cual se va a caracterizar por un crecimiento en varios aspectos, que ya han sido mencionados con anterioridad, los cuales van a repercutir en la personalidad del adulto, en otras palabras, los rasgos principales de la personalidad se establecen en la infancia y la niñez temprana, tanto en el desarrollo normal como en el anormal.

En el primer caso, las características se expresan de forma moderada y en armonía con el resto de la personalidad, sin causar conflictos en el medio donde se desenvuelva.

En el segundo, los rasgos infantiles crean muchos problemas porque se expresan muy primitivamente, produciendo un conflicto en el sujeto y desaprobación social.

Los siguientes autores que a continuación mencionare, explican cada uno, el desarrollo integral del niño, así como los beneficios y la repercusión que traería el no llevar a cabo adecuadamente cada una de las etapas que describen; hago hincapié, que, aunque mi tema se basa en el modelo Cognitivo-Conductual, menciono a Sigmund Freud dentro de estos autores, ya que aunque su teoría acerca del desarrollo integral, se basa en el psicoanálisis, se sigue tomando en cuenta hasta el día de hoy, y servirá para poder analizar un poco desde otra perspectiva, sin dejar de darle la importancia a la TCC, que es la base en que se centra este trabajo.

3.1.1. Según Jean Piaget

Para Piaget, los niños se comportan como “pequeños científicos” que tratan de interpretar el mundo. Tienen su propia lógica y formas de conocer, las

cuales siguen patrones predecibles del desarrollo conforme van alcanzando la madurez e interactúan con el entorno. Se forman representaciones mentales y así operan e inciden en él, de modo que se da una interacción recíproca, los niños buscan activamente el conocimiento a través de sus interacciones con el ambiente, que poseen su propia lógica y medios de conocer que evoluciona con el tiempo. (Rafael, 2007)

Fue así, como el desarrollo cognoscitivo lo dividió en 4 etapas:

- ψ Etapa Sensoriomotora “El niño activo” (del nacimiento a los 2 años)
Los niños aprenden la conducta propositiva, el pensamiento orientado a medios y fines, los niños llegarán a comprender que los objetos tienen una existencia permanente que es independiente de su percepción (permanencia de objeto). Además, existen unas actividades que en este período experimentarán un notable desarrollo: la imitación y el juego. (Rafael, 2007)

- ψ Etapa Preoperacional “El niño intuitivo” (de los 2 años a los 7 años)
El niño puede usar símbolos y palabras para pensar, utiliza una solución intuitiva de los problemas, pero el pensamiento aun es limitado por la rigidez, la centralización y el egocentrismo. Piaget designó este periodo con el nombre de etapa preoperacional, porque los preescolares carecen de la capacidad de efectuar algunas de las operaciones lógicas que observó en niños de mayor edad. (Rafael, 2007)

- ψ Etapa de las Operaciones Concretas “El niño práctico” (de los 7 a los 11 años)
El niño aprende las operaciones lógicas de **seriación**: es la capacidad de ordenar los objetos en progresión lógica; por ejemplo, del más pequeño al más alto; **de clasificación**: aprenden a clasificar objetos de acuerdo a sus semejanzas y a establecer relaciones de pertenencia entre los objetos

y los conjuntos en que están incluidos; **y de conservación:** consiste en entender que un objeto permanece igual a pesar de los cambios superficiales de su forma o de su aspecto físico. Durante esta fase, el niño ya no basa su razonamiento en el aspecto físico de los objetos. Reconoce que un objeto transformado puede dar la impresión de contener menos o más de la cantidad en cuestión, pero que tal vez no la tenga. En otras palabras, las apariencias a veces resultan engañosas. El pensamiento está más ligado a los fenómenos y objetos del mundo real. (Rafael, 2007)

ψ Etapa de las Operaciones Formales “El niño reflexivo) (de los 11 años en adelante)

El niño aprende sistemas abstractos del pensamiento que le permiten usar la lógica proposicional, el razonamiento científico y el razonamiento proporcional. Durante la adolescencia las operaciones mentales que surgieron en las etapas previas se organizan en un sistema más complejo de lógica y de ideas abstractas. El cambio más importante en la etapa de las operaciones formales es que el pensamiento hace la transición de lo real a lo posible (Flavell, 1985).

3.1.2. Según Erik Erikson

Plantea 8 etapas del desarrollo integral, y las resume de la siguiente manera:

ψ Confianza contra desconfianza (0 a los 18 meses): es el descubrimiento de sí mismo, se le debe trabajar los rasgos de confianza y autonomía, los niños confían en las personas que lo cuidan les brindan sustento, protección, bienestar, afecto; o, si sus necesidades no son satisfechas, desarrollan desconfianza, entonces, es cuando las diferencias de su personalidad lo llevarán a una conducta inapropiada. (Erikson, 1950)

- ψ Autonomía contra vergüenza y duda (18 meses a los 3 años): los niños adquieren control sobre sus funciones de eliminación, aprenden a comer solos, se les permite jugar solos y explorar en su entorno (entre límites seguros), desarrollan ciertos grados de independencia; pero si las personas que están a cargo del cuidado los restringen demasiado, pues, ellos desarrollan un sentido de vergüenza entonces dudan de sus propias capacidades. Esta fase, es consecuencia del desenvolvimiento adecuado de la fase anterior cuando se consolida favorablemente los factores de maduración que caracterizan la etapa de desarrollo, en esta etapa el niño empieza su desarrollo cognitivo y muscular, controlando y ejercitando los músculos que se relacionan con las excreciones corporales (control esfínteres). (Erikson, 1950)

- ψ Iniciativa contra culpa (de los 3 a los 5 años): es donde el niño desarrolla las capacidades motoras e intelectuales, continúa creciendo, explorando el ambiente y experimentando cosas nuevas asumiendo mayor responsabilidad para iniciar y realizar planes. Aquí el adulto significativo, encargado de velar por la formación del niño, debe tener precaución, pues, el no aceptar la iniciativa de él, lo llevará sentir culpa por su mal comportamiento. (Erikson, 1950)

- ψ Laboriosidad contra inferioridad de los 6 a los 12 años): el ser humano aprende a cumplir las demandas del hogar y la escuela, en el caso de que haya dificultades en el desarrollo de esta etapa, puede generar cierta sensación de inferioridad que le hará sentirse inseguro frente a los demás. El niño puede llegar a ser un esclavo conformista y sin pensamientos propios, o por el contrario mostrarse cruel e intentar explotar a sus compañeros. (Erikson, 1950)

- ψ Identidad contra confusión de roles (adolescencia hasta los 20 años aprox): El adolescente se fija en la apariencia y forma de actuar de los

demás, de igual manera la identidad del Yo es la confianza acumulada que le da uniformidad y continuidad interna propia, ofreciendo con ella un significado para los demás, se espera que el adolescente sea cada vez más independiente y se vaya distanciando de los padres para pasar más tiempo con los amigos, empiezan a pensar en el futuro: qué estudiar, en qué trabajar, dónde vivir, etc., comienzan a afianzar su propia identidad basándose en sus experiencias. No es extraño que en esta etapa les invadan las dudas y la confusión sobre su rol y su propia identidad. (Erikson, 1950)

- ψ Intimidad contra aislamiento (de los 20 a los 40 años): los jóvenes adultos desarrollan relaciones cercanas con los demás o permanecen aislados de las relaciones significativas con otras personas, empieza la verdadera reciprocidad sexual, el dar y recibir tanto a nivel físico como emocional: apoyo, amor, confianza, y todos los demás elementos que normalmente se asocian con las relaciones adultas sanas, propicias para el apareamiento y la crianza de los niños. (Erikson, 1950)

- ψ Generatividad contra estancamiento (de los 40 a los 60 años): los adultos de mediana edad asumen la responsabilidad, los roles adultos en su comunidad, el trabajo y la tarea de enseñar, guiar y orientar a la siguiente generación; o se quedan personalmente empobrecidos, centrados en sí mismos y estancados. De allí la importancia de trabajar el compromiso, la generatividad, la trascendencia y toma de decisiones, desarrollando en esta etapa un profundo sentido de responsabilidad y de convicción personal. (Erikson, 1950)

- ψ Integridad contra desesperación (de los 60 años hasta la muerte): las personas en la etapa de la vejez evalúan su vida y la acepta por lo que es, o puede caer en la desesperación porque no logra encontrar un significado a la vida, Según Erikson, los niños sanos, tienen integridad

suficiente como para no temer a la muerte cuando les llegue el momento.
(Erikson, 1950)

3.1.3. Según Sigmund Freud

Freud, explico mediante la Teoría Psicosexual, el desarrollo integral, en el cual menciona que el motivo principal de la vida, manifestado desde nuestra más tierna infancia, es la búsqueda del placer. El niño busca aquello que le resulta agradable y evita aquello que le resulta doloroso.

Este proceso búsqueda-evitación se da de diversas maneras, durante toda nuestra existencia. En la base de este proceso se encuentra la libido, verdadera energía sexual que nos hace movernos en dirección de lo placentero.

En los diversos periodos o etapas por las que atraviesa el niño en su desarrollo se hacen dominantes determinadas necesidades específicas (físicas, intelectuales, emocionales, etc.) que se relacionan con diversas zonas específicas del cuerpo: boca, ano, órganos genitales; zonas en que los adultos representan los lugares de placer y tensión sexual y que en los niños se manifiesta de modo rudimentario, percibido sólo como sensaciones agradables o placenteras.

Para Freud, la infancia es una etapa crucial en la que se da forma a nuestra personalidad y comportamiento como adultos. Consideraba el desarrollo como un proceso discontinuo, creía que cada uno de nosotros debe pasar por una serie de etapas durante la infancia, las llamadas etapas psicosexuales. (Guerri, 2013)

Si estas etapas psicosexuales se completan con éxito, el resultado es una personalidad sana. Si debido a algún problema no se resuelven en su momento, aparecen las llamadas “fijaciones”. (Una fijación es un foco persistente en una etapa psicosexual anterior). Hasta que este conflicto no se resuelve, el individuo seguirá estando “atascado” en esta etapa. Por ejemplo, una persona que está fijada en la fase oral, puede ser demasiado dependiente de los demás y puede buscar la estimulación oral a través de fumar, beber o comer. (Guerri, 2013)

Según Freud (1905/1986), los impulsos de placer que buscan los niños (y que se rigen por el Ello) se centran en un área diferente del cuerpo, llamados una zona erógena, en cada una de las cinco etapas de desarrollo: oral, anal, fálica, de latencia y genital. (Guerri, 2013)

Freud sintetiza en 3 conceptos básicos, como esta constituida la psique humana, lo cual nos va a ayudar a entender mejor la Teoría Psicosexual.

Imagen 4 “La personalidad, según Sigmund Freud”



Imagen tomada de internet

Para entender esta imagen, en la página web del Diferenciador <https://www.diferenciador.com/ello-yo-y-superyo/> nos explica los conceptos de la siguiente manera:

- ψ **Ello:** principio del placer, es totalmente inconsciente, es innato, consiste en los deseos, voluntades e instintos principalmente originados por el placer. A partir del ello se desarrollan las otras partes que componen la personalidad humana: yo y superyó.

- ψ **Yo:** principio de la realidad, es preconscious, surge a partir de la interacción del ser humano con su realidad, adecuando sus instintos primitivos (el ello) con el ambiente en que vive. El yo es el mecanismo responsable por el equilibrio de la psique, buscando regular los impulsos del ello, al mismo tiempo que intenta satisfacerlos de modo menos inmediato y más realista. Gracias al yo la persona logra mantener la cordura de su personalidad. El yo comienza a desarrollarse ya en los primeros años de vida del individuo.

- ψ **Súper yo:** aspectos morales de la personalidad, es totalmente consciente, se desarrolla a partir del yo y consiste en la representación de los ideales y valores morales y culturales del individuo. El superyó actúa como un "consejero" para el yo, alertándolo sobre lo que es o no moralmente aceptado, de acuerdo con los principios que fueron absorbidos por la persona a lo largo de su vida. De acuerdo con Freud, el superyó comienza a desarrollarse a partir del quinto año de vida.

Dentro de la teoría psicosexual, hay cinco etapas de desarrollo, y son las siguientes: oral, anal, fálica, de latencia y genital, las cuales las describe Guerri (2013), de la siguiente manera:

- ψ **Etapa Oral de 0 a 1 año:** la zona erógena es la boca, durante la fase oral las actividades relacionadas con la alimentación como la succión y la masticación son lo más importante, el conflicto principal en esta etapa es el proceso de destete: el niño pasa a ser menos dependiente de sus cuidadores y pierde las gratificaciones que obtenía con la succión. Si la fijación se produce en esta etapa, Freud creía que el individuo tendría problemas con la dependencia o la agresión. La fijación oral puede generar problemas con la bebida, la comida o la necesidad de fumar.

- ψ **Etapa anal de 1 a los 3 años:** la zona erógena son los esfínteres, Freud creía que el objetivo principal de la libido se hallaba en lograr el control de los movimientos del intestino y la vejiga. El conflicto importante en esta etapa es el control de esfínteres: el niño tiene que aprender a controlar sus necesidades corporales. El desarrollo de este control conduce a una sensación de logro y la independencia, las experiencias positivas durante esta etapa sientan las bases para que las personas se conviertan en adultos competentes, productivos y creativos; si los padres toman un enfoque demasiado indulgente en esta etapa, podría desarrollarse una personalidad **anal-expulsiva**, que se traduce en una persona adulta desordenada, derrochadora y destructiva. Si los padres son demasiado estrictos o empiezan el control de esfínteres demasiado pronto, se genera una personalidad **anal-retentiva**, que se traduce en un individuo demasiado rígido, ordenado y obsesivo.

- ψ **Etapa Fálica de los 3 a los 6 años:** la zona erógena son los genitales, el enfoque principal de la libido se centra en los

genitales. A esta edad los niños empiezan a descubrir las diferencias entre hombres y mujeres, Freud creía que los niños comienzan a ver a sus padres como un rival por el afecto de la madre. El **complejo de Edipo** describe estos sentimientos de querer poseer la madre y el deseo de reemplazar al padre. Sin embargo, el niño también teme que será castigado por el padre por estos sentimientos, a este miedo Freud lo llamó la **angustia de castración**. El término **complejo de Electra** se ha utilizado para describir estas mismas sensaciones experimentadas por las niñas. Freud, sin embargo, creía que las niñas por su parte experimentan la envidia del pene.

- ψ **Etapas de Latencia de los 6 a los 12 años:** en esta etapa los sentimientos sexuales son inactivos, el desarrollo del **ego y superego** contribuyen a este período de calma. La etapa comienza alrededor del momento en que los niños entran a la escuela y se preocupan más por las relaciones entre iguales, juegos y otros intereses; en esta etapa, es un tiempo de exploración en el que la energía sexual está todavía presente, pero se dirige hacia otras áreas, tales como las actividades intelectuales y las interacciones sociales. Esta etapa es importante en el desarrollo de **habilidades sociales** y de comunicación y confianza en sí mismo.

- ψ **Etapas Genital de los 12 años hasta la muerte:** la zona erógena son los genitales, es la etapa final del desarrollo psicosexual, el individuo desarrolla un fuerte interés hacia el sexo y las relaciones sexuales. Esta etapa comienza en la pubertad, pero dura el resto de la vida de una persona. Aquí, crece al fin el interés por el bienestar de los demás. Si las demás etapas se han completado con éxito, el individuo debe

estar ahora bien equilibrado, cálido, y el cuidado; el objetivo de esta etapa es establecer un equilibrio entre las diversas áreas de la vida.

Para el padre del psicoanálisis, la personalidad de la persona, va a depender si supero o no, cada una de las etapas anteriores, y en caso que se haya estancado en alguna, van a surgir algunas enfermedades o trastornos; Freud decía, que para que una persona estuviera en equilibrio, tenía que superar la etapa en que se quedó.

Un punto importante es que, Freud desarrollo sus teorías de acuerdo a lo que él observaba en sus pacientes, es decir, solo interpretaba los contenidos simbólicos, mas no hay un fundamento científico que avale dichas teorías, como lo es con las teorías de la TCC; eso significa que la teoría psicosexual no puede servir para detectar señales de alarma acerca de si los niños o adolescentes se desarrollan correctamente o no, ni puede servir para asegurar que los trastornos mentales se deben a esta clase de mecanismos. A pesar que las teorías de Freud no se basan en un método científico, es importante conocer un poco acerca de la teoría psicosexual, pues en esos tiempos, la psicología solo se basaba en el psicoanálisis, es decir, todos los traumas o trastornos, lo atribuían a la sexualidad, mas no investigaban que pasaba mas allá, como lo es a nivel cerebral.

Con esto no quiero decir que el psicoanálisis no sirve para dar un tratamiento, pues es sabido que, mediante la hipnosis, se pueden curar ciertos trastornos, como fobias, traumas, etc.

3.1.4. Según Lev Vygotsky

De acuerdo con Vygotsky, el niño nace con habilidades mentales elementales, entre ellas la percepción, la atención y la memoria. Por medio de las actividades sociales el niño aprende a incorporar a su pensamiento herramientas culturales como el lenguaje, los sistemas de conteo, la escritura, el arte y otras invenciones sociales.

El desarrollo cognoscitivo se lleva a cabo a medida que internaliza los resultados de sus interacciones sociales. De acuerdo con la teoría de Vygotsky, tanto la historia de la cultura del niño como la de su experiencia personal son importantes para comprender el desarrollo cognoscitivo. Este principio de Vygotsky refleja una concepción cultural-histórica del desarrollo.

Vygotsky considera cinco conceptos que son fundamentales

ψ Las funciones mentales

- **Inferiores:** son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y están determinadas genéticamente. El comportamiento derivado de estas funciones es limitado; está condicionado por lo que podemos hacer.
- **Superiores:** se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social, puesto que el individuo se encuentra en una sociedad específica con una cultura concreta, estas funciones están determinadas por la forma de ser de esa sociedad, son mediadas culturalmente, está abierto a mayores posibilidades. El conocimiento es resultado de la interacción social; en la interacción con los demás adquirimos conciencia de nosotros, aprendemos el uso de los símbolos que, a su vez, nos permiten pensar en formas cada vez más complejas. Para Vygotsky, a mayor interacción

social, mayor conocimiento, más posibilidades de actuar, más funciones mentales.

ψ Las habilidades psicológicas

Para Vygotsky, las funciones mentales superiores se desarrollan y aparecen en dos momentos. En un primer momento, las habilidades psicológicas o funciones mentales superiores se manifiestan en el ámbito social y, en un segundo momento, en el ámbito individual. Por lo tanto "sostiene que, en el proceso cultural del niño, toda función aparece dos veces, primero a escala social, y más tarde a escala individual.

Primero entre personas (interpsicológica) y después en el interior del propio niño (intrapsicológica). Afirma que todas las funciones psicológicas se originan como relaciones entre seres humanos". Ejemplo: cuando un niño llora porque algo le duele, expresa dolor y esta expresión solamente es una función mental inferior, es una reacción al ambiente. Cuando el niño llora para llamar la atención ya es una forma de comunicación, pero esta comunicación sólo se da en la interacción con los demás; en ese momento, se trata ya de una función mental superior interpsicológica, pues sólo es posible como comunicación con los demás.

En un segundo momento, el llanto se vuelve intencional y, entonces, el niño lo usa como instrumento para comunicarse. El niño, con base en la interacción, posee ya un instrumento para comunicarse; se trata ya de una función mental superior o la habilidad psicológica propia, personal, dentro de su mente, intrapsicológica.

ψ La zona de desarrollo próximo

Define aquellas funciones que todavía no maduran, sino que se hallan en proceso de maduración, representa la brecha entre lo que el niño puede hacer por sí mismo y lo que puede hacer con ayuda. Vygotsky supuso

que las interacciones con los adultos y con los compañeros en la zona del desarrollo proximal le ayuda al niño a alcanzar un nivel superior de funcionamiento.

ψ Las herramientas del pensamiento

- Herramientas técnicas: sirven para modificar los objetos o dominar el ambiente. (papel, lápiz, transportadores geométricos, máquinas, reglas y martillos)
- Herramientas psicológicas: sirven para organizar o controlar el pensamiento y la conducta. (Los números, las palabras, otros sistemas de símbolos, las normas, convenciones sociales, los conceptos teóricos, los mapas, los géneros literarios y los dibujos)

ψ La mediación.

Vygotsky considera que las funciones mentales superiores, como el pensamiento, la atención voluntaria y la memoria lógica, y la acción humana general están mediadas por herramientas y por signos (Vygotsky, 1979).

Tanto las herramientas como los signos son instrumentos mediadores y se encargan de relacionar al sujeto con lo social; esto es, los factores sociales (compuestos por herramientas y signos) son determinantes en los sujetos. Por estas circunstancias, los planteamientos de Vygotsky consideran que el desarrollo humano se da en un proceso social "que se inicia a partir del nacimiento y es asistido por adultos u otros agentes considerados más competentes en cuanto al manejo del lenguaje [signo], habilidades y tecnologías [herramientas] disponibles en ese espacio cultural" (Vielma y Salas, 2000, p. 32).

De acuerdo a la información anterior, podemos darnos cuenta que cada autor tiene una manera distinta de estudiar el desarrollo integral del niño, sin embargo, el eje siempre girará en el entorno en que el niño se desenvuelva. Si bien, ningún niño es igual a otro, se espera que vaya realizando ciertas actividades, marcadas en cada etapa, y esto se lograría a como se motive desde la concepción, y conforme vaya creciendo.

Hoy en día, los padres están un poco mas conscientes del desarrollo que su hijo (a), debe tener, por ello, es más frecuente que lo lleven a escuelas donde les den estimulación temprana, con el fin que el niño explote su potencial, así como estar más atentos a algún problema que manifieste el niño, llámese de lenguaje, de motricidad, etc.

CAPITULO IV

4. Blog Virtual: una herramienta para dar a conocer las TCC, utilizadas para el TAG en niños.

“Nuestro cerebro es el mejor juguete que se ha creado. En él están todos los secretos, incluso el de la felicidad.”

Charlie Chaplin.

En este último capítulo, comenzare dando la definición de qué es un blog virtual, de igual manera hablare un poco de su historia, los tipos que pueden existir, etc., esto con el propósito de entender el uso que se le puede dar, y en este caso, como puede ser útil para mi trabajo de titulación.

En primer lugar, hablare de la definición de ¿Qué es un blog virtual?, donde el gobierno de Canarias nos lo describe como un sitio web personal, donde uno puede publicar cualquier cosa que desee compartir con otros, donde se actualiza periódicamente y recopila cronológicamente textos y artículos de uno o varios autores donde el mas reciente aparece primero. La mayoría de los blogs están basados en texto, pero a menudo complementan el texto con

imágenes y enlaces a otros sitios web o blogs o recursos multimedia relacionados con su tema. Un blog puede ser una herramienta bi-direccional que permita la interacción entre el escritor y el lector, con posibilidades para que la gente aporte comentarios o respuestas a lo que ha escrito el bloguero. Los primeros blogs, eran simplemente componentes actualizados de sitios webs comunes. Sin embargo, la evolución de las herramientas que facilitaban la producción y mantenimiento de artículos web publicados y ordenados de forma cronológica hizo que el proceso de publicación pudiera dirigirse hacia muchas más personas, y no necesariamente con conocimientos técnicos. Muchos blogs proveen de comentarios o noticias sobre un tema en particular. Los blogs son herramientas de comunicación cada vez más importantes dentro de los contextos social, laboral y educativo.

Por otro lado, Future of People, nos dice que la palabra “blog” se desprende del término weblog, cuya traducción exacta sería bitácora. Respondiendo a esta nomenclatura, un blog es un sitio utilizado para compartir información de la índole que uno desee. Esta información, es generalmente comunicada en formato escrito, pero suele complementarse con otros recursos como imágenes o audios.

Se dice que la historia de los blogs se remonta a la aparición de las primeras comunidades digitales en la década de los 70, y la posibilidad de interactuar con usuarios y datos mediante líneas telefónicas. Podría decirse que la historia de los blogs comenzó en aquella época. En 1979, dos estudiantes de la Universidad de Duke crearon Usenet, un sistema de comunicación entre computadoras, pensado para conectar usuarios mediante redes. Este software ya permitía enviar mensajes y publicar en grupos de noticias. en los 90' inició el desarrollo de los anillos web, estructuras circulares que agrupaban diversos sitios mediante herramientas como una barra de navegación en común. Rivero (2022)

Estos antecedentes allanaron el camino para que, en 1994, Justin Hall, estudiante de la universidad de Swarthmore, creara Links.net un sitio HTML en el que dio origen al concepto de blog personal, es decir, compartir reflexiones y conclusiones sobre la vida propia. Aunque todavía no se utilizaba el término weblog, Links.net se considera primer blog de la historia. Rivero (2022)

Otro gran protagonista de la historia de los blogs fue Dave Winer, un desarrollador de software a quien se le atribuyen muchos avances de la Web 2.0. Fue él quien en 1997 redobló la apuesta de Hall sumándole a las temáticas personales contenido sobre tecnología y política. Rivero (2022)

Para llevar adelante este avance en los blogs, Dave se valió de Scripting News, una bitácora virtual en la que además ya se podía leer la información en un diseño web más parecido a los blogs que vinieron después. Rivera (2022)

En los inicios de los 2000's, era algo imposible de imaginar las redes sociales que tenemos ahora, llámese Facebook, Instagram, Twitter, etc., pues en un principio se pensaba que solo iba a ser un impacto para los jóvenes, sin embargo, esta revolución tecnológica, aplico para todas las edades, un ejemplo de ello es que para el año de 2007 ya existían más de 73 millones de blogs activos. Además, para ese mismo año, ya varios medios tradicionales, como la CNN, comenzaban a adaptar su contenido a un formato digital de blog. Rivera (2022)

Dentro de los principales tipos de blog, se encuentran los siguientes:

ψ Blog profesional

Es un tipo de blog creado con la intención de promover y desarrollar la marca profesional de una persona, hacer networking, ofrecer sus

servicios, etc. Cualquier profesional puede crear un blog y crear su marca personal, demostrar sus conocimientos y sacar provecho a sus pasiones.

ψ Blog personal

En este tipo de blog, su intención es expresarse y opinar sobre cualquier tema que sea de tu interés, ya que funcionan como una especie de diario íntimo. Muchas personas crean su blog personal para compartir su opinión sobre determinados temas, hablar sobre sus experiencias, contar lo que hacen en el día a día, etc.

ψ Blog corporativo

Busca promover a una empresa o algún emprendimiento y que tiene como objetivo desarrollar el negocio, hablar sobre temas interesantes para el público, dar noticias sobre la empresa, etc.

ψ Blog comercial

Tienen un objetivo más comercial, si en los demás blogs lo que se busca es informar sobre temas específicos, en este blog se busca dar la mayor cantidad de información sobre un conjunto de productos y servicios. Generalmente, este tipo de blog está relacionado con las tiendas online que necesitan describir de una forma más profunda los productos que comercializan.

ψ Blog de un nicho específico

Es aquel que no pretende fortalecer la marca de una persona o una empresa, sino que busca compartir temas que interesan a determinados nichos. Este tipo de blog se caracteriza, muchas veces, por tener autores distintos y guest posts. También es común que el autor o los autores sean

anónimos. Otra característica común es la inclusión de publicidad pagada para generar ingresos.

ψ Blog de marca

Son los destinados a trabajar el branding, ya sea de una empresa o una persona en cuestión, su objetivo es fortalecer la marca y crear un posicionamiento sobre ella.

Imagen 5. “Estructura de un Blog”

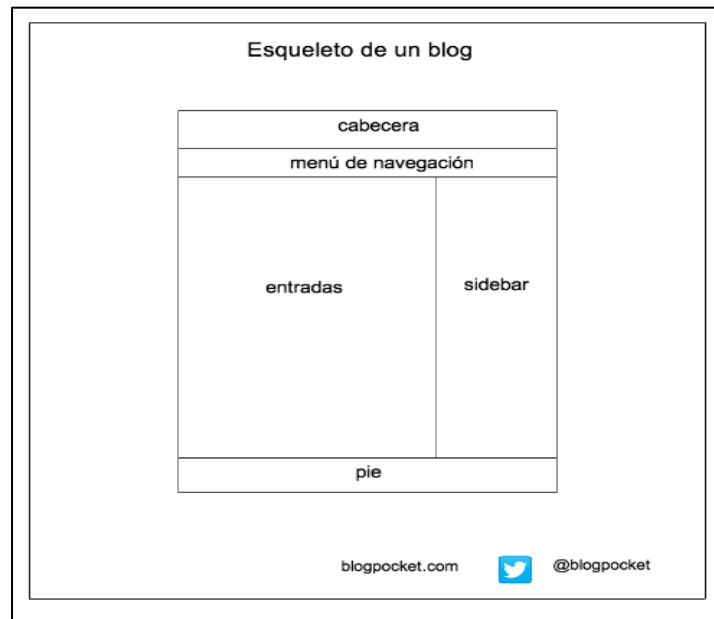


Imagen tomada de blogpocket <http://eidos.com.mx/blog/cual-es-la-estructura-basica-y-mas-funcional-de-un-blog/>

1. **Cabecera:** Normalmente aquí se coloca el logo y nombre del blog.
2. **Menú de navegación:** Aquí aparecen los enlaces a páginas, como el contacto e información sobre el autor y el blog, así como las categorías más importantes.
3. **Entradas.** Se muestra el título y un pequeño resumen de las entradas - o *posts*– más recientes. Se recomienda que no sean más de 10, para no alentar el tiempo de carga del blog.

4. **Sidebar.** Se incluye información complementaria, como puede ser un índice, las etiquetas más usadas en el blog, etc.
5. **Pie.** Está compuesto principalmente por la información de contacto, marca registrada, año de la licencia, y algunas veces se repiten las categorías que aparecen en el menú de navegación.

Ahora que ya di a conocer un poco mas sobre como esta conformado un blog virtual, hago mención que, para mi trabajo de titulación hice esta propuesta de trabajo, ya que en la actualidad el mundo de la tecnología es muy útil, practica y, sobre todo, la mayoría de las personas ya tienen al alcance un dispositivo móvil, el cual hace que se nos facilite el acceso a todo tipo de información.

Un punto importante es que, en esta propuesta del blog virtual, ayudaría en lo económico a las familias, pues no todos tienen el recurso económico para que lleven a su hijo (a) a una evaluación con un profesional de la salud, y en este caso, sería de gran ayuda, pues si ya tienen duda sobre si sus hijos tienen TAG, se les proporcionaría las principales técnicas de la TCC, que ayudaran a reducir o inhibir la ansiedad generalizada, así como consulta psicológica online.

Dentro del Blog virtual que elabore, podrán encontrar información necesaria para que los usuarios puedan digerirla fácilmente, por ejemplo: visión, misión, objetivo, ¿qué es la ansiedad generalizada en niños, principales causas, criterios según el DSM-V, test de Spence (para que el niño pueda tener una evaluación rápida, el cual se puede ver en Anexo 1), videos de las técnicas cognitivas-conductuales (para que las puedan realizar en casa), así como un espacio donde los padres puedan poner sus dudas acerca de este trastorno, de igual manera información de contacto (número telefónico, Email, dirección, etc.)

A pesar que es una propuesta, se podría tomar para próximas investigaciones, así como ir mejorando el contenido del Blog, para ir actualizando la nueva información que pueda ir saliendo con el tiempo.

A continuación, pongo el link del blog virtual, para revisión.

<https://albertxnet.wixsite.com/psicologiaparaninos>

Anexo 1

Test de Spencer (1997)

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS- P)

SU NOMBRE..... FECHA.....

NOMBRE DE SU HIJO/A.....

Debajo tiene una lista de ítems que describen a los niños. En cada ítem señale la respuesta que mejor describe a su hijo. Por favor, conteste a todos los ítems.

1	Hay cosas que preocupan a mi hijo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
2	A mi hijo le da miedo la oscuridad	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
3	Cuando mi hijo tiene un problema se queja de tener una sensación extraña en su estómago	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
4	Mi hijo se queja de tener miedo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
5	Mi hijo tendría miedo si se quedara solo en casa	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
6	Mi hijo siente miedo cuando tiene que hacer un examen	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
7	A mi hijo le da miedo usar aseos públicos	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
8	Mi hijo se preocupa por estar lejos de mí/nosotros	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
9	A mi hijo le da miedo hacer el ridículo delante de la gente	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
10	A mi hijo le preocupa hacer mal el trabajo de la escuela	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
11	A mi hijo le preocupa que algo malo le suceda a alguien de nuestra familia	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
12	Mi hijo se queja de que de repente siente que no puedo respirar sin motivo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
13	Mi hijo tiene que comprobar que ha hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave)	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
14	A mi hijo le da miedo dormir solo.	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
15	A mi hijo le cuesta ir al colegio por las mañanas porque se siente nervioso o con miedo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
16	Mi hijo tiene miedo de los perros	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
17	Mi hijo no puede dejar de pensar en cosas malas o tontas	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
18	Cuando mi hijo tiene un problema se queja de que su corazón late muy fuerte	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
19	Mi hijo de repente empieza a temblar sin motivo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
20	A mi hijo le preocupa que algo malo pueda sucederle	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
21	A mi hijo le da miedo ir al médico o al dentista	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
22	Cuando mi hijo tiene un problema se siente nervioso	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
23	A mi hijo le dan miedo los lugares altos (por ejemplo, estar en lo alto de un acantilado)	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre

24	Mi hijo tiene que pensar en cosas especiales (por ejemplo en números o palabras) para evitar que le pase algo malo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
25	A mi hijo le da miedo viajar en coche, autobús o tren	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
26	A mi hijo le preocupa lo que otras personas piensan de él	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
27	A mi hijo le da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques)	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
28	De repente mi hijo tiene mucho miedo sin motivo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
29	A mi hijo le dan miedo los insectos o las arañas	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
30	Mi hijo se queja de sentirse mareado o débil de repente sin motivo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
31	A mi hijo le da miedo tener que hablar delante de sus compañeros de clase	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
32	Mi hijo se queja de que de repente su corazón empieza a latir muy rápido sin motivo	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
33	A mi hijo le preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
34	Mi hijo tiene miedo de estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas)	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
35	Mi hijo tiene que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarse las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado)	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
36	A mi hijo le molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en su mente	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
37	Mi hijo tiene que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
38	A mi hijo le daría miedo pasar la noche lejos de casa	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre

39 ¿Hay algo más que realmente le dé miedo a su hijo? Sí No

Escriba qué es y señale con qué frecuencia tiene miedo a eso:

.....	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
.....	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
.....	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
.....	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre

CONCLUSIONES

De acuerdo a mi objetivo general, que es el exponer de qué manera las técnicas cognitivas-conductuales, a través de un “Blog virtual” favorecen el desarrollo integral del niño que presenta TAG, puedo decir a medida de conclusión que, será de suma importancia para el niño, pues aunque no es un contacto niño/terapeuta, será una herramienta para que los papás o la persona que este al cuidado del niño, tenga la información y con ello el conocimiento para ir aplicando las técnicas cognitivas-conductuales, y así el/la niño (a), pueda aprender a manejar el TAG, y por ende, su desarrollo integral no se vea afectado, pues como lo vimos en los autores, de una o de otra manera repercute para bien o para mal.

Por otro lado, el trabajo que presente, a pesar que es una propuesta, considero que es importante qué dentro del campo de la Psicología, haya un poco mas de apoyo para los niños que tienen TAG, y no cuenten con el recurso económico, donde por medio del **Blog Virtual**, encuentren tanto un test que mida el nivel de ansiedad, como las técnicas cognitivas-conductuales.

De igual manera, se prevería un espacio en el blog, donde los padres o quien este al cuidado del niño, puedan consultar de manera anónima, las dudas que tengan respecto a su hijo (a), o que puedan ir surgiendo mediante el proceso.

Ésta es una propuesta que queda abierta, para que puedan seguir investigando o llevarla más a fondo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston

Bandura,A.(1982).Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe.

McKain, T. L. (1993). Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento y Terapia Cognitiva-Conductual. Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitiva Conductual en Grupos. España: Desclée de Brouwer.

Naranjo Pereira, María Luisa (2004). Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos. Editorial Universidad de Costa Rica.

Navarro Cueva, R. (1994). Del condicionamiento clásico a la Terapia Conductual Cognitiva: hacia un modelo de integración. Aprendizaje y Comportamiento, vol. 10, A.L.A.M.O.C., Lima.

Rodríguez Aragonés, Socorro (1986). Salud mental del niño de cero a doce años: necesidades básicas del niño de acuerdo con el nivel de desarrollo y sus implicaciones en la salud mental. Primera edición: Editorial Universidad Estatal a Distancia, San José Costa Rica.

REFERENCIAS CIBERGRÁFICAS

- Acuña E. (2018) La infancia desde la perspectiva del psicoálisis: un breve recorrido por la obra clásica de Freud y Lacan; Klein y los vínculos objetales. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v50n1/v50n1a16.pdf>
- Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. (2008). Trastorno de Ansiedad Generalizada. (p. 82) Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastorno_de_ansiedad_generalizada0.pdf
- Becoña Iglesias E, Oblitas Guadalupe LA. (s/f). Terapia cognitivo conductual: antecedentes técnicas. Universidad de Santiago de Compostela España. Disponible en: http://ojs3.revistaliberabit.com/publicaciones/revistas/RLE_03_1_terapia-conitivo-conductual-antecedentes-tecnicas.pdf
- Camacho Javier. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. Recuperado de: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento (CETECIC). (s/f). Desensibilización Sistemática. Recuperado de: <https://www.cetecic.com/tecnicas/desensibilizacion-sistematica/>
- Cía, Alfredo H. (2007). Trastorno de Ansiedad Generalizada: Actualización Diagnóstica y Terapéutica, y Comentarios Sobre el artículo "A Review of Basic and Applied Research on Generalized Anxiety Disorder". Revista Argentina de Clínica Psicológica, XVI(1),29-33. [fecha de Consulta 16 de Agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832003>
- Crehana. (2022) Breve historia de los blogs ¿Cómo comenzó todo?. Recuperado de <https://www.crehana.com/blog/estilo-vida/historia-de-los-blogs/>
- Diccionario Económico. (s/f) Psicología Cognitiva. Recuperado de <https://economipedia.com/definiciones/psicologia-cognitiva.html>
- Diferenciador. (s/f) Ello, yo y superyo. Recuperado de <https://www.diferenciador.com/ello-yo-y-superyo/>
- Eidos. (2017) ¿Cuál es la estructura básica (y más funcional) de un blog? Recuperado de <http://eidos.com.mx/blog/cual-es-la-estructura-basica-y-mas-funcional-de-un-blog/>
- Gobierno de canarias. (2012) ¿Qué es un blog?. Recuperado de <https://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/ecoescuela/cursowp/que-es-un-blog/#:~:text=Un%20Weblog%2C%20conocido%20com%C3%BAmente%20como,el%20m%C3%A1s%20reciente%20aparece%20primero>
- Godoy Antonio, Gavino Aurora, Carrillo Francisco, Cobos María Pilar, Quintero Carolina. (2011). Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). Revista Psicothema, vol. 23, núm 2, pp. 292. Universidad de Málaga. Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/3884.pdf>

- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). Trastornos de Ansiedad. (p. 17-18) Disponible en: <https://www.upr.edu/humacao/wp-content/uploads/sites/6/2020/11/Trastornos-de-Ansiedad.pdf>
- Junta de Andalucía Consejería de la salud. (2011). Promoción de la Salud en Personas con Trastorno Mental Grave. Análisis de situación y Recomendaciones sobre Alimentación Equilibrada y Actividad Física. Anexo 12 Ejercicios de Respiración. Recuperado de: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/anexo_12_ejercicios_respiracion.pdf
- Lifeder (2020). B. F. Skinner: Teoría del Conductismo y Condicionamiento Operante. Equipo editorial. Recuperado de: <https://www.lifeder.com/skinner-teoria-conductismo/>
- Manual MSD Versión para profesionales. (s/f). Trastorno de ansiedad generalizada. Disponible en: https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes#v11624081_es
- Martínez Susana. (2016). Carpeta de aprendizaje aplicación del protocolo IMAT (y pruebas adicionales). Anexo 1, pp. 53-55. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4486/TFG_anexo_martinez_susana.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Mayo Clinic. (s/f). Trastorno de ansiedad generalizada. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/generalized-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20360803>
- Psiactiva. (2013) Etapas del desarrollo psicosexual de Freud. Recuperado de <https://www.psiactiva.com/blog/etapas-del-desarrollo-psicosexual-freud/>
- PsicoActiva. (2022). Teoría Psicosocial: las 8 etapas de Erikson o edades del hombre. Recuperado de: <https://www.psiactiva.com/blog/las-8-edades-del-hombre-la-teoria-del-desarrollo-psicosocial-erik-erikson/>
- Psiquiatria.com (s/f). Psicoterapia cognitiva de Beck. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/glosario/psicoterapia-cognitiva-de-beck>
- Rafael Linares Aurelia. (2007-2008). Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vygotsky. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf
- Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones. (p. 265-280). Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Santi-Leon, Fabricio. (2019). Educación: La importancia del desarrollo infantil y la educación inicial en un país en el cual no son obligatorios. Revista Ciencia Unemi, vol. 12, núm. 30, pp. 143-159. Universidad Estatal de Milagro. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5826/582661249013/html/#:~:text=El%20desarrollo%20infantil%20integral%20se,favorables%20para%20desarrollar%20su%20vida.>

Universidad Autónoma del Estado de Morelos. (s/f) "Psicología Cognitiva". Recuperado de <https://www.cienciascognitivas.org/psicologia-cognitiva>