



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES



INTERVENCIÓN BASADA EN AFRONTAMIENTO PARA DISMINUIR LA
ANSIEDAD EN PREESCOLARES


TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

Juárez Fernández Ricardo
Soto Vázquez Brenda
Rojas Aviles Vania Metzi

DIRECTORA:

Dra. María Teresa Monjarás Rodríguez


23/11/23

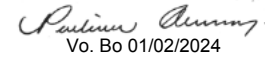
REVISORA:



Dra. Edith Romero Godínez


Vo.Bo. tesis 26/09/2023.

SINODALES:

Dra. Paulina Arenas Landgrave
Dr. José Alfredo Contreras Valdez
Vo. Bo. 12-12-23
Dr. Octavio Salvador Ginez Salvador Ginez


Vo. Bo 01/02/2024



VoBo. 23/01/2024

Financiamiento: DGAPA PAPIIT IA301521

Ciudad de México, a 23 noviembre 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.

Índice

Agradecimientos	4
Introducción	12
Capítulo I. Ansiedad general.....	16
Origen terminológico de “ansiedad”	17
Definición de Ansiedad.....	19
Interpretaciones teóricas sobre la ansiedad	22
Modelo psicodinámico	22
Modelo humanista- existencial	25
Modelo cognitivo-conductual.....	26
Síntomas característicos de la ansiedad	28
Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	29
Epidemiología y comorbilidad	42
Capítulo II. Desarrollo del preescolar	44
Desarrollo en etapa preescolar	44
Capítulo III. Ansiedad en la primera infancia (0-6 años) y formas de detección	51
Formas de detección de niños que sufren ansiedad.....	60
Capítulo IV. Afrontamiento y su relación con la ansiedad.....	62
Relación afrontamiento y ansiedad	62
Capítulo V. Intervenciones para la ansiedad en preescolares	65
Tipos de intervenciones.....	65
Taller Afrontamiento en la vida cotidiana.....	74
Capítulo VI. Metodología	76
Justificación.....	76
Pregunta de investigación.....	77
Objetivo general	77
Objetivos específicos.....	77
Hipótesis.....	77
Tipo de estudio.....	78
Variables.....	78
Definición conceptual de las variables	78
Ansiedad.....	78

Afrontamiento	78
Definición operacional de las variables	79
Ansiedad:	79
Afrontamiento.....	80
Taller afrontando la vida cotidiana.....	80
Escenario	81
Muestreo.....	81
Criterios de inclusión	82
Criterios de exclusión	82
Criterios de eliminación	82
Lineamientos éticos.....	82
Procedimiento.....	83
Instrumentos.....	84
Análisis de datos.....	85
Capítulo VII. Resultados	86
Datos de la muestra	86
Análisis de resultados cuantitativos	89
Análisis cualitativo.....	92
Capítulo VIII. Conclusiones y discusión.....	96
Discusión	96
Conclusiones	99
Limitaciones	100
Recomendaciones.....	102
Referencias.....	103

Agradecimientos

Esta tesis fue financiada por el proyecto DGAPA PAPIIT IA301521 Afrontamiento y estrés en preescolares bajo la dirección de la Dra. María Teresa Monjarás Rodríguez. Gracias al proyecto y a nuestra directora por ser la guía en este camino de la titulación.

Ricardo Juárez, Brenda Soto.

Se me hace un nudo en la garganta y me duele la cabeza de darle tantas vueltas a esta sección de la tesis, vienen a mi mente recuerdos donde estuve a la deriva y de la misma forma recorren por mi mente aquellas personas que me hicieron salir adelante.

Desde aquel momento en que me contaste los obstáculos que se atravesaron por tu carrera universitaria, los paros, las decisiones, el dinero, me prometí a mí mismo que terminaría una licenciatura y te la dedicaría papá, gracias por ser un ejemplo para mí de sacar lo mejor de cada situación y nunca rendirme, hoy quiero que sepas que a través de tus enseñanzas y ejemplo acabamos una licenciatura papá.

Sin duda no hubiera podido hacerlo sin el recuerdo de mi madre en una computadora a las 3:00 am todos los días, no pude tener puros dieces como lo hiciste tu mamá, pero le dedique todo mi amor y pasión a la carrera como tú me lo inculcaste, desde el día que estuve en tu examen profesional me dije a mi mismo que estaría en el mismo lugar algún día y hoy lo he conseguido, muchas gracias, mamá.

Dulce, no puedo desear una amiga más leal que tú, desde el primer semestre has estado hombro con hombro a mi lado superando los retos de esta carrera, sin tu amistad y ayuda en muchos trabajos de equipo no estaría aquí, muchas gracias por hacerme sentir digno de amistad.

Brenda, te agradezco tu integración, guía y amistad, sin ti no estaría en este momento, me guiaste en cada paso de la tesis, me enseñaste a citar, redactar y conectar ideas, me protegiste cuando más lo necesite y al final me enseñaste a poner a uno mismo ante toda situación sin importar nada más, por eso y más te doy las gracias.

A ti Vania, quiero agradecerte tu amistad y guía, al igual que Brenda me protegiste cuando más vulnerable me sentí y me has ofrecido tu amistad desde ese entonces, me alegro de que te hayas unido a nuestro equipo, no hubiera sido lo mismo sin ti.

A ustedes Armando Casolis y Daniel Gómez les agradezco la persona que soy ahora, me enseñaron el significado de compromiso, pasión por una actividad y honor. Desde CCH vivo con tu filosofía Casolis, el día tiene 24 horas, siempre habrá tiempo para todo, gracias a eso, pude terminar el día de hoy y a ti Quick, si no me hubieras tatuado la pasión por Pumas no me hubiera esforzado tanto por alcanzar un sueño, gracias por todas las veces que me alimentaron, apoyaron y escucharon, no solo no sería el psicólogo que soy ahora sin ustedes, si no que no sería el hombre que soy sin sus enseñanzas.

Antes de que se me olvide, lo lograste Ricardo, yo sé bien todas las dudas que te invaden y te invadían día con día, pero, lo lograste, fuiste suficiente y esto es algo que he querido decirte hace mucho tiempo, todos los sacrificios valieron la pena y estoy orgulloso del hombre en el que te convertiste, en el hombre que soy hoy en día, gracias por no haber tirado la toalla en el camino.

Por último, quiero agradecer a aquellos maestros, compañeros y amigos que me apoyaron hasta este momento, de corazón, ¡GRACIAS!

-Ricardo Juárez

No tenía una idea concreta de cómo empezar a redactar este apartado de la tesis, pues creo que es de las partes más cálidas y humanas de todo este trabajo, así que quiero dejar que mis palabras fluyan y sean sinceras. Al pensar en personas a quien quiero agradecer vienen nombres, caras y situaciones muy específicas. Pienso en la sonrisa de mi mamá, Alicia, a quien dedico este trabajo y al mismo tiempo le agradezco por tantas cosas, creo que me faltarían hojas para hacerlo. Mamá, gracias por enseñarme a luchar por lo que quiero y por estar a mi lado, eres mi motor e inspiración para lograr lo que quiero, este logro es tuyo también, sigamos juntas.

Gracias a mi hermano, mi Chato, el hombrecito que desde que tengo memoria nunca se ha separado de mí, hermano gracias por el amor, las risas y los consejos, eres lo más importante para mí. Agradezco profundamente a mis abuelos, mi China y mi papá Panchito, no tienen idea de cuánto los amo, son mi adoración y mi inspiración del día a día, viven en mi corazón.

Quiero agradecer a mi Bonnie, la cosita de cuatro patitas que me acompaña, sé que no sabe leer, pero quiero que se quede plasmado que esa peludita se desvelaba conmigo para escribir y que, sin darse cuenta, se convirtió en mi princesa.

A mi familia materna, no caben sus nombres porque son muchísimos, pues absolutamente todos me han apoyado, han creído en mí, mis tías, tíos, primos, sobrinos, gracias por ser mis conejillos de indias, por siempre estar al pendiente de mí, por sus palabras y las risas. Este trabajo tiene todo el cariño que me han brindado, son parte de esto. Tía Eva, donde quiera que esté, gracias por todo su apoyo y cariño.

Mi Ro, gracias por coincidir conmigo en esta vida, eres quien cree en mí, me acompañó en todos los malos y buenos ratos que me trajo esta tesis, porque me apapachaste cuando lo necesitaba, me siento afortunada de poder compartir tiempo y espacio en esta vida contigo, te amo.

Joan, gracias por ser mi luz y alegría, me has enseñado que es la amistad y el cariño incondicional. Gracias a los compañeros, maestros y personas que se han atravesado en mi vida en algún momento, todos y cada uno de ustedes me han formado y son parte de mí, sin decir sus nombres, los tengo grabados en mis pensamientos y aprendizajes. Team de las Bichotas, me salvaron en la caótica pandemia y en mi vida de ciber estudiante. Equipo de Nutri, Ale pececito, Andy, Andy chiquita, Sof y Dra. Sofi, gracias por todo, hacían la vida menos pesada.

Ricardo, no me equivoque al elegirte como mi compañero de tesis, me salvaste en momentos que no te imaginas. Doctora Teresa, gracias por confiar en mí y por la paciencia. Gracias a los pequeños que participaron en este taller, me enseñaron más de lo que yo pude enseñarles a ustedes.

Finalmente quiero agradecerme a mí, por ser constante y por confiar. Bren pequeña, lo estamos logrando. Recuerdo iniciar esto con miedo y dudas, pero gracias a las personas correctas y que confiaron en mí, estoy aquí. A lo largo de mi paso por la educación y la vida he tenido apoyo y cariño de muchas personas, sin duda soy muy afortunada.

-Brenda Soto Vazquez

La vida suele dar muchas vueltas y esta es una de ellas, en distintas ocasiones nos encontramos en escenarios que jamás imaginamos e incluso cumplimos metas que parecen imposibles, sin duda alguna las personas que nos rodean son esenciales para conseguirlo, es por lo que hoy me siento tan honrada y agradecida de poder nombrar aquí a todas las personas que de una u otra forma me ayudaron a cumplir esta meta tan anhelada.

En honor a este orgullo quiero ofrecer mis agradecimientos a:

A mi Papá, sin duda alguna fuiste, eres y serás un pilar importantísimo en mi vida soy la persona más afortunada de tenerte en mi vida, gracias por enseñarme a luchar por lo que quiero, por apoyarme en todo y hacerme saber que jamás estaré sola porque a mi lado tengo al mejor papá del mundo que siempre va a sostener mi mano, este logro es nuestro, gracias por tus enseñanzas, por irme a dejar a las 5 de la mañana a la universidad, a la prepa, gracias por tus consejos y por qué siempre haces todo lo posible e imposible para verme feliz, eres una gran inspiración para mí, estoy segura que ni toda la vida me alcanzaría para agradecerte todo lo que día a día haces por mí, te prometo que todo este esfuerzo dará frutos muy pronto.

A mi Mamá, eres el motor de esta familia, gracias por ser esa luz tan bonita en mi vida, gracias por hacerme saber que siempre estarás para mí, gracias por todos esos desayunos, desveladas y tiempo que me has dedicado, gracias por escucharme y apoyarme en cada cosa que hago sin duda alguna este logro también es tuyo ya que sin ti a mi lado, esto no hubiera sido posible, estoy eternamente agradecida con la vida por darme un angelito como tú en mi vida, que siempre me aconseja y desea lo mejor para

mí, mami siempre estaré a tu lado y trataré de dar siempre lo mejor de mi para que siempre estés muy orgullosa de mí, y también de hacerte la mujer más feliz del mundo por qué no te mereces menos.

A Jhonnys, tengo también tanto que agradecerte, gracias por siempre escucharme, y ser mi compañero de mi vida, gracias por qué tan solo estar a tu lado me hace sentir feliz y acompañada, gracias por tus consejos y aunque siempre me regañes por las cosas que hago jaja sé que jamás me dejarías sola, así como yo jamás te dejaría solo, siempre estaré para lo que necesites en las buenas y en las malas, gracias por siempre escuchar mis dramas y mis locuras, gracias por conocerme mejor que nadie, gracias por cuidarme y gracias por ser el mejor hermano del mundo.

A mis amigos Arely, Karlita, Boris, Malory, gracias por enseñarme que la amistad si existe, cada uno de ustedes ha estado para mi cuando más lo he necesitado, siempre me han dado su mano para salir juntos de cualquier situación, gracias por saber escucharme, deseo que la vida me permita tenerlos siempre a mi lado, y que ustedes me permitan verlos crecer, y poder festejar nuestros logros juntos, sin duda alguna ustedes han sido de suma importancia para obtener estos logros, gracias por ser sinceros, por sus consejos y por todo, quiero que sepan que pase lo que pasé siempre podrán contar con mi apoyo y cariño incondicional.

A Ricardo, por jamás haberme dejado sola en la Tesis, gracias por escucharme, por todo tu esfuerzo y dedicación, sin duda alguna me dejaste muchos aprendizajes eres una persona con un corazón enorme, créeme que sin ti no hubiera llegado al final.

A la Doctora Teresa, a mis maestros, que cada uno ha dejado una huella muy importante en mi vida, siempre he considerado a la educación como un acto de amor y sin duda aprendí a llevarme lo mejor de cada uno.

A mi familia Sofi, Angie, Adrián, Adriana, Andrea, Edith, Andrés, Malú, Abraham, Edna, Emilio, Dario, Juanillo, Katy, Sebastián, Felipe, Ana, por hacerme saber que cuento con ustedes, gracias por hacerme muy feliz, son la familia más bonita que alguien puede pedir, realmente soy muy feliz cuando estoy con ustedes, siempre los llevé a cada uno de ustedes en mi corazón, les amo mucho.

Probablemente, me faltaron algunos nombres por mencionar, pero sin duda alguna los llevé en mi mente, considero que todas las personas que han pasado por mi vida han dejado aprendizajes muy importantes, lo cual agradezco desde el fondo de mi corazón ya que sin ello no sería la misma persona...

Y por último y no menos importante jaja a mí, por qué si bien he tenido muchos tropiezos el día de hoy estoy sumamente agradecida y orgullosa de la persona que soy, Vania todo tu esfuerzo siempre tiene recompensas, se constante, ama todo lo que haces, entrega lo mejor de ti siempre y estoy segura de que nos irá bomba, te abrazo y te dije que eres maravillosa.

Vania Rojas

Resumen

El presente trabajo titulado "*Intervención Basada En Afrontamiento Para Disminuir La Ansiedad En Preescolares*" tiene como propósito analizar si existen diferencias en los niveles de ansiedad de niños preescolares de 4 a 6 años antes y después de la aplicación del "*Taller Afrontando la vida cotidiana*" en una muestra de 8 niños de 3 a 6 años. El taller se realizó en un jardín de niños al oriente de la Ciudad de México, en la alcaldía Iztapalapa. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico intencional para la selección de los participantes, los docentes eligieron entre sus estudiantes aquellos con desviaciones conductuales, posteriormente los padres completaron el instrumento CBCL (Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años) y los niños el Cuestionario de Afrontamiento para preescolares, antes y después de la intervención. Los datos recogidos tras la evaluación en la etapa previa a la implementación del "*Taller Afrontamiento de la vida cotidiana*" así como los datos recogidos posterior a la aplicación del taller, fueron recabados con el software IBM SPSS Statistics V22. Los resultados indican que la aplicación del taller Afrontando la vida cotidiana puede ser eficaz en la reducción de los niveles de ansiedad en niños preescolares de 4 a 6 años, lo que sugiere la importancia de incluir programas de intervención emocional en el ámbito educativo desde el nivel preescolar.

Palabras clave: ansiedad, preescolares, taller

Introducción

La ansiedad se ha convertido en algo tan común en nuestra vida cotidiana que ahora es familiar escuchar este término en diversos contextos del día a día. En primer lugar, es conveniente iniciar con una definición que nos ofrece Santacruz et al., (2002, Delgado, 2014), el cual, describen la ansiedad como “la respuesta anticipatoria de una amenaza, que se caracteriza por sensaciones afectivas de nerviosismo, tensión, aprensión y alarma, acompañadas de manifestaciones de conductas visibles y de cambios fisiológicos asociados a hiperactivación del sistema nervioso autónomo” (p. 43).

Constantemente, se suelen confundir demasiado los términos de ansiedad, angustia y miedo que en ocasiones las personas pueden utilizarlos como sinónimos, sin embargo, es importante realizar la diferenciación entre estos. Iniciando con Sexto (2000, Delgado, 2014) quién resalta una diferencia relevante entre la angustia y la ansiedad diciendo que “la **angustia**, se refiere a la sensación de opresión pectoral, que es una respuesta biológica a un peligro exterior, coexistiendo la sensación de temor ante la posibilidad de la presentación súbita de crisis. Ahora bien, la **ansiedad** está relacionada con los afectos, con una sensación constante de peligro inminente o destructor, que invade a la totalidad del ser, con un componente subjetivo que lo califica y otro somático que lo objetiviza.” (p. 43)

Por otra parte, Consuegra (2010) define la angustia como “la sensación de expectativa dolorosa frente a peligros internos, desconocidos, pero cuya naturaleza presente” mientras que la ansiedad la define como “sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes, caracterizada por el predominio de tensión física. Se manifiesta frente a cualquier amenaza percibida, sea está físicamente real, psicológicamente molesta o incluso imaginaria” (p. 56)

Como se puede observar la ansiedad podría parecer irracional, esto con base al nivel de presencia que se puede estar dando, es decir, la intensidad con la que se presenta en ocasiones se suele tomar como una exageración al no comprender el grado de afectación hacia la persona que lo está presentando, abriendo paso a la falta de empatía por parte del círculo social y familiar, así como la falta de acercamiento a los profesionales de la salud mental para su detección y tratamiento adecuado.

La ansiedad no discrimina entre edades o género, durante algún tiempo se ha creído que este tipo de problemáticas es exclusivo de adultos o adolescentes, sin embargo, el presente trabajo se enfocará en la ansiedad que pueden presentar otras poblaciones, como lo son los niños de edad preescolar; por lo que se decidió dividir los apartados de este trabajo de la siguiente forma, con el fin de cubrir los objetivos de la investigación:

En el capítulo 1 se aborda la ansiedad como un trastorno en general, posteriormente se considera el origen terminológico de este concepto para así poder abrir paso a plantear la definición de ansiedad. Una vez expuestos estos bosquejos, se da pie para escribir acerca de los síntomas característicos, así como una clasificación más específica acerca de este problema de salud mental. Los últimos dos apartados abordan la epidemiología y comorbilidad que presenta con otros trastornos. El último apartado trae consigo diferentes interpretaciones teóricas de la ansiedad como: modelo psicodinámico, modelo cognitivo-conductual y humanista-existencial, con el fin de entender este concepto desde distintos enfoques y ampliar la concepción del mismo.

En el capítulo 2 se abordan temas relacionados con la población preescolar, iniciando con una breve investigación acerca de cómo se manifiesta la ansiedad en niños de 0 a 6 años, entendiendo en un inicio cómo se va dando el desarrollo en sus distintas esferas como lo social, cognitivo, motor etc. Siguiendo esta línea, se abordan

los aspectos que pueden favorecer o no la aparición de la ansiedad, los cuales van desde aspectos individuales, contextuales y culturales.

Más adelante, se hace énfasis en las distintas formas de detección de ansiedad en niños para su oportuna detección. Para finalizar, se mencionan las estrategias de afrontamiento que pueden desarrollar los preescolares para hacer frente a las problemáticas causadas por la sintomatología ansiosa.

Por otro lado, en el capítulo 3 se tratan algunas de las intervenciones que se han aplicado para disminuir, tratar o prevenir la ansiedad, mayormente desde el enfoque cognitivo-conductual en las escuelas ya sea de forma grupal con niños o en grupos de padres e hijos. En este apartado se hacen breves descripciones acerca de lo que tratan dichas intervenciones, además, al finalizar se aborda el “*Taller Afrontando la vida cotidiana*”, el cual se aplicó en esta investigación.

Dentro del capítulo 4 se aborda la metodología utilizada y la justificación de dicha investigación, la cual se resume en analizar y determinar si existe un cambio respecto a la ansiedad en niños preescolares de 4 a 5 años, después de haber implementado la aplicación del “*Taller Afrontando la Vida Cotidiana*” propuesto por Monjarás (2018). Nuestra pregunta de investigación es ¿la intervención del Taller Afrontamiento de la vida cotidiana disminuye el nivel de ansiedad en preescolares de 4 a 6 años?, algunos de los objetivos específicos son: evaluar los niveles de ansiedad en una población preescolar, aplicar el “*taller de Afrontando la vida cotidiana*” (adaptación).

El tipo de estudio que se utilizó fue transversal con un diseño pre-experimental de un solo grupo con mediciones pre y posttest, la variable dependiente fue la ansiedad y la independiente fue el “*Taller afrontando la vida cotidiana*”. El taller consta de 12 sesiones de una hora cada una, una vez a la semana, en este taller se trabaja de forma

simultánea con los padres de los niños, a partir de la sesión número 9, tanto grupo de niños como de adultos, se une, esta intervención se desarrolló en una escuela a nivel preescolar, situada al norte de la ciudad de México, la cual es una institución privada, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional para seleccionar a los niños de 3 a 6 años, aunado a esto se menciona el procedimiento que se llevó a cabo.

En el capítulo 5 se exponen los resultados analizados, para esto se usó el software IBM SPSS Statistics V22 para posteriormente, dar paso al análisis utilizando la W de Wilcoxon para determinar si hay una diferencia significativa entre las medidas de dos grupos. Y también se realizó un breve análisis cualitativo durante las tres fases primordiales de la intervención. Por último, en el capítulo 6 se exponen las conclusiones obtenidas y la discusión generada acerca de la presente investigación.

Capítulo I. Ansiedad general

A lo largo de la historia de la medicina y la psicología se ha estudiado el concepto de la ansiedad, se ha encontrado un conflicto constante en definir las barreras conceptuales que delimitan el trastorno de ansiedad generalizada, por ejemplo, Jablensky, 1985 (como se cita en Sarudiansky, 2013) expone que “la ansiedad es, sin lugar a duda, uno de los conceptos centrales en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, ello no implica que se trate de una categoría simple y uniformemente definida, sino que ya desde sus bases etimológicas y de sus antecedentes conceptuales, teóricos y disciplinares podemos dar cuenta de que es un constructo difuso, ambiguo y complejo” (p.20).

Por otra parte Freud, 1989 ya hacía referencia a las distintas características de las neurosis de angustia, entre las que incluye: “irritabilidad general, expectativa angustiada, la posible presencia de ataques de angustia, los cuales se caracterizan por perturbaciones de la actividad cardiaca (palpitaciones, arritmia, taquicardia), perturbaciones de la respiración (disnea nerviosa, ataques semejantes al asma, etc.), oleadas de sudor, temblores y estremecimientos, ataques de hambre, diarreas, terror nocturno, perturbaciones digestivas, vértigo, congestiones y parestesias” (p.23).

A su vez, Barlow 2002 (como se cita en Craske, 2003) expone la diferencia entre la ansiedad del miedo como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente adversos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (p. 22).

Continuando con esta diferenciación, estos autores especifican que la ansiedad puede entenderse como una reacción al miedo, el cual puede manifestarse como una valoración hacia situaciones percibidas como peligrosas, por ende, la ansiedad y el miedo están relacionados con un sentimiento negativo (Craske, 2003).

Por otro lado, Sexto en 2000 (como se cita en Delgado, 2014) resalta una diferencia entre los conceptos de angustia y ansiedad diciendo que “la angustia, se refiere a la sensación de opresión pectoral, que es una respuesta biológica a un peligro exterior, coexistiendo la sensación de temor ante la posibilidad de la presentación súbita de crisis. Ahora bien, la ansiedad es una inquietud del ánimo, lo que quiere decir que está relacionada con los afectos, con una sensación constante de peligro inminente o destructor, que invade a la totalidad del ser, con un componente subjetivo que lo califica y otro somático que lo objetiviza” (p. 43).

Una vez teniendo un punto de partida donde se logra distinguir la diferencia entre ansiedad, angustia y miedo es importante profundizar dentro el gran espectro que comprende el trastorno de ansiedad, para así poder comprender más a fondo todas las características, sintomatología y posibles causas por las que se desarrollan dichos trastornos.

Origen terminológico de “ansiedad”

Como se ha visto anteriormente, el término ansiedad cuenta con un largo trayecto para ser definido y comprendido como el trastorno que actualmente conocemos, Kuaik et. al (2019) expresa que la ansiedad “es un concepto central de la psicología y la psiquiatría actual, resulta un constructo ambiguo y complejo de delimitar, existiendo en él, implícitamente, distintos significados” (p. 43).

En la antigüedad se comienza a nombrar el estado de angustia, según la Real Academia Española (2021) el origen del término ansiedad proviene del Latín *anxiētas*, *-ātis*, que describe un estado de agitación inquietud o zozobra del ánimo. Por otro lado, Freud define algunos términos que se relacionan con la angustia y la ansiedad, por lo que estipula «Angstneurose» por «névrose d'angoisse» para referirse a una «neurosis de angustia» de la misma forma utiliza «anxiété» para referirse al trastorno de «ansiedad» y por último para referirse a la angustia utiliza «Angst» (p. 72).

Siguiendo con esta corriente, analizando el compendio de obras de Freud se encuentra que «Angst» no es en modo alguno un tecnicismo psiquiátrico, sino un término alemán corriente, el cual se encuentra entrelazado con «eng->», que significa «constreñido», «restringido»; que al mismo tiempo tiene como referente al igual que la palabra castellana «angustia», que deriva del latín «angustus», «angosto», «estrecho» que es la sensación de ahogo que caracteriza a las formas graves de este estado psíquico, en inglés, donde «Angst» se traduce por «anxiety», describe un estado más agudo, aún se describe con el término «anguish» {de igual procedencia}; y destaquemos que en sus escritos en francés Freud empleó como sinónimos, para traducir «Angst», las palabras «angoisse» y «anxiété».

Definición de Ansiedad

Después de realizar este contexto histórico y etimológico acerca de la ansiedad, habría que decir también en este apartado una definición más actual y fresca acerca de este concepto. Es importante mencionar que, si bien existen diversas definiciones de múltiples autores desde distintos enfoques, existe el consenso en que la ansiedad es multidimensional donde coexisten aspectos cognitivos, conductuales, emocionales, sociales y fisiológicos.

Además, es relevante aclarar que todas las personas en algún momento podemos experimentarla en diferentes grados, pues tiene una función adaptativa. La ansiedad ha sido parte de la existencia humana; es una reacción que ha ayudado al hombre a adaptarse a su entorno. El sistema nervioso desencadena una serie de respuestas fisiológicas (taquicardia, tensión muscular, hiperventilación, etc.) cuando nos enfrentamos a una amenaza real, como una agresión que nos permite reaccionar al instante, atacar o huir. Por otro lado, cuando la ansiedad se desencadena en trastorno es cuando este estado de alerta se mantiene la mayor parte del tiempo, impidiendo al sujeto desarrollar sus actividades cotidianas y manifestando malestar a nivel físico y mental, como se explicará con mayor detalle en la sintomatología del DSM-5.

Los efectos físicos de esta evaluación incluyen la movilización del cuerpo, la activación de la respiración, la aceleración del ritmo cardíaco, la preparación de los músculos para el ejercicio, la dilatación de las pupilas para mejorar la visión, etc. Se desencadena la respuesta fisiológica para provocar el movimiento, para huir de la amenaza (respuesta automática), y para protegernos, la reacción del cuerpo ante una amenaza es, por lo tanto, ansiedad adaptativa.

La ansiedad desadaptativa, por otro lado, ocurre cuando reaccionamos con un alto nivel de ansiedad en situaciones en las que las otras personas no parecen tener

ningún problema, e interfiere significativamente con su propio cuerpo, causando incomodidad en sus actividades y actividades diarias, intelectual, social, familiar o profesional.

Debido a un procesamiento cerebral incorrecto, la información que recopilamos de nuestro entorno a través de nuestros sentidos alcanza un nivel de intensidad tan alto. Nuestras mentes forman asociaciones, por lo que, si evitamos algo, nuestro cerebro lo interpreta como peligroso y nos hará sentir mal la próxima vez.

Cuando estos sucesos son frecuentes y están relacionados con un trastorno de ansiedad, hay un problema. Biondi, 1989 (como se cita en Salaberría et.al, 1995) estipula que existen cuatro aspectos diferenciadores, que facilitan la distinción de la ansiedad normal de la ansiedad patológica:

- Intensidad, frecuencia y duración.
- Proporción entre la gravedad objetiva de la situación y la intensidad de la respuesta ansiosa.
- Grado de afectación subjetivo determinado por la ansiedad.
- Grado de interferencia en la vida cotidiana del sujeto.

Así mismo Galletero et al., 1989 (como se cita en Salaberría et al., 1995), explica que la ansiedad patológica aparece, por una parte, de forma brusca y episódica, a modo de crisis aguda en circunstancias inesperadas y por otra de una manera persistente y continua, con preocupaciones e inquietudes excesivas ante cualquier circunstancia.

Para reforzar las diferencias que se enmarcan en la ansiedad, Spielberger, 1989, considera que para definir la ansiedad de forma adecuada es indispensable hacer la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad. La ansiedad-estado, según Spielberg, 1972 (como se cita en Ries et al., 2012), es un "estado emocional"

inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos, mientras que la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo.

Dentro de la conceptualización que se le ha dado al trastorno de ansiedad, Beck encuentra que la ansiedad es un fenómeno paradigmático cuya explicación ha sido tarea fundamentalmente de la psiquiatría y la psicología. Agregando a lo anterior, Clark y Beck, (2012) describen a la ansiedad como una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones incontrolables e impredecibles con respecto a sucesos potencialmente adversos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos.

Whalen et al., 2017 describen que la presencia de trastornos de ansiedad en la etapa preescolar puede tener repercusiones tanto en el momento presente, como en etapas posteriores del desarrollo y pueden afectar al funcionamiento familiar, social, escolar y personal del niño (p. 11).

Achenbach y Rescorla 2001 (como se cita en Méndez, 2009) clasifican los comportamientos de desajuste psicológico de niños y adolescentes en dos tipos, internalizantes y externalizantes; mencionan que estas conductas, se enuncian a problemas conductuales internos como la ansiedad, que implican sentimientos de soledad, temor, inferioridad, culpa, desconfianza y/o angustia que afectan a la persona misma (p 110).

Interpretaciones teóricas sobre la ansiedad

Modelo psicodinámico

Sigmund Freud da pie a la comparación entre la concepción de una mente activa y una mente inconsciente, Barber (2016) nos expone que “Freud enfatizó un modelo topográfico de la mente (psiquismo) que consistía en las memorias inconscientes-perturbadoras, ideas y sentimientos que no son conscientes, pero son capaces de alcanzar la conciencia; y las conscientes- el contenido que está en la conciencia” (p.2).

Una vez establecido el concepto del inconsciente busca un modelo de terapia buscando el intercambio entre estas fases, hacer consciente lo inconsciente, Barber (2016) nos extiende que “Freud conceptualizó que, durante el proceso terapéutico, el terapeuta se convertía en un objeto de la repetición de una relación pasada con un otro significativo. Asimismo, propuso que los pacientes frecuentemente exhiben un bloqueo (resistencia) en las asociaciones libres o en su compromiso con el proceso terapéutico” (p. 3). Entender esto es de suma importancia para comprender el modelo psicodinámico y poder establecer un punto de análisis del trastorno ansioso ante este modelo.

Calles (2017) presenta que Freud acuñó el término neurosis de angustia e identificó dos formas de angustia. La primera se refería a la sensación difusa de preocupación o temor que se originaba en un pensamiento o deseo reprimido y era curable a través de la intervención psicoterapéutica. Y la segunda estaba caracterizada por una sensación sobrecogedora de pánico, acompañada por manifestaciones de descarga autonómica, incluyendo sudoración profusa, aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca y diarrea” (p.2).

Freud ya tenía presente la causa inconsciente de esta angustia, Calles (2017) encuentra que “según la teoría topográfica de la mente que Freud desarrollaba, la

ansiedad era el resultado de impulsos sexuales prohibidos situados en el inconsciente y reprimidos por el preconscious” (p.2).

Sin embargo, Freud siguió modificando su teoría, alrededor de 1926 Calles (2017) describe que “la teoría de la ansiedad de Freud había sido objeto de una gran transformación, Según Freud, la ansiedad es un efecto propio del ello y actúa como señal de alerta ante un peligro interno. El peligro procede del conflicto intrapsíquico entre los impulsos instintivos procedentes del ello, las prohibiciones del superyó y las exigencias de la realidad externa” (p. 3). Como podemos notar Freud deja de centralizar el origen de la ansiedad en impulsos sexuales reprimidos y comienza a centralizarse en conflictos instintivos procedentes del ello.

Así mismo siguiendo las investigaciones de Freud 1926, encontramos que “modificó sus concepciones sobre la ansiedad, planteando que el proceso represivo era consecuencia (y no causa) de la aparición de ansiedad en el yo, instancia que frente a la señal de ansiedad movilizaba los procesos defensivos. Así quedaron claramente establecidos dos modos posibles para la ansiedad: la ansiedad señal, atenuada, anticipatoria, que utilizaba el yo para defenderse de los procesos internos y los requerimientos de la realidad; y la ansiedad automática, que sobrepasaba su cualidad de señal e invadía al aparato psíquico, paralizando al yo” (p. 202).

En esta segunda modificación Freud deja de centrarse en la ansiedad como síntoma o como señal y más bien se concentra en el factor anticipatorio, dejando atrás la concepción de ansiedad como un simple producto de una sobrecarga afectiva. Calles 2017 encuentra que “la ansiedad puede estar relacionada con un temor consciente que enmascara una preocupación más profunda y menos aceptable. Freud descubrió que

cada período del desarrollo evolutivo en la vida del niño produce un temor característico asociado con esa fase” (p.4).

Enfocándonos en la teoría psicodinámica, Calles (2017) encuentra que la teoría psicodinámica clásica, ha postulado que los pacientes con conflictos inconscientes y una predisposición nerviosa para el pánico pueden manifestar su ansiedad en forma de crisis, mientras que los individuos sin esta predisposición pueden manifestar formas más leves de ansiedad como señal de alerta (p. 4).

Freud 1895 (como se cita en Juan S et. al. 2011) postuló que la ansiedad diferenciaba dos conjuntos nosográficos: por una parte, las psiconeurosis de defensa, en las cuales la ansiedad reflejaba un conflicto intrapsíquico, un desplazamiento defensivo del afecto que cristaliza en los síntomas psiconeuróticos; y por otra parte, las llamadas “neurosis actuales” (que incluían a la “neurosis de ansiedad”), en las que la ansiedad se debía a una falta de procesamiento psíquico de la libido, manifestándose en forma más o menos automática como descarga somática y/o como una actitud psicológica de “ansiedad libremente flotante” (p. 202).

Como podemos observar, el enfoque psicodinámico ha sufrido constantes actualizaciones ante el desarrollo de la presencia ansiosa, teniendo a Freud como principal autor, se ha tenido que distinguir las diferencias entre el trastorno de angustia y la ansiedad, así como buscado su origen en las diferentes vertientes del inconsciente.

Calles (2017) nos extiende que la teoría psicodinámica a lo largo de las décadas, ha elaborado diferentes formas de ansiedad, como la ansiedad de aniquilación, la ansiedad de separación, la ansiedad por la pérdida de amor de los demás, la ansiedad de castración, la ansiedad de súper yo y la ansiedad del ello, se ha tratado de analizar el factor predictivo y se ha encontrado como principal detonante las teorías del apego y la importancia de los trastornos del apego en la génesis de la psicopatología.

Continuando con el planteamiento de que el apego subyace la génesis del trastorno ansioso encontramos que Klein (como se cita en Calles 2017) propuso una teoría etiológica, según la cual la agorafobia con crisis de angustia podría representar una función aberrante del sustrato biológico que subyace al apego humano normal y lo amenaza, es decir, la ansiedad por separación continuando con esta línea se expone que el trastorno de angustia está precedida por la pérdida, real o solo su amenaza, de una relación significativa.

Una vez analizado el origen de las posibles génesis de la ansiedad, Barber y Luborsky (2017) sostienen que la psicoterapia psicodinámica puede ser el tratamiento de elección para el paciente que está psicológicamente dispuesto, que está motivado para comprender la matriz de la cual surge el síntoma, y que está deseoso de invertir tiempo, dinero y esfuerzo en un proceso terapéutico, así mismo afirman que los pacientes necesitan aprender a tolerar la ansiedad como una señal significativa en el curso de la psicoterapia y que aquellos con fortaleza yoica razonablemente buena llegan a ver a la ansiedad como una ventana al inconsciente y como una manera de comprender mejor su propia persona.

Modelo humanista- existencial

La ansiedad vista desde el enfoque humanista existencial se considera como un rasgo ontológico, la ontología es una rama de la filosofía metafísica que estudia la naturaleza del ser en cuanto ser, y busca determinar las categorías de la existencia y la realidad un rasgo esencial del ser humano, y no sólo un síntoma patológico (como se cita en De Castro y García 2011). La ansiedad es por tanto una respuesta básica que sienten las personas cuando ven amenazados sus valores básicos, es decir, cuando ven

truncados aspectos importantes de su vida, creando un estado de miedo o hipertensión, que esto a largo plazo podría ocasionar malestares físicos o mentales

Es importante aclarar que cuando Mays (1977) argumenta que la ansiedad es provocada por una amenaza a los valores fundamentales, se está refiriendo no sólo a valores éticos o morales como la bondad o la tolerancia, sino a todos estos aspectos del yo y la dignidad de cada individuo. personas, que se deriva de la capacidad de las personas para valorar y dar sentido a sus actos, que los valores fundamentales serán los aspectos valiosos o importantes de la vida de una persona que le dan sentido y valor. La ansiedad a menudo se confunde con términos relacionados como dolor, estrés o miedo y, de hecho, a menudo aparecen como sinónimos en la mayoría de la literatura médica (Rojas, 2000).

De hecho, se habla de miedo y ansiedad como conceptos equivalentes que son fenómenos distinguibles. La ansiedad se caracteriza por la presencia de manifestaciones psicológicas e intelectuales y tiene un efecto activador que aumenta la probabilidad de conducta suicida, mientras que la ansiedad, por el contrario, se caracteriza por la presencia de manifestaciones más físicas y viscerales que provocan una reacción asténica o paralizante en una persona (Romero, 2003).

Modelo cognitivo-conductual

Partiendo ahora desde una concepción cognitivo-conductual, es relevante hablar, en un inicio, acerca de una definición breve de este enfoque. Duazary 2011 explica que este modelo está centrado en la dimensión cognitiva, conductual y emocional de cada individuo, trabajando en cambios de respuestas desadaptativas por respuestas adaptativas. Por lo tanto, se sigue la lógica de que las emociones disfuncionales son producto de pensamientos disfuncionales, por ende, causan malestar en los tres niveles mencionados.

La ansiedad cuenta con diferentes niveles o grados de intensidad que van desde pequeñas inquietudes, temblores notables, hasta llegar a crisis de angustia completas que incluyen extremos. Su evolución también varía, con una intensidad máxima alcanzada en unos segundos, o más gradualmente a lo largo de minutos, horas o hasta días. Por lo que toca a su duración, también puede abarcar algunos segundos, horas, o incluso días o meses (Nezu, 2006).

Por otro lado, Clark y Beck (2012) mencionan que la ansiedad es el producto de un sistema de procesamiento de información que interpreta una situación como amenazadora para los intereses vitales y para el bienestar de cada persona. Este modelo considera la ansiedad como una reacción ante la evaluación inapropiada y exagerada de vulnerabilidad personal derivada de un sistema defectuoso de procesamiento de información que contempla como amenazantes situaciones o señales neutrales.

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento.

Cabe mencionar, que la evidencia menciona que los tratamientos basados desde la terapia cognitivo-conductual han resultado eficaces para los trastornos de ansiedad, incluso por terapeutas en formación debidamente supervisados, obtiene resultados comparables a los observados en investigaciones controladas (Bados et. al., 2007; Stewart y Chambless, 2009). Sin embargo, se resalta la importancia de saber que, si bien este modelo ha mostrado mayor índice de efectividad, no es el único.

El modelo cognitivo-conductual, actualmente, ha agregado un componente extra para mayor entendimiento del trastorno de ansiedad, Vázquez (2018) logra clasificarlos en lo siguiente:

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

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

Síntomas característicos de la ansiedad

Es importante entender y reconocer a la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones, por lo que hasta cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las situaciones que se presentan día con día. Debemos estar atentos cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, ya que es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo con algunos de los síntomas que se mencionan a continuación que afectan de forma física, mental y conductual. Es por eso por lo que en este apartado se centra en los síntomas de la ansiedad patológica.

Soutullo y Figueroa (2010) mencionan que, ante situaciones estresantes, como ir al colegio, los niños pueden quejarse de dolores de cabeza, musculares o de estómago, malestar general, falta de control de esfínteres, entre los síntomas más comunes que encontramos al hablar de la ansiedad son:

Síntomas psicológicos y conductuales

- Preocupación, aprensión.
- Sensación de agobio.
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
- Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.
- Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones.
- Inhibición o bloqueo psicomotor.
- Obsesiones o compulsiones.

Por otro lado, Oliveros (2016) menciona que la ansiedad implica la activación de dos sistemas neuroendocrinos (adrenalina, noradrenalina y cortisol) de alerta que capacitan adaptarse y reaccionar frente a una amenaza, las cuáles son las responsables de la aparición de las múltiples manifestaciones físicas de la ansiedad, él destaca otros síntomas como:

- Escalofríos.
- Sofocos.
- Visión doble, borrosa y tubular.
- Dolor abdominal.
- Boca seca, dificultad para tragar.
- Sensación de falta de aire.
- Opresión en el pecho.

Clasificación de los trastornos de ansiedad

La ansiedad es un padecimiento amplio, el cual puede tener especificaciones particulares según el tipo y edad en que se presenta. Para entenderlo de una manera más clara, utilizaremos la clasificación que nos ofrece el DSM-5 (2013). Cabe mencionar, que, si bien el manual ayuda a otorgar una clasificación de los tipos de ansiedad, estos pueden variar según cada individuo y sus características particulares, tomando en cuenta el contexto, la cultura, entre otras cosas.

Por consiguiente, se procede a mencionar los diferentes trastornos de ansiedad que pueden presentarse según la clasificación del DSM-5:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Partiendo de esta clasificación, según Sergi Ballespí (2014), el trastorno de ansiedad por separación y la ansiedad generalizada son los trastornos de ansiedad que se encuentran con mayor prevalencia durante la infancia, además, cabe mencionar que en algunas ocasiones son difíciles de detectar o de comprender a tiempo, lo cual podría ser una razón por la que exista una falta de tratamientos para este tipo de trastornos durante la infancia. Dicho lo anterior, siguiendo el DSM-5, hacemos énfasis en las descripciones de estos dos trastornos que se manifiestan mayormente:

- Trastorno de ansiedad por separación:

Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

- Trastorno de ansiedad generalizada:

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). Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

Por otro lado, encontramos que la ansiedad por separación tiene de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association[APA], 2013):

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.

5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.
- B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.
- C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Mutismo selectivo

Hace referencia al fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones. (American Psychiatric Association [APA], 2013).

- B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social.
- C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).

D. El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.

E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Fobia específica

Caracterizada por el miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p.ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre), según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association [APA], 2013, pp. 131-132.).

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el

trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Es la ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla), según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association [APA], 2013, pp. 132-133).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Trastorno de pánico

Los ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association [APA], 2013, pp. 133-135.).

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.

7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. 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, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Agorafobia

Es la ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están

exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Trastorno de ansiedad generalizada

Caracterizada por 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) (American Psychiatric Association[APA], 2013, pp. 137-138.)

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. 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).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. 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).

F. 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], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después

del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Con inicio durante la intoxicación: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada.

Con inicio después del consumo de medicamentos: Los síntomas pueden aparecer al iniciar la medicación o después de una modificación o cambio en el consumo. (American Psychiatric Association[APA], 2013, pp. 138-142.).

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Otro trastorno de ansiedad especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico.

Esto se hace registrando “otro trastorno de ansiedad especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente”). Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Ataques sintomáticos limitados
2. Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que los que no está presente

Otro trastorno de ansiedad no especificado

Finalmente, esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias). (American Psychiatric Association [APA], 2013)

Para finalizar con este apartado, se resalta que este tipo de clasificaciones no son las únicas, además se puede encontrar solo algunas notas respecto al diagnóstico para niños y niñas. Como se menciona en un inicio, existen algunas limitaciones en este tipo de categorización de tipo contextual y cultural, las cuales no serán abordadas aquí. La utilidad de estas clasificaciones contribuye a ordenar e identificar el tipo de ansiedad presentado, ayudando a crear un tratamiento o intervención (ya sea con el fin de prevenir o tratar) óptimo y eficaz para la población.

Epidemiología y comorbilidad

De acuerdo con Marcela y colaboradores (2010) de la Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, el TAG es una patología frecuente y suele asociarse a otros trastornos psiquiátricos que pueden estar o no en el espectro de la ansiedad, como las fobias sociales, las fobias específicas, los trastornos de pánico o del estado de ánimo y el espectro depresivo. Más del 50% de 100 personas con TAG también tendrán una enfermedad mental. La relación mujer: hombre en la población general es de 2:1, pero esto cambia cuando hablamos de poblaciones clínicas donde la relación 1:1 es similar. La edad de inicio es difícil de determinar, y la mayoría de los pacientes con el trastorno dicen que están preocupados porque pueden recordar. Cabe mencionar que en la población infantil los niños sufren más que las niñas.

Los pacientes con TAG a menudo buscan atención médica por síntomas físicos, pero solo un tercio busca ayuda psiquiátrica. Así mismo dentro de la colección de guías distinguidas, trastornos de ansiedad refiere que los trastornos de ansiedad a menudo coexisten con otras enfermedades. Por ejemplo, alrededor del 31 % de las personas con trastornos de ansiedad también tienen depresión. La prevalencia de los trastornos de

ansiedad varía según el trastorno específico; las mujeres tienden a tener una mayor prevalencia que los hombres

Es común observar que estos trastornos coexisten entre sí. Alrededor del 40% de los pacientes con trastornos de ansiedad no reciben el tratamiento adecuado. Esto se debe al hecho de que los trastornos de ansiedad causan una carga significativa en los pacientes y sus familias, a los pacientes también afectan su calidad de vida. Las recomendaciones actuales se crearon para ayudar a los profesionales médicos, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y enfermeras a diagnosticar y tratar a los pacientes.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica oscila entre un 3 y un 13%, siendo frecuente la co-ocurrencia de varios trastornos ansiosos en el mismo paciente y/o la comorbilidad con otros procesos psiquiátricos.

En cuanto a la comorbilidad, hay una clara en al respecto, esta será la regla para los pacientes con TAG. Las comorbilidades con otro trastorno mental muestran que se notifican en alrededor del 66 % y el 90 % dependiendo de si están relacionadas o no con otro trastorno mental a lo largo de la vida. En un estudio de Brawman-Mintzer et al., (2006) se encontró que los trastornos de ansiedad más frecuentes en el TAG eran:

- Fobia social: (23%)
- Fobia específica: (21%)
- Trastorno de angustia: (11%)
- Trastorno por estrés postraumático; (3%)
- Trastorno obsesivo compulsivo (1%).

Con respecto a los trastornos del estado de ánimo, el 10% de pacientes tenían antecedentes de depresión mayor El 8% tenía un trastorno distímico. Cifras similares han encontrado Carter y, quienes mencionan que la comorbilidad con otros trastornos

ronda el 55%, y sube al 59% en los trastornos depresivos. En México, en el año 2014, la ansiedad infantil resultó ser la cuarta causa de consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la Ciudad de México, llegando a atenderse hasta 103 niños de entre 5 y 14 años de edad (Márquez, et al., 2017).

Capítulo II. Desarrollo del preescolar

Desarrollo en etapa preescolar

Para iniciar este capítulo, es importante tomar en cuenta que la forma en la que se percibe la vida a través de las distintas edades por las que cruza una persona va cambiando, así como sus conocimientos que se han adquirido y las herramientas para enfrentar los conflictos que se van presentando día tras día, además también pueden aprenderse miedos y la forma de afrontarlos. Puede que algunas de estas afirmaciones lleguen a parecer algo obvias, pero para muchas de las personas no conciben la importancia del desarrollo del preescolar.

Saldaña, (2008 cómo se cita en Chávez et al., 2011), explica que *“los procesos inferenciales se pueden extraer a partir de procesos mentales o procesos de acción; los primeros se refieren a los estados mentales que se podrían inferir a partir de eventos, los segundos se refieren a las acciones que se pueden llevar a cabo a partir de una situación específica”* (p. 107).

Sabiendo pues, que el niño comienza a entender todas aquellas incógnitas que inundaban su mente tiempo previo, y más aún, empieza a desarrollarse incógnitas nuevas, además desarrolla y fortalece su capacidad para poder establecer relaciones existentes entre los objetos y situaciones con sus propias necesidades en el contexto en el que se encuentra.

Estos temas serán un factor muy importante en el desarrollo de la personalidad del niño aunado a la presencia y el comportamiento de los papás, Valenti (2001) explica que “los niños pueden ser adiestrados para que sean personas tensas y ansiosas por sus padres” (p. 45) por ejemplo aquellos niños que cuentan con papás sobre cuidadores, que se preocupan excesivamente por cualquier riesgo, cualquier caída, cualquier golpe, pueden generar un alto nivel de estrés en el niño aun si el niño no comprende todos los riesgos.

En cuanto a Beck y Emery, 1985 (como se cita en Sanz, 1993) expone, que en trastornos de ansiedad, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: (a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo" (p. 135).

Por otro lado, Valenti (2001) extiende que “a los niños mayores se les enseña a descubrir en la imaginación todo peligro oculto que pudiera estar acechando en una situación aparentemente segura” (p. 46). Por culpa de tales pensamientos los niños desarrollan una personalidad desconfiada, pensamientos fatalistas e inferencias sin esperanzas, lo que va a obstaculizar el desarrollo social del niño.”

A su vez, Ruiz y Lago, (2005) explican que los trastornos de ansiedad (TA) en niños, son con frecuencia de difícil identificación ya que en ocasiones son expresiones exageradas o inadecuadas de lo que se consideran reacciones adaptativas al miedo o la ansiedad; son de inicio específico en la infancia y la adolescencia y algunos presentan expresión sindrómica semejante a los TA en adultos, incluyendo manifestación polimorfa, o desconcertantes.

Esto conduce a mencionar las consecuencias y repercusiones negativas que pueden aparecer en los infantes en sus esferas sociales, familiares y académicas, iniciando con lo somático como dolores de estómago, cabeza, dificultades en el ciclo del sueño o alteraciones conductuales sin explicación a nivel médico. Por otro lado, a nivel cognitivo-emocional podría presentarse intranquilidad, temor, miedo a que pase lo peor, entre otros malestares que pueden influir en sus actividades y desarrollo.

Hay que mencionar además que Bragado et al., 2000 (como se cita en Méndez Escobar, 2009), refieren que “los trastornos de ansiedad en los niños suelen ser los más prevalentes, ya que la mayoría han sufrido de estrés en mayor o menor medida debido a que desde pequeños están expuestos a presiones cada vez mayores, tales como la presión a triunfar, la de vivir en un mundo inestable, la presión por auto - realizarse, competir, ser el mejor, tener éxito en la escuela” (p. 113).

Acorde con estos autores, se infiere que, si bien la ansiedad puede presentarse en los infantes, podrían existir algunas dificultades para detectar de manera apropiada esta sintomatología y, por ende, podrían existir dificultades para ofrecer un tratamiento, herramientas o prevenciones óptimas de tipo psicológicas que contribuyan al manejo de este tipo de problemáticas que pueden presentarse durante la infancia y evolucionar o presentar comorbilidades con otros trastornos a lo largo del tiempo.

San Román et al., 2002 (como se cita en López et al., 2010), exponen que en "estudios en población pediátrica de 2 y 3 años de edad, obtienen una prevalencia del 25% de alteraciones psicológicas". En otros estudios epidemiológicos realizados en diversos países Achenbach Dumenci y Rescorla et al., 2002 (como se cita en López et al., 2010), demuestran que “las tasas de prevalencia de psicopatología infanto-juvenil se sitúan entre el 15 y el 20% de la población” (p. 325).

Es importante considerar todos los espectros que colindan con la ansiedad en la primera infancia, sin duda alguna para poder identificar, las características de la ansiedad en la primera infancia, hay que tener presentes el desarrollo en preescolares, los cambios significativos que se viven en esta etapa, el área emocional y el desarrollo social del infante.

Piaget, 1981 (como se cita en Castilla, 2014) rescata que durante los 2 años a los 7 años el desarrollo cognitivo se centra en el período preoperacional, Este lo divide a su vez en otras dos etapas:

- *Etapa preconceptual (2 a 4 años):* El niño actúa en el nivel de la representación simbólica, así se puede ver en la imitación y memoria manifiestas en dibujos, lenguaje, sueños y simulaciones. En el mundo físico manobra muy de acuerdo con la realidad, pero en el pensamiento sigue siendo egocéntrico. Cree que todos los elementos tienen vida y sienten. Piensa que todo lo que sucede tiene una relación causa- efecto. También cree que todo es tal y como él lo percibe; no entiende otros puntos de vista.

- *Etapa prelógica o intuitiva (4 a 7 años):* Se manifiesta el pensamiento prelógico. El ensayo y error puede hacerle descubrir intuitivamente las relaciones correctas, pero no es capaz de considerar más de una característica al mismo tiempo. El lenguaje es egocéntrico, lo que refleja sus limitaciones por falta de experiencia.

Es importante tener en cuenta el desarrollo por el que se pasa en la etapa preescolar, pues se presentan diversos cambios significativos los cuales pueden ser cruciales para entender la sintomatología ansiosa de los niños y también poder realizar una intervención de acuerdo con sus necesidades. El desarrollo puede dividirse en distintas áreas que van desde lo emocional, social, motor, psíquico.

Además, este es un proceso largo y gradual, donde es importante la participación de los cuidadores y adultos involucrados en el cuidado de los niños. Álvarez, et. al. (2019) resaltan la importancia de que, para obtener un desarrollo integral en el niño, hay que partir del nivel de

desarrollo en el que se encuentran y en el caso del adulto, este debe actuar de mediador en el proceso.

A continuación, se describirán el desarrollo a nivel cognitivo, emocional, social y motor de los 0 a los 6 años según Bernés, et. al. (2016)

De los 0 a los 3 meses de edad su lenguaje se caracteriza por emitirse por medio de llanto, risas y sonidos para comunicarse con el mundo que lo rodea, principalmente cuidadores. Por el lado social, los infantes pueden llegar a sonreír de manera espontánea, así como mirar a la cara en algunas ocasiones. La coordinación empieza a notarse en la mirada, cuando estos son capaces de seguir con los ojos objetos móviles, así como buscar con la misma la fuente de algún sonido que llame su atención, además de empezar a utilizar su cabeza. En el área motora pueden colocarse boca abajo, levantar 45 grados la cabeza y puede realizar algunos intentos por sentarse.

De los 4 a los 6 meses, el lenguaje cambia a balbuceos en sílabas como "Da-da", "ma-ma" para seguir comunicándose con su medio. Esta vez, en el área social puede atender con interés el sonido, buscar con la mirada la fuente del sonido y sigue sonriendo espontáneamente ante estímulos que le sean agradables o cuidadores. En esta edad, referente a la coordinación, los bebés pueden intentar ejercer presión de objetos que estén a su alcance, además de generar la prensión global a mano plena (barrido). En el área motora los infantes son capaces de elevar el tronco y la cabeza apoyándose en manos y antebrazos, mantienen erguida y firme la cabeza, puede mantenerse sentado con apoyo e incluso puede intentar sentarse solo sin apoyo.

De 7 a 9 meses, se espera en el área del lenguaje que se empiece a hacer uso de las consonantes como, "ma-ma", "agu" "te-ta". Por otra parte, en el ámbito social es capaz de encontrar algunos objetos que se encuentren próximos a él o ella. Es inicialmente tímido con extraños, pero empieza a ampliar su círculo social. En la coordinación empieza a realizar presión en: la base del pulgar y el meñique, entre el pulgar y la base del dedo índice, en pinza

fina. En el área motora se espera que se sienta solo sin apoyo, pueda conseguir pararse apoyado en muebles, gateo y muestre interés por intentar caminar por sí mismo.

De los 10 a los 12 meses, el lenguaje empieza a ser más elaborado con algunas palabras consideradas cortas como mamá, pan, agua, oso. En el área social, puede empezar realizar juegos sencillos, inicia a conocer la palabra no y su capacidad para detener acciones con esta. En el área de la coordinación inicia a realizar presión en pinza fina, así como poner el índice al pulgar. Finalmente, en el área motora empiezan los gatitos, muestra interés por caminar apoyado de los muebles o tomado de la mano.

De 13 a 18 meses inicia la utilización de más y nuevas palabras, además muestra interés por empezar a explorar los alimentos con sus manos y pueden jugar solos. En el área de coordinación se espera que puedan introducir objetos grandes en otros e incrementa su interés por tener autonomía al caminar.

De 19 a 24 meses es capaz de señalar alguna parte del cuerpo, cumple órdenes simples. En el área social se espera que pueda ayudar a tareas simples de la casa. Por otro lado, en el área motora los niños pueden saltar en el lugar, lanzar la pelota, subir escaleras con ayuda

De 2 a 4 años de edad, se profundiza la descripción con mayor detalle, pues es la población de interés en esta investigación. En el área social emocional cada vez se muestra más creativo en los juegos de imaginación, colabora con otros niños, generalmente no puede distinguir entre la fantasía y la realidad, además pueden empezar a expresar lo que les gusta y disgusta. Mientras, en las áreas del habla y la comunicación, los niños de esta edad pueden ser capaces de relatar cuentos, pueden decir su nombre o apellido.

Continuando con el área cognitiva, se espera que sean capaces de nombrar algunos colores y números, comienza a entender el concepto de tiempo, recuerda partes de un cuento, entiende el concepto de “igual” y “diferente”, dibuja una persona con 2 o 4 partes del cuerpo, es capaz de controlar esfínteres, comparte juegos con otros. Pasando a las áreas motoras y de

desarrollo físico, los niños pueden brincar y sostenerse en un pie hasta por 2 segundos, pueden construir torres de más de cinco cubos y pueden subir escaleras sin apoyo.

Finalmente, los niños de 5 años de edad en el área social y emocional, se caracteriza por un interés en querer complacer a los amigos e incluso parecerse a los amigos, es posible que haga más caso a las reglas, muestra gusto por cantar, bailar y actuar. Además, se espera que sean más independiente, a veces es muy exigente y a veces muy cooperador o pueden llegar a ser competitivos durante los juegos., pues se caracterizan por un razonamiento egocéntrico.

En las áreas del habla y la comunicación, se espera que hablen con mayor claridad, pueden contar una historia sencilla usando orientaciones completas, conoce y dice su nombre completo y dirección. En el área cognitiva son capaces de contar 10 o más cosas, puede dibujar una persona con al menos 6 partes del cuerpo, puede escribir algunas letras o números y conoce las cosas de uso diario como el dinero y la comida. Finalmente, las áreas motoras y de desarrollo Físico, se espera que sean capaces de pararse en un pie por 10 segundos o más, brincan y pueden ser que dé saltos de lado y pueden ir al baño solos.

Capítulo III. Ansiedad en la primera infancia (0-6 años) y formas de detección

Una vez conociendo el desarrollo de los niños, es importante hablar acerca de cómo se desarrolla la ansiedad en esta población en la que se está centrada la investigación. Todos los seres vivos contamos con un sistema biológico que nos permite experimentar ansiedad o temor. Dicho sistema nos protege a lo largo de las etapas de la vida, para protegernos de situaciones peligrosas ante las cuales no hayamos desarrollado las habilidades necesarias para hacerles frente. Además de este desarrollo, es relevante explorar las distintas formas de detección de la sintomatología de la ansiedad que puede presentarse en la primera infancia, la cual va de los cero a los seis años.

Otro punto relevante dado por Penosa (2017) mencionan que “la presencia de trastornos de ansiedad en la etapa preescolar puede tener repercusiones tanto en el momento presente, como en etapas posteriores del desarrollo y pueden afectar al funcionamiento familiar, social, escolar y personal del niño” (p. 11).

Las causas que motivan la ansiedad, la forma en que se manifiesta y sus funciones adaptativas cambian conforme el niño crece y pasa de la infancia a la adolescencia. (Ruiz, 2005)

Tabla 1

Los temores del desarrollo y los trastornos de ansiedad en el niño y en el adolescente según el momento evolutivo.

Miedos y temores propios de la etapa evolutiva

*Trastornos de ansiedad
prototípicos*

Estímulos discrepantes

Infantes (hasta 5 años)	Ansiedad ante el extraño	Ansiedad generalizada
	Ansiedad de separación	
	Otros (oscuridad, seres extraños)	
Niños (5 -12 años)	Acontecimientos misteriosos	Ansiedad de separación
	Daños corporales	Trastorno de ansiedad generalizada
	Adecuación (rechazo parental) y rendimientos	Fobias específicas
	Relación con iguales	
Adolescentes	Adecuación social	Fobia social
	Hipocondrías	Trastornos propios del adulto
	Miedo a la muerte	

Miedos y temores propios de la etapa evolutiva

Trastornos de ansiedad prototípicos

Infantes (hasta 5 años)	Estímulos discrepantes	
	Ansiedad ante el extraño	Ansiedad generalizada
	Ansiedad de separación	
Niños (5 -12 años)	Otros (oscuridad, seres extraños)	
	Acontecimientos misteriosos	Ansiedad de separación
	Daños corporales	Trastorno de ansiedad generalizada
	Adecuación (rechazo parental) y rendimientos	Fobias específicas
	Relación con iguales	
Adolescentes	Adecuación social	Fobia social
	Hipocondriasis	Trastornos propios del adulto
	Miedo a la muerte	

Nota. Esta tabla muestra los miedos y temores correspondientes a la etapa evolutiva, así como el trastorno de ansiedad que se correlaciona.

Los miedos y la ansiedad son detonados en el momento en el que el niño debe enfrentarse a un nuevo desafío evolutivo (Fernández, 2021) pero dicha ansiedad será diferente según la etapa de desarrollo por la que esté pasando en niño. En los niños más pequeños se presenta a menudo como actividad excesiva, comportamientos estridentes y de llamada de atención, dificultades a la separación o en el momento de ir a dormir, en la infancia, la respuesta ante una situación que amenaza el estado de confort del niño está condicionada por factores individuales. El llanto, la evitación, la huida, la confrontación de la situación temida, los problemas físicos, el aislamiento social, etc., son respuestas comunes percibidas y todas ellas vienen determinadas por diferencias interindividuales. (Ruiz, 2005)

De los principales motivos de ansiedad que pueden ser detonados durante la primera infancia se encuentran:

Ansiedad por separación:

La ansiedad cuando el niño se ha de separar de los padres es un miedo evolutivo que suele iniciarse en torno a los seis meses de edad y se intensifica a los dos años Orgilés et al., 2016 (como se cita en Fernández, 2021).

Fernández (2021) expone que la ansiedad por separación se considera problemática cuando el niño muestra un miedo desproporcionado ante la ausencia de sus figuras de apego y genera un deterioro en las diferentes áreas de funcionamiento.

Por otro lado, Figueroa et al., (2021) expone que "El TAS se caracteriza por una reactividad anormal ante una separación real o imaginada de las figuras de apego, que interfiere significativamente en las actividades diarias y en adquirir hitos normales del desarrollo"(pp.2).

Fobia específica:

Fernández (2021) encuentra que se estima que a partir de los seis meses de vida los bebés comienzan a experimentar miedos evolutivos, como el miedo a separarse de los padres,

a los extraños, a las alturas o a objetos imaginarios, esto debido a su estado de indefensión ante el mundo. La naturaleza de los miedos varía con los años, pasando de miedos de carácter más físico (en la infancia) a otros sociales (a partir de la pre-adolescencia).

Complementando a Fernández se encuentra que el miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre) corresponde al encuadre de fobia específica común en niños, en los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse a la situación aversiva. (American Psychiatric Association [APA], 2013):

Ansiedad social:

En cuanto a la ansiedad social, el origen del miedo o ansiedad es la exposición o anticipación de situaciones sociales, es decir, el niño muestra ansiedad o miedo desproporcionado ante la posibilidad de ser evaluado negativamente por los demás o que otros perciban que está nervioso. (Fernández, 2021).

Según Caballo (2011) La ansiedad social es una experiencia habitual, el trastorno de ansiedad o fobia sociales se experimenta como un miedo intenso y persistente ante una o varias situaciones sociales o de actuación en público en las que la persona se ve expuesta a la observación, evaluación y/o crítica por parte de los demás y en las que anticipa un resultado negativo, ya sea actuar de alguna manera que pueda ser humillante o embarazoso o mostrar síntomas de ansiedad, Cárdenas et. al, 2009 (como se cita en Hernández, 2015) extiende que, en la infancia, específicamente entre los 0 años a los 3 años de edad, es decir en la etapa pre verbal, las manifestaciones de la ansiedad son comunes, y son expresada con los gestos de preocupación, gritos e hipertensión general.

Montt, 2001 (como se cita en Hernández, 2015) así mismo nos explica que la respuesta del niño al estresor se relaciona con la respuesta de los padres a éste, pues existe una asociación

entre sintomatología de padres e hijos y esto se refuerza ante la teoría de aprendizaje bajo imitación que es común en la infancia.

El medio ambiente en el que el niño es criado tiene un profundo efecto en su ajuste global y capacidad de afrontamiento, Echeburúa, 1998 (como se cita en Hernández, 2015) nos explica que algunos de los aspectos que desempeñan un papel importante en el origen o desencadenamiento de los trastornos de ansiedad, son los acontecimientos estresantes durante periodos críticos de la infancia, tal como el estilo parental, la ansiedad materna, o bien situaciones de maltrato.

La crianza es un factor fundamental en el desarrollo positivo del niño Esparza et al., 2009 (como se cita en Hernández, 2015), mencionan que el tener padres con algún cuadro o trastorno de ansiedad, la ausencia de una afectividad positiva por parte de los padres, así como una autoridad parental inconsistente, Blehar et al., 1978 (como se cita en Rojas, 2006), nos explican que los bebés con apego evitativo presentan conductas de distanciamiento, no lloran al separarse del progenitor, suelen concentrarse en los juguetes y evitan el contacto cercano; por último, bebés con apego ambivalente reaccionan fuertemente a la separación, presentan conductas ansiosas y de protesta como llorar y aferrarse, suelen mostrar rabia, no se calman con facilidad y no retoman la exploración.

No conocemos en su totalidad todos los detonantes de la ansiedad en infantes, pero Ruiz (2005) menciona que existen cinco posibles orígenes del espectro ansioso en el infante, contribuyendo a un mejor entendimiento, los cuales son:

Factores genéticos y constitucionales: aunque parece que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, aún no se ha establecido si la transmisión es genética o determinada por la crianza. Puede afirmarse que los factores genéticos podrían ocupar un lugar destacado en la génesis de algunos (trastorno de pánico), estando otros, como la ansiedad generalizada o la de separación, más condicionados por factores ambientales.

Temperamento: los niños que son inhibidos comportamental mente, tímidos o tendentes a la retracción en los primeros años tienen más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente

Estilos parentales: la sobreprotección que, en ocasiones, es debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, viene a contribuir a la génesis en el niño de un sentido de sí mismo como alguien indefenso, que está en peligro y desprovisto de los recursos personales para protegerse, defenderse ni sobreponerse a las situaciones difíciles. Por su parte, las actitudes parentales críticas o los estilos educativos excesivamente punitivos pueden ser intimidatorios e interferir en el desarrollo de un concepto de sí, seguro y capaz. Algunos miedos específicos pueden ser transmitidos por los padres e incorporados por los chicos a través de mecanismos identificatorios básicos.

Acontecimientos vitales estresantes: algunos miedos pueden ser iniciados por algún acontecimiento inusualmente aterrador (la experiencia de una tormenta). 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.

Los ambientes sociales desfavorables (grandes adversidades, económicas o condiciones de vida, etc.) generan un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad.

Según la Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes (2010) la edad pediátrica es una etapa de la vida en la que también se presentan trastornos de ansiedad, y si estos son detectados y tratados a tiempo se puede disminuir el riesgo de su persistencia en la edad adulta. Es de suma importancia puntualizar que dichos trastornos no son producto de la voluntad, no son “irreales” y tampoco son un diagnóstico de exclusión, es decir, que después de haber hecho estudios de laboratorio y de gabinete y estos han sido normales, entonces el individuo no tiene nada y debe ser campo del psiquiatra.

Se debe considerar en todo momento la posibilidad de que el paciente esté sufriendo un trastorno de ansiedad cuando se presentan los síntomas que describiremos más adelante, y no sólo pensarlo cuando ya se han descartado todas las posibilidades, pues esto retrasa su detección y en el trayecto genera incertidumbre en el paciente y su familia.

Lo mejor es evitar, en todo momento, señalar que el origen de los síntomas es producto de “los nervios”, ya que resulta ser desalentador y fomenta el estigma sobre los padecimientos mentales, no sólo en el paciente, sino en su familia, la cual es de suma importancia para el apoyo y el apego al tratamiento. Siempre debemos dejar claro que los síntomas de ansiedad, en el caso del tema que nos compete ahora, están relacionados con alteraciones químicas del cerebro, tienen un componente hereditario y con frecuencia son precipitados por estrés en el ambiente. *Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes* (2010, pp.11-12).

Aspectos biológicos

Los factores biológicos tienen que ver con la probable disfunción de diferentes sistemas neurotransmisores, principalmente el de la dopamina y la serotonina, los cuales se sabe que regulan el estado de ánimo y el comportamiento. Estas alteraciones pueden evidenciarse o desencadenarse por estresores en personas con susceptibilidad biológica que además están expuestas a altos niveles de ansiedad. (Como se cita en Cardenas, et al., 2010).

Aspectos sociales

Por lo tanto, debemos señalar que los factores sociales tienen un impacto directo en el mundo psíquico de los seres humanos. Se ha considerado que la presencia de eventos traumáticos en la vida de una persona la puede hacer vulnerable a los trastornos de ansiedad. La manera de ser de los padres, su forma de crianza, el ambiente familiar y cultural pueden

influir para que una persona sea susceptible a desarrollar TAG. Los temores pueden ser resultados de conductas aprendidas transmitidas por adultos temerosos.

Aspectos socioculturales

Criarse en una familia caracterizada por un patrón de todo o nada, de blanco o negro, probablemente se continuará sosteniendo en la adultez. Estas reglas severas pueden ir de la mano con exigencias desproporcionadas que suelen estar basadas en algún patrón cultural, moral, religioso o sectario inflexible. Muchos niños y adolescentes son valorados por sus padres como personas, sólo cuando se desempeña cumple con las expectativas de estos, por ejemplo, al obtener muy buenas calificaciones escolares o al desarrollar algún talento.

La aprobación según el desempeño lleva al niño o al adolescente a creer que una persona tiene valor únicamente cuando los padres son perfeccionistas y no sólo quieren que sus hijos aprueben con buenas notas, sino que además esperan de ellos la perfección. Como se ha enfatizado, en los niños y los adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y las preocupaciones suelen estar en relación con el rendimiento o la competencia en la escuela o el deporte, inclusive cuando no están siendo evaluados en su desempeño; también la puntualidad puede ser motivo de preocupaciones excesivas o los fenómenos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear.

Los niños que presentan el trastorno pueden mostrarse abiertamente conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por una excesiva insatisfacción, sienten que los resultados no son perfectos. Persiguen la aprobación de los demás y por lo tanto pueden mostrar un recelo característico; necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento o de otros aspectos contenidos en sus preocupaciones. Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o de una situación a otra. (Como se cita en Cardenas, et al., 2010).

Formas de detección de niños que sufren ansiedad

Desde la perspectiva de Gold (2006) menciona que para diagnosticar si un niño sufre de ansiedad es necesario contar con apoyo profesional, existen indicios que permiten detectarlo, pero no por ello se puede dar un diagnóstico por sí solo. Normalmente, los síntomas que reflejan que un niño sufre de ansiedad, preocupación o tensión sostenida en el transcurso de al menos seis meses. Este problema puede ocurrir sin ninguna causa aparente. Debe tenerse en cuenta que un niño puede ser consciente de que la ansiedad causada por sus preocupaciones es exagerada, pero incluso él puede ser incapaz de controlarla. Aquí es cuando necesita la ayuda de los padres y/o la ayuda de un psicólogo infantil. Los síntomas de ansiedad más comunes en los niños incluyen:

- Fatiga.
- Irritabilidad.
- Problemas para concentrarse.
- Insomnio o sueño insatisfactorio.
- Alteraciones del apetito.
- Ataques de ira.
- Despertar agitado.
- Patrones de conducta insolentes, hostiles y desobedientes.
- Malestar estomacal.
- Tensión muscular.
- Problemas para respirar.
- Dolor de cabeza.
- Sudoración.

Además de esta sintomatología, es posible aplicar instrumentos como Child Behavior Checklist: Cuestionario de conductas socioafectivas en una población preescolar, en el cuál

solo se considerarán los reactivos de la escala ansiedad/depresión, según Achenbach (2004), autor de Child Behavior Checklist, define a los problemas internalizados como aquellos comportamientos o alteraciones psicológicas del ámbito emocional, cuyas expresiones se dirigen hacia adentro, las cuales le causan un daño al individuo mismo.

Capítulo IV. Afrontamiento y su relación con la ansiedad

Relación afrontamiento y ansiedad

Lazarus y Folkman, 1984 (como se cita en Andreo et. al, 2020) explica que el afrontamiento se define como los esfuerzos de tipo cognitivo y conductual para resolver demandas internas o externas que la persona evalúa como excesivas con relación a sus recursos, y que además están en constante cambio (pp. 214).

Por otra parte, Gantiva (2010) nos presenta que “los seres humanos se enfrentan a gran cantidad de eventos o situaciones que exigen diferentes tipos de respuestas, y los recursos con los cuales cuenta el individuo, determinarán la efectividad de dichas respuestas para dar solución a las demandas del medio. Estas respuestas son conocidas como estrategias de afrontamiento” (pp.64).

Es por ello que surge la necesidad de conocer algunas estrategias y habilidades que los niños con ansiedad pueden explorar, con la finalidad de poder regular el estrés que les produce la ansiedad infantil, poder aprender a manejar dichos síntomas será de gran ayuda para que los niños puedan sobrellevar su ansiedad, es muy común que cuando los niños presentan ansiedad crónica los padres intenten buscar estrategias para poder detenerla y que es muy difícil para ellos ver como sus hijos tienen que sobrellevarla, sin embargo, no siempre sus estrategias son las adecuadas lo que por consiguiente genera emociones negativas en los niños, el objetivo de dichas estrategias de afrontamiento es poder ayudar a los niños a controlar sus respuestas emocionales, y de que alguna forma puedan enfrentarlo y aunque podríamos pensar que la evitación a estos problemas podría ayudarlo, cometemos un grave error ya que esto puede amplificar sus temores con el tiempo, también es importante señalar que todos los niños son diferentes y que no a todos les va a funcionar siempre la misma estrategia, esto requiere evidentemente de tiempo y práctica, existen muchas estrategias de afrontamiento por ejemplo las estrategias de relajación, una de ellas es la respiración profunda la cual consta de enseñarles

a los niños sobre la “respiración”, que es respirar lentamente y pensar en cosas que les gusten y que puedan relacionar con cada color, les ayuda a disminuir su ritmo cardíaco y relajar sus músculos, otra estrategia es la relajación muscular progresiva este ejercicio consta de dos pasos y ayuda a los niños a aprender a usar sus músculos para aliviar el estrés físico que experimentan cuando están ansiosos, se trata de tensar un grupo muscular específico (por ejemplo, brazos y manos o cuello y hombros) y mantenerlos presionados durante cinco segundos y para después liberar el grupo muscular y observa cómo te sientes se pueden iniciar con los músculos de pies hasta llegar a la cabeza para comprender mejor todos los músculos afectados por la ansiedad, otra estrategia es crear un kit de relajación en la cual tendrán que llenar una caja con actividades relajantes elegidas por el niño y crear un centro de relajación en algún lugar de tu hogar este kit puede incluir música, libros para colorear, sus juguetes favoritos, etc (Jiménez, 2021)

Por otro lado, otra manera de afrontar la ansiedad es escribiendo sobre las preocupaciones, esto ayuda a los niños a aprender a expresar sus emociones y sentimientos que presentan ante la ansiedad, esto los pueden realizar de diversas maneras como antes que ir a dormir el niño debe escribir o dibujar aquellas preocupaciones que tenga en un papel, las va a leer y posteriormente la arrancara y tirara por la noche esto le ayudará para expresar sus preocupaciones en voz alta y las dejara ir, una actividad distinta es realizar un diario de preocupaciones en el cual el niño tendrá un diaria en donde escribirá sus preocupaciones seguidas de un pensamiento positivo esto para romper el ciclo del pensamiento negativo, por último existe otra estrategia de afrontamiento que es justamente el enfrentamiento es cuando los niños aprenden que tienen el poder de responderle a sus pensamientos y se sienten con el poder de hacerles frente a cada uno de ellos con pensamientos como: Mis preocupaciones no me van a controlar! ¡Sé que soy capaz de manejar esto!” como se mencionaba al inicio del texto Fernández, 1997 (como se cita en Gantiva, 2010) expone que “se pueden identificar tres dimensiones básicas, a lo largo de las cuales se sitúan los diferentes estilos de afrontamiento;

estas son: a) el método empleado en el afrontamiento, dentro del cual se distinguen el estilo de afrontamiento activo, el pasivo y el evitativo, por lo cual también será importante identificarlos y ver cuál es más funcional para el niño.

Los humanos nos enfrentamos a conflictos, situaciones y retos que nos exigen una respuesta para enfrentarlos día con día, esto determina los recursos con los cuales cuenta el individuo para adaptarse a las situaciones que le propone en medio, a esto se le conoce como técnicas de afrontamiento, Fernández, A. 1997 expone que “se pueden identificar tres dimensiones básicas, a lo largo de las cuales se sitúan los diferentes estilos de afrontamiento; estas son: a) el método empleado en el afrontamiento, dentro del cual se distinguen el estilo de afrontamiento activo, el pasivo y el evitativo; b) la focalización del afrontamiento, en la que están el estilo de afrontamiento dirigido al problema, a la respuesta emocional (López, et al., 2005) y dirigido a modificar la evaluación inicial de la situación; y c) la actividad movilizada en el afrontamiento, dentro de la cual se distinguen el estilo de afrontamiento cognitivo y el conductual” (pp. 64).

Capítulo V. Intervenciones para la ansiedad en preescolares

Tipos de intervenciones

En primer lugar, es importante mencionar que existen diversos tipos de intervenciones, el tratamiento que recomiendan con mayor frecuencia para los niños con ansiedad leve o moderada es la terapia llamada “Terapia cognitivo-conductual (TCC)”, si esta ansiedad llegase a ser grave se recomienda ser combinada con medicamentos como menciona Bubrick (2022), de igual manera nos dice que la TCC se basa básicamente en cambiar nuestra manera de pensar y de actuar para con ello lograr cambiar lo que sentimos, ya que al ser modificado nuestro pensamiento o comportamiento, podemos cambiar nuestras emociones.

En otras palabras, Puerta y Padilla (2011) exponen que “La Terapia Cognitiva-Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas” (pp. 252).

En tal sentido esta terapia dentro de la ansiedad funge de gran ayuda, para que los niños aprendan a evitar las cosas que les preocupan o verlas desde una perspectiva distinta para convertir la conducta que evoca ansiedad a una conducta adaptativa.

El tratamiento para la ansiedad moderada suele durar de 8 a 12 sesiones, dentro de la misma una de las técnicas más importantes de la TCC para niños con ansiedad se conoce como terapia de exposición y prevención de respuesta esta consiste en que los niños son expuestos a las cosas que desencadenan su ansiedad en pasos ordenados, y que van en aumento, en un ambiente seguro y controlado. A medida que se acostumbran a cada uno de los factores desencadenantes, la ansiedad desaparece, y entonces están listos para enfrentarse a otros factores cada vez más poderosos.

Bubrick (2022), explica que el primer paso es identificar los desencadenantes, para posteriormente poder diseñar una “jerarquía de miedos” y con ello saber cuál es tolerable, después se tendrá que trabajar en el pensamiento blanco y negro (no puedo tocar un perro o no puedo cruzar un puente) y se les pide a los niños que piensen en niveles de dificultad. Podríamos preguntarle a un niño con miedo a vomitar, por ejemplo: “En una escala del 1 al 10” ¿Qué tan difícil sería escribir la palabra vómito? Si eso es un 3, entonces digamos que decir ‘voy a vomitar hoy’ podría ser un 5. Ver una caricatura de alguien vomitando podría tener una calificación de 7. Ver un video real de alguien vomitando podría ser un 9. En el tope de la jerarquía probablemente estaría comer algo que el niño piensa que lo hará vomitar. Y al jerarquizar estos distintos miedos, los niños se van dando cuenta de que algunas cosas son menos extremas, y más manejables. Por último, se expone al niño al desencadenante en su forma más leve posible, y se le brinda el apoyo hasta que la ansiedad se desvanece.

Por otro lado, tenemos a la terapia de juego la cual La Asociación para la Terapia de Juego (Association for Play Therapy 2012) considera a esta técnica como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos”. Estos se pueden clasificar en ocho categorías generales:

- Comunicación
- Regulación emocional
- Mejora de la relación
- Juicio moral
- Manejo del estrés
- Fortalecimiento del “Yo2
- Preparación para la vida

- Autorrealización

De modo que cuando los niños juegan, aprenden a tolerar la frustración, regular sus propias emociones. Estas actividades brindan a los niños la oportunidad de comenzar a manipular los elementos del mundo externo. El juego es, por excelencia, la vía de comunicación por la cual los infantes expresan sus necesidades, creencias y preocupaciones (Schaefer, 2012).

Por otro lado, encontramos la intervención realizada por Pina et al., (2020), “Streamlined Prevention and Early Intervention for Pediatric Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial” en dicho artículo se encontró las dificultades que se encuentran al realizar talleres cuyo objetivo sea disminuir el índice de ansiedad presente en una población preescolar. Pina et al., (2020) explican que el número y la continuidad de las sesiones son incompatibles con los calendarios escolares **(de 12 a 90 minutos, 18 lecciones consecutivas)**, sumado a esto encuentra que los manuales son demasiado extensos y tienen demasiados guiones (60 a 90 páginas), además de que se requiere demasiada capacitación y supervisión a los implementadores.

Algunas intervenciones que se encontraron para niños preescolares cuyo objetivo es disminuir la ansiedad se mencionan a continuación, Jiménez (2018) primordialmente buscó concientizar los elevados índices de ansiedad infantil que estaban afectando al ámbito personal y académico de los alumnos, por lo que se llevó a cabo una investigación sobre qué factores son los desencadenantes de la ansiedad en los infantiles con la intención de diseñar un programa llamado “¿Eres un superhéroe?” para reducir el nivel de ansiedad en los alumnos de Educación Primaria, dentro del cual se esperaba los alumnos conocieran sus propios miedos y fueran capaces de afrontarlos gracias a las estrategias que el docente desarrollara en el aula, cada sesión tenía una duración aproximada de 40 minutos. Consta de siete pasos a seguir:

1. Conocer las emociones y sentimientos

2. Reconocer las situaciones preocupantes
3. ¿Cómo te sientes?
4. Relajación
5. ¿En qué pensamos?
6. ¿Cómo lo afrontamos?
7. Desafío final

En la cual los alumnos elaboraron fichas de villanos u otras que les hicieran sentirse preocupados, el villano indicaba la situación preocupante o que producía miedo, el cuerpo indicaba la respuesta corporal del alumno que reflejaba ese villano, las pesadillas dibujaban los pensamientos que crean esos villanos y por último estaban los poderes donde indican las estrategias o técnicas que el alumno usaría para derrotar a ese villano imaginando ser su propio superhéroe.

El **primer paso**, tuvo el objetivo de conocer las diferentes emociones a través de una actividad donde los alumnos tendrían que conformar equipos de 5 integrantes para lograr salir de un laberinto de las emociones, descifrando por qué emociones habría de pasar, cuyo objetivo es conocer todas esas emociones con ayuda de imágenes si los niños no sabían qué emoción era tenían que recurrir al Emocionario. La siguiente actividad tenía como objetivo describir y diferenciar las diferentes emociones y sentimientos, en donde por equipos de 6 integrantes se les hacía entrega de un cofre llamado “superpoderes” donde habían tarjetas de poderes con temática de emociones, el alumno tenía que elegir una tarjeta de superpoderes y la representaba a través de gestos incluso utilizando su cuerpo, el resto del grupo debía adivinar a través de la mímica, una vez que alguien acertaba cambiaban los roles y ahora ese alumno debía seguir el mismo proceso.

El **segundo paso**, tenía como objetivo reconocer las situaciones que causan preocupaciones y miedos, aquí se hizo uso de las fichas de villano se trabajó de forma

individual tenían que recoger todas las situaciones que reconociera que le generaban ansiedad para después poder enfrentarlas, en estas tarjetas se le asignó un nombre, así como el nivel de miedo evaluando del 1 al 10.

En el **paso tres**, se tenía como objetivo conocer, describir y diferenciar las diferentes emociones y sentimientos, en la cual debían observar los sentimientos que experimentaban con las situaciones que se describieron en el paso anterior (villanos). La siguiente actividad fue ayudar a los niños a reconocer sus propias respuestas de actuación ante las diferentes emociones y sentimientos, donde los alumnos tenían que adoptar una determinada forma de caminar, así como una expresión facial de acuerdo con la emoción que el docente comunicará en voz alta, aquí pudieron percibir como su postura corporal también cambia dependiendo la emoción que tengamos.

En el **paso cuatro**, se tenía como objetivo entrenar la atención, así como evitar distraerse, para empezar a que conocieran las estrategias de afrontamiento el primer paso fue prestar atención a diversos sucesos, uno de ellos fue colocar la canción Amarillo de Shakira donde los alumnos tenían que hacer un gesto cuando escucharan la palabra “mágica”. Otra estrategia fue conocer su respiración, aquí cada alumno se tumbó en la asamblea del aula con los ojos cerrados prestando atención a su cuerpo y forma de respirar y se les puso una canción relajante de fondo donde se demostró a los alumnos que habrá momentos que está respiración va más rápida cuando suena la música más fuerte, y sin embargo en otros momentos es más relajada.

Y, por último, para que comprueben cómo respiran realmente, se volverán a tumbar en la asamblea con las mismas condiciones, pero añadiendo una variable, es decir, un globo en sus vientres. La siguiente actividad se dividió en los siguientes pasos:

- El docente dice una emoción o plantea una situación que produzca a los alumnos ansiedad. Por ejemplo: “cuando al día siguiente tenemos un examen”.

- Los alumnos tienen que pensar cómo se sienten cuando sucede o presentan esa emoción.
- El docente pedirá que localicen el malestar, ¿qué les está molestando en este instante?
- Los alumnos localizan el malestar en su cuerpo.
- El docente intentará que ese malestar desaparezca usando para ello la respiración. Pedirá a los alumnos que se toquen la nariz en el mismo instante que han encontrado la parte dónde se manifiesta el malestar, para que así se centren en su respiración.
- Los alumnos se tocarán la nariz e irán inspirando y espirando cada vez más suave. Y comprobarán que el malestar que sentía ha ido desapareciendo cuando se han centrado en la respiración.
- También se les enseñó la técnica de imaginación guiada.

El **quinto paso**, tenía como objetivo identificar los pensamientos internos ante situaciones estresantes, por ejemplo, “pienso que todo el mundo se va a reír de mí cuando exponga mi trabajo”, la actividad de esta sesión fue que los alumnos con ayuda de un dibujo lograran reflejar aquellos pensamientos que le vienen a la mente cuando perciben esas situaciones (lo colocaron en la casilla de pesadillas).

En el **sexto paso** se tenía como objetivo afrontar y reducir el miedo ante situaciones ansiosas, aquí los alumnos imaginaron en qué superhéroe creado por ellos mismos se querían convertir, con la finalidad de reducir y superar el miedo que causa esas situaciones.

Y, por último, en el **séptimo paso** se planteó como objetivo derrotar a los villanos, describiendo qué villano querían derrotar y con ayuda de que técnica lo enfrentarían.

Los instrumentos utilizados en la evaluación y seguimiento fueron:

- a. Observación directa, por parte del profesor.

- b. Rúbrica de evaluación, por parte del profesor.
- c. Entrevistas a los padres, por parte del docente.
- d. Hoja de registro de actividades, tanto de fichas de villanos como los desafíos
- e. Fichas de autoevaluación de los alumnos

Todo esto podría confirmar que esté tipo de intervención puede ser una buena guía de manejo para la ansiedad en niños ya que se muestra el paso a paso para el tratar con la ansiedad, además que los resultados finales demostraron ser satisfactorios con la población que él eligió puesto se pudieron alcanzar los objetivos planteados al inicio de éste, pero se podría generar más aportes a este tratamiento basados en otros estudios, por ejemplo, García et, al. (2016), diseñaron una herramienta de apoyo a profesionales de psicología así como para la educación que facilitó el proceso de intervención bajo un programa didáctico llamado superándote el cuál era un Programa de Intervención para Niños con Ansiedad Social, donde hicieron uso de tres técnicas cognitivo conductuales: regulación emocional, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en solución de problemas, para niños menores de 10 años esto a través de tres cuentos animados llamados “ el pequeño valiente”.

Se manejó el concepto de ansiedad social entendido como el miedo o ansiedad que le produce al sujeto el estar inmerso en situaciones sociales o expuesto a la evaluación de otras personas. Este programa de intervención constó de dos fases: una de intervención dividida en tres sub-fases y fase de seguimiento mencionadas a continuación:

En la Fase 1: Intervención

Fase 1.1: Se llevaron a cabo entrenamientos para la regulación emocional con ayuda de la lectura del cuento cuyo personaje principal es “Valentín”, que busca generar en los niños las herramientas necesarias que le ayuden a controlar sus emociones como: rabia, enfado, tristeza, preocupaciones entre otras como lo enseña Bunge, et. al. (2009)

y también Lantieri y Goleman (2008). Que le permitan al niño desenvolverse de manera positiva en los diferentes contextos sociales.

Fase 1.2: En esta fase se realizó la lectura del cuento cuyo personaje principal es “Valentín”, y éste a lo largo de la historia desarrolla este tipo de habilidades, conductas que permiten la interacción y relación con los demás según el entrenamiento de Bunge, et. al. (2009).

Fase 1.3: En ella se llevaron a cabo entrenamientos en solución de problemas en esta fase se realiza la lectura del cuento cuyo personaje principal es “Valentín”, y éste a lo largo de la historia desarrolla este tipo de habilidades, pensamientos en los cuales planea alternativas para la solución como lo propone Bunge, et. al. (2009)

Fase 2: Esta fue la fase de seguimiento cuyo objetivo fue observar si los niveles de ansiedad en el niño han disminuido considerablemente después del entrenamiento en todas las técnicas cognitivo-conductuales. Los resultados de esta intervención arrojaron que el uso estas técnicas cognitivo-conductuales sirven como programa de apoyo al profesional en psicología para ayudarlo a disminuir significativamente los síntomas de este trastorno

Por otro lado, en una investigación titulada Intervenciones de prevención indicadas para la ansiedad en niños y adolescentes: revisión y metanálisis de programas escolares, nos dice que la intervención temprana puede reducir los síntomas de ansiedad elevados. Existen intervenciones escolares, pero no está claro cuán efectivos son los enfoques específicos para reducir los síntomas de ansiedad y que las escuelas son un buen punto de intervención temprana dado su alcance y elusión de las barreras comunes para el apoyo.

Los trastornos más prevalentes incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad por separación, la fobia social y la fobia específica (de Bruin et al., 2007).

Un metanálisis de 41 estudios que incluyeron a más de 1800 participantes mostró que la TCC demostró eficacia para reducir los trastornos y síntomas de ansiedad en comparación con las condiciones de control no activas, con un análisis por intención de tratar que mostró que 58,9 % de los tratados alcanzaron la remisión.

Otro metaanálisis restringido a estudios de TCC pediátrica que tratan trastornos de ansiedad transdiagnósticos confirmó este resultado: los niños que completaron la TCC tenían más de nueve veces más probabilidades de recuperarse de la ansiedad que los controles no tratados (Ewing et al., 2015).

Los investigadores ahora reconocen que los trastornos de ansiedad pueden aparecer ya en la edad preescolar, con tasas estimadas de 6,1 a 19,4 % (Bufferd et al., 2011). Al menos tres estudios han demostrado que los síntomas de ansiedad en niños en edad preescolar se agregan en diagnósticos diferenciados similares a los encontrados en niños mayores

Las estructuras de factores entre los síntomas informados para niños de 4 y 3 a 6 años, respectivamente (Eley et al., 2003; Spence et al., 2001) reflejaron la presencia de ansiedad social, ansiedad por separación, síntomas obsesivo-compulsivos, ansiedad generalizada y miedos; los cuatro primeros también se reflejaron en niños de 2 a 3 años.

La ansiedad en los preescolares se asocia con un deterioro significativo y muestra persistencia en el tiempo (Briggs Gowan et al., 2006; Egger y Angold 2006).

Para abordar la necesidad de un protocolo de TCC apropiado para tratar los trastornos de ansiedad en niños pequeños (en desarrollo típico), Hirshfeld-Becker et al., (2008, 2010) desarrollaron un protocolo de TCC padre-hijo manualizado que fue una adaptación del protocolo "Coping Cat" de Kendall (1992). La intervención se modificó para involucrar un trabajo intensivo con los padres

De estas investigaciones podemos concluir que los tratamientos cognitivos conductuales de los últimos 10 años son una adecuada herramienta de intervención para

trabajar la ansiedad en niños en la cual debería primero presentarse de una manera lúdica y didáctica, para después tener una fase psicoeducativa que muestre al niño porque pudo adquirir esa problemática y cómo enfrentar ese miedo de manera más asertiva.

Taller Afrontamiento en la vida cotidiana

El marco teórico de referencia utilizado para la elaboración del taller está basado en desarrollo emocional en la infancia, estrés cotidiano, solución de problemas, afrontamiento adaptativo con un enfoque integrativo. La modalidad de trabajo en la que se puede ejecutar es de forma grupal con juego, presencial o en línea, con el objetivo principal de promover el afrontamiento adaptativo mediante intervención grupal. La duración de la intervención es de 12 sesiones de 60 minutos cada una, con una sesión por semana. El equipo de trabajo es de al menos un facilitador y un observador en cada uno de los equipos, acompañados de supervisión constante. En este taller se trabaja de forma conjunta con los padres, a partir de la sesión número 9. (Monjarás, 2018.)

Los temas abordados:

Sesión 1. Presentación, realizar encuadre, alianza terapéutica y presentar el taller, la cual tiene como objetivo presentarse frente a los integrantes del grupo y conocer a cada uno, favoreciendo la cohesión del grupo.

Sesión 2. Identificación de las emociones, la cual tiene como objetivo que los niños logren reconocer la tristeza, alegría y enojo en sí mismos y en los otros. Ayudar a los niños a identificar qué pueden hacer para sentirse mejor.

Sesión 3. Comprensión de las emociones, la cual tiene como objetivo reconocer y comprender sus emociones en sí mismos y en los otros, colocarse en la perspectiva de los otros.

Sesión 4. Identificar el estrés cotidiano, la cual tiene como objetivo que los niños reconozcan cuáles son sus estresores cotidianos, así como sus emociones, pensamientos y acciones ante estos

Sesión 5. Malos y buenos tratos en escuela y familia, importancia de la amistad, la cual tiene como objetivo, que los niños reconozcan los buenos y malos tratos, así como sus emociones en torno a estos, que identifiquen la importancia de los buenos tratos, la amistad y cómo pueden promoverlos.

Sesión 6. Comunicarme con mi familia y amigos, la cual tiene como objetivo describir las diferencias entre oír y escuchar, identificar cómo es una buena escucha e identificar la importancia de comunicarnos de forma apropiada con los otros.

Sesión 7. Solución de problemas, la cual tiene como objetivo aprender y practicar los seis pasos del método solución de problemas.

Sesión 8. Afrontamiento, la cual tiene como objetivo que los niños conozcan qué es el afrontamiento y las diferentes formas de afrontamiento.

Sesión 9. Afrontando con mis padres, la cual tiene como objetivo que los padres y sus hijos establezcan situaciones difíciles cotidianas en la familia, así como la forma de afrontarlas positivamente.

Sesión 10. Comunicación entre padres e hijos, la cual tiene como objetivo que los padres e hijos sean conscientes de los resultados al tener una comunicación efectiva.

Sesión 11. Solución de conflictos en la familia, reconstruyendo la relación, la cual tiene como objetivo que los padres y niños logren solucionar los conflictos en conjunto.

Sesión 12. Cierre del taller, la cual tiene como objetivo realizar un resumen y recordatorio de lo visto en el grupo

VI. Metodología

Justificación

La presente investigación tiene el objetivo principal analizar si existen diferencias en los niveles de ansiedad de niños preescolares de 4 a 6 años, antes y después de la aplicación del taller Afrontando la vida cotidiana propuesto por Monjarás (2018), esto debido a que creemos en la importancia de proporcionar herramientas útiles y basadas en evidencia que puedan contribuir a la mejora en los síntomas de la ansiedad en la población ya mencionada, ya que, como se menciona al principio de este texto, la ansiedad se ha convertido en un problema de preocupación para padres, docentes y profesionales de la salud mental, por la cual es de suma importancia realizar este tipo de trabajos.

Penosa (2017) encuentra que existe una falta de evidencia empírica cuando se habla de trastornos de ansiedad en la población preescolar. La mayor parte de los estudios sobre ansiedad infantil cuentan con una muestra diana centrada en niños de edad escolar y adolescente, siendo la etapa preescolar (de 3 a 6 años), el periodo de desarrollo menos conocido y estudiado desde una perspectiva psicopatológica.

Hugh et al., (2020) nos exponen que, a nivel mundial, aproximadamente 117 millones de niños y jóvenes se ven afectados por trastornos de ansiedad. De estos menos del 20 % de los jóvenes con trastorno de ansiedad acceden al apoyo y de los que lo hacen, una minoría significativa finaliza el tratamiento prematuramente o no se beneficia de él.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto que tendrá el Taller Afrontando la vida cotidiana en el nivel de ansiedad y estrategias de afrontamiento en preescolares de 4 a 6 años de edad en la ciudad de México?

Objetivo general

Analizar el efecto del Taller Afrontando la vida cotidiana en el nivel de ansiedad y estrategias de afrontamiento en preescolares de 4 a 6 años.

Objetivos específicos

- Evaluar los niveles de ansiedad en una población preescolar.
- Evaluar los niveles de ansiedad antes y después de la aplicación del taller afrontando la vida cotidiana.
- Evaluar las estrategias de afrontamiento que utilizan los preescolares antes y después del taller afrontando la vida cotidiana.

Hipótesis

H⁰: No existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad antes y después de la intervención afrontando la vida cotidiana en una población preescolar.

H⁰: No existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento antes y después de la intervención afrontando en una población preescolar.

H¹: Sí existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad antes y después de la intervención afrontando la vida cotidiana en una población preescolar.

H¹: Sí existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento antes y después de la intervención afrontando en una población preescolar.

Tipo de estudio

Es un tipo de estudio mixto. Pues se realizó un análisis cualitativo de forma descriptiva y cuantitativo pre-experimental de tipo pre y postest con un solo grupo (Hernández Sampieri y Mendoza, 2018).

Variables

Variable Dependiente: Ansiedad

Variable Dependiente: Afrontamiento

Variable Independiente: Intervención breve del taller afrontando la vida cotidiana

Definición conceptual de las variables

Ansiedad

Dentro de la conceptualización que se le ha dado al trastorno de Ansiedad, Achenbach y Rescorla (2001) y Achenbach y Edelbrock 1987, clasifican los comportamientos de desajuste psicológico de niños y adolescentes en dos tipos, internalizantes y externalizantes; mencionan que estas conductas, se enuncian a problemas conductuales internos como la ansiedad, que implican sentimientos de soledad, temor, inferioridad, culpa, desconfianza o angustia que afectan a la persona misma (pp. 110). Para fines de esta investigación se tomaron las dos escalas de ansiedad que existen en el CBCL: la escala de ansiedad/depresión de problemas internalizados y la escala de ansiedad basada en el DSM.

Afrontamiento

Para fines de esta investigación, se considera la definición de Lazarus y Folkman (1986) como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas

como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164). Este concepto se desarrolla a partir de un modelo transaccional, el cual en la actualidad es uno de los más aceptados debido a la visión emocional, conductual y cognitiva que considera.

Definición operacional de las variables

Ansiedad:

Se utilizó Child Behavior Checklist: Cuestionario de conductas socioafectivas en una población preescolar, contiene 100 reactivos para valorar el desarrollo social-afectivo de niños entre 1 ½ y 5 años. Los reactivos se agrupan en 8 subescalas que permiten valorar de manera empírica la conducta del niño y su desarrollo socioafectivo. subescala 1: emocionalmente reactivo, subescala 2: Ansiedad/depresión, subescala 3: Quejas somáticas, subescala 4: aislamiento, subescala 5: Problemas en el sueño, subescala 6: Problemas de atención, subescala 7: Conducta agresiva, subescalas 8: Otros problemas. Dicha escala también cuenta con escalas basadas en el DSM, las cuales son: 1. Problemas afectivos, 2. Problemas de ansiedad, 3. Autismo, 4. Déficit de atención e hiperactividad, 5. Problemas oposicionista desafiante, en este estudio sólo se consideraron los reactivos de la escala de ansiedad/depresión de los Problemas Internalizados y la Escala de Problemas de ansiedad basada en el DSM Achenbach (2004), autor de Child Behavior Checklist, define los problemas internalizados como comportamientos o alteraciones psicológicas del ámbito emocional, cuyas expresiones se dirigen hacia adentro, las cuales le causan un daño al individuo mismo. Dentro de la escala de ansiedad/depresión se encuentran reactivos como: Es demasiado dependiente a los adultos, se ofende fácilmente, se molesta demasiado cuando lo separan de sus padres, se ve triste sin razón aparente, nervioso o tenso, se cohibe y se avergüenza con facilidad, demasiado ansioso o miedoso, infeliz, triste deprimido. En la escala de ansiedad basada en el DSM tiene reactivos como: no quiere dormir solo, no desea salir de casa, tiene miedo a ciertas situaciones, animales

o lugares, nervioso o tenso, pesadillas, muestra pánico sin ninguna razón, demasiado ansioso o miedoso, se preocupa mucho.

Afrontamiento

Se utilizó la Escala de afrontamiento para Preescolares, la cual fue previamente validada con niños mexicanos, sus propiedades psicométricas muestran una varianza explicada del 53.85%, KMO = 0.861 y un alfa de Cronbach de 0.845. Consta de 17 reactivos, se califica usando una escala tipo Likert (1 = no lo hago, 2 = algunas veces lo hago y 3 = muchas veces lo hago). Contiene cuatro factores: 1) Afrontamiento Emocional, tiene cuatro reactivos con una varianza explicada de 16.59% y un $\alpha = 0.766$; 2) Afrontamiento Disfuncional, consta de cinco reactivos con una varianza explicada de 14.12% y un $\alpha = 0.737$; 3) Afrontamiento Evitativo, consta de cinco reactivos con una varianza explicada de 12.70% y un $\alpha = 0.690$; y, 4) Afrontamiento Funcional con tres reactivos, una varianza explicada de 10.43% y un $\alpha = 0.586$. (Monjarás et al., 2021).

Taller afrontando la vida cotidiana

Consiste en una intervención de 12 sesiones, con una duración de una hora cada una, una vez a la semana. En este taller se trabaja de forma conjunta con los padres a partir de la sesión número nueve. Los temas abordados son:

Sesión 1. Presentación, realizar encuadre, alianza terapéutica, presentar el taller y promover la cohesión grupal.

Sesión 2. Identificación de las emociones

Sesión 3. Comprensión de las emociones.

Sesión 4. Identificar el estrés cotidiano.

Sesión 5. Malos y buenos tratos en escuela y familia, importancia de la amistad

Sesión 6. Comunicarme con mi familia y amigos.

Sesión 7. Solución de problemas

Sesión 8. Afrontamiento

Sesión 9. Afrontando con mis padres

Sesión 10. Comunicación entre padres e hijos

Sesión 11. Solución de conflictos en la familia, reconstruyendo la relación

Sesión 12. Cierre del taller

Escenario

La intervención y la evaluación de la ansiedad se realizó en una escuela a nivel preescolar, situada en la alcaldía de Iztapalapa al oriente de la Ciudad de México, dicho municipio en mayo 2023 declaró 2868 denuncias de las cuales las denuncias con mayor ocurrencia durante mayo 2023 fueron Robo (797), Violencia Familiar (595) y Amenazas (282), las cuales abarcan un 58.4% del total de denuncias del mes (mayo). La institución que nos permitió trabajar es una escuela privada, en dicha institución se nos asignó un salón alejado de las aulas de clase, el cual contaba con tres mesas grupales, sillas individuales para cada participante, un pizarrón de pared, un escritorio, tres archiveros y sillas apiladas, las paredes son de colores llamativos para la atención de los niños, colores verde y amarillo.

Muestreo

Se utilizó un muestreo intencional no probabilístico en niños de 3 a 6 años, los docentes eligieron a los participantes que estarían dentro del taller, esto bajo el criterio de que los niños que tuvieron más áreas de oportunidad (esto determinado por los docentes) participaran en dicho taller.

Por cada grupo seleccionaron a 1 o 2 niños, dependiendo el docente, en un principio nuestra muestra era de 12 niños, al final del taller la muestra se redujo a 6 niños, esto debido a algunas situaciones externas como la falta de asistencia por parte de los niños, e internas ya que para las últimas sesiones no pudieron participar los niños de los cuales no asistían los papás,

ya que las sesiones estaban diseñadas para trabajar en conjunto con los padres de familia, esto redujo gran porcentaje la muestra.

Criterios de inclusión

Los requerimientos para la inclusión de los participantes fueron pertenecer a la escuela preescolar San Lorenzo, tener entre 4 y 5 años, niños dar su asentimiento para participar y que sus padres o tutores firmaran el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Contar con algún diagnóstico de trastorno de aprendizaje o discapacidad intelectual que les impidiera tomar el taller de forma autónoma.

Criterios de eliminación

Alumnos con menos del 60% de asistencia al taller, además que los padres no hayan realizado evaluación post intervención.

Lineamientos éticos

Se les pidió a los padres de los participantes que firmaran un consentimiento informado donde se estipulaba la participación de sus respectivos hijos, que se iba a usar sus datos, como su información, fotos o materiales para divulgación científica. Además, las autoridades y directivos de la institución educativa estuvieron de acuerdo en la implementación del taller. Esta investigación se apegó a los principios vertidos en la Declaración de Helsinki, los cuales se resumen en el respeto a cada individuo, beneficencia (reducir al mínimo los riesgos y buscando siempre el bienestar del individuo) y justicia (participación equitativa de todos los sujetos candidatos a un estudio de investigación). (Morales, s. f.)

Procedimiento

Para la realización de esta investigación se llevó la propuesta a los directivos correspondientes para la autorización de la aplicación del taller y las evaluaciones a los y las alumnas del jardín de niños, así como a los respectivos padres de familia de dichos niños.

Una vez aprobada, se realizaron consentimientos informados, los cuales fueron entregados en una reunión presencial con los padres de familia para explicar con detalle en qué consiste el taller *Afrontando la vida cotidiana*, recalcando los beneficios de este, así como dejando claro que la participación era voluntaria y sin fines de lucro, los docentes de la institución seleccionaron a alumnos con áreas de oportunidades y problemas conductuales.

Después, se llegó a acuerdos con los directivos y profesores del preescolar para poder ajustar y agendar los días y horas en los que se pudieron realizar las evaluaciones y la aplicación del taller dentro de las instalaciones.

Una vez seleccionada la muestra, se iniciaron las aplicaciones *pre-test* con el instrumento *CBCL (Child Behavior Checklist: Cuestionario de conductas socioafectivas)* a los padres mientras que, a los niños, se les aplicó el cuestionario de *Afrontamiento para preescolares*.

El taller consta de 12 sesiones, una vez a la semana. Cuando finalizó la aplicación de los talleres, nuevamente se realizó una evaluación *post-test* con el instrumento *Child Behavior Checklist: Cuestionario de conductas socioafectivas*, así como la *Escala de Afrontamiento para preescolares*. Cuando se obtuvieron los datos de esta última aplicación, se analizaron con el fin de observar si existen cambios significativos en los niveles de ansiedad que presentaron los participantes antes de la intervención.

En caso de no encontrar cambios significativos, se realizaría una propuesta de mejora al taller por parte de las personas a cargo de la investigación. Así como también, se les entregó a los padres información relevante vía correo y en material físico como trípticos sobre los temas

abordados en cada sesión de la intervención junto con números de centros de atención más especializada en caso de que consideren sea necesario acudir, así como referencias específicas a quienes los aplicadores consideraron adecuadas.

Instrumentos

Se utilizó el instrumento CBCL (Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1 1/2-5 años), que es un cuestionario para edades de entre un año y medio a cinco años, desarrollado por Achenbach y Rescorla en el año 2000. Posee niveles de confiabilidad por consistencia interna para Problemas Totales ($r = .95$), Internalizante ($r = .89$) y Externalizante ($r = .92$), mientras que para los síndromes se obtuvieron valores del alfa de Cronbach entre .66 y .92 (Achenbach & Rescorla, 2000).

En México Oliva, et al., (2009) realizaron una adaptación del CBCL en la que se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.936, lo que constata la confiabilidad del instrumento. Estos datos demuestran que es un instrumento confiable para ser aplicado a la población mexicana, permitiendo ser utilizado para obtener indicadores de diversos trastornos de salud mental en la temprana infancia y edad preescolar. El instrumento consta de 100 ítems (99 cerrados y uno de respuesta abierta) que indican la presencia de las conductas que denotan algún tipo de dificultad en los ámbitos antes mencionados durante los últimos 2 meses: no lo describe/ no es cierto (0), lo describe en cierta manera o algunas veces (1), lo describe muy a menudo (2) (Romero et al., 2019).

También se utilizó la **Escala de Afrontamiento para Preescolares**, dicha escala es de tipo pictórica Likert con tres opciones de respuesta, que mide la frecuencia con que los niños utilizan las estrategias de afrontamiento: la escala presentó una varianza del 53.85%, $KMO=.861$, y consta de 17 reactivos con un alfa de Cronbach de .845. Los tipos de afrontamiento que evalúa son: funcional, evitativo, funcional y disfuncional. (Lucio &

Monjarás, 2020) consta de 17 reactivos, se califica usando una escala tipo Likert (1 = no lo hago, 2 = algunas veces lo hago y 3 = muchas veces lo hago). Contiene cuatro factores: 1) Afrontamiento Emocional, tiene cuatro reactivos con una varianza explicada de 16.59% y un $\alpha = 0.766$; 2) Afrontamiento Disfuncional, consta de cinco reactivos con una varianza explicada de 14.12% y un $\alpha = 0.737$; 3) Afrontamiento Evitativo, consta de cinco reactivos con una varianza explicada de 12.70% y un $\alpha = 0.690$; y, 4) Afrontamiento Funcional con tres reactivos, una varianza explicada de 10.43% y un $\alpha = 0.586$. Además, muestra ilustraciones alusivas a las preguntas, las cuales ayudan a mantener la atención, interés y comprensión de los niños durante su aplicación. (Lucio & Monjarás, 2020).

Análisis de datos

Los datos recogidos tras la evaluación en la etapa previa a la implementación del “*Taller Afrontamiento de la vida cotidiana*” CBCL así como los datos recogidos post la aplicación del taller, con el mismo instrumento, fueron recabados analizados con el software IBM SPSS Statistics V22.

Se dio paso a su respectivo análisis utilizando el método de Cambio Clínico Objetivo (CCO) de Cardiel (1994) para determinar si hay una diferencia significativa entre las puntuaciones previas y posteriores a la intervención para cada participante, se computó el porcentaje de cambio como la diferencia entre las puntuaciones de post test y pre test dividida entre el pre test.

Para determinar un CCO se utilizaron valores $\geq .20$, ya sea positivo o negativo, una puntuación positiva mayor a .20 indica que la variable a evaluar aumentó después del taller, una puntuación negativa indica que la variable a evaluar disminuyó. Una puntuación positiva o negativa (de 0 a 0.199 indican que no hubo un cambio significativo) (Cardiel, 1994).

Por otro lado, se realizó un análisis a nivel cualitativo respecto a la observación y recolección de información obtenida durante la aplicación del taller.

VII. Resultados

Datos de la muestra

Tabla 2

Tabla con datos de los niños, niñas y padres que asistieron al taller por sesiones, grupo y letra de identificación para análisis cualitativo.

<i>Niños con letra de identificació n</i>	<i>Padres con letra de identificació n</i>	<i>Asistenci a conjunta</i>	<i>Asistencia s de alumnos</i>	<i>Edad</i>	<i>Grup o</i>	<i>Porcentaj e de asistencia</i>
<i>M</i>	<i>A1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>2ºA</i>	<i>17%</i>
				<i>años</i>		
<i>D</i>	<i>B1</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	<i>4</i>	<i>2ºA</i>	<i>83%</i>
				<i>años</i>		
<i>F</i>	<i>C1</i>	<i>9</i>	<i>9</i>	<i>4</i>	<i>2ºA</i>	<i>75%</i>
				<i>años</i>		

<i>D</i>	<i>D1</i>	<i>0</i>	<i>8</i>	<i>4</i>	<i>2°B</i>	<i>67%</i>
				<i>años</i>		
<i>M</i>	<i>E1</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>4</i>	<i>2°B</i>	<i>100%</i>
				<i>años</i>		
<i>A</i>	<i>F1</i>	<i>11</i>	<i>11</i>	<i>4</i>	<i>2°B</i>	<i>92%</i>
				<i>años</i>		
<i>N</i>	<i>H1</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>3°A</i>	<i>33%</i>
				<i>años</i>		
<i>I</i>	<i>I1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>5</i>	<i>3°A</i>	<i>33%</i>
				<i>años</i>		
<i>L</i>	<i>J1</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>3°A</i>	<i>33%</i>
				<i>años</i>		
<i>J</i>	<i>K1</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>5</i>	<i>3°B</i>	<i>17%</i>
				<i>años</i>		
<i>A</i>	<i>L1</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>3°B</i>	<i>24%</i>
				<i>años</i>		

S MI I 9 5 3°B 75%
años

Nota: Información de identificación de los participantes, así como el porcentaje total de asistencia al taller.

En la siguiente tabla podemos apreciar la inicial de los participantes, a los padres de los participantes, los cuales se les etiqueta con una letra del abecedario, la asistencia que tuvieron en conjunto padre-hijo, la asistencia individual del hijo, la edad del participante y la asistencia en promedio obtenida.

A continuación, se muestra la calificación T de la escala de ansiedad/depresión y la escala de ansiedad basada en el DSM. De los 12 participantes sólo 6 tuvieron una asistencia mayor al 60% al taller. De esos 6, sólo de 4 sus padres respondieron la pre y post evaluación respondiendo el CBCL. Es importante señalar que Achenbach y Rescorla (2000) señalan que una T arriba de 65 es indicador de significancia clínica.

Tabla 3

Índice de ansiedad en preescolares que asistieron al “Taller Afrontamiento de la vida cotidiana”

<i>Nombre</i>	<i>Antes del taller</i>		<i>Después del taller</i>	
	<i>Calificación T Ansiedad depresión</i>	<i>Calificación T DSM-V Ansiedad</i>	<i>Calificación T Ansiedad depresión</i>	<i>Calificación T DSM-V Ansiedad</i>
<i>D</i>	<i>51.00</i>	<i>50.00</i>	<i>50.00</i>	<i>50.00</i>
<i>M</i>	<i>66.00</i>	<i>81.00</i>	<i>66.00</i>	<i>73.00</i>
<i>A</i>	<i>74.00</i>	<i>78.00</i>	<i>66.00</i>	<i>73.00</i>
<i>F</i>	<i>69.00</i>	<i>73.00</i>	<i>51.00</i>	<i>51.00</i>

* T mayor a 65 nos habla de un problema de ansiedad significativo

Nota: En esta tabla se muestran los rangos de ansiedad pre y post aplicar “Taller Afrontamiento de la vida cotidiana”.

Se observa que 3 de los 4 casos presentaban ansiedad clínica significativa antes de la aplicación del taller, la participante F al concluir el taller mostro una reducción significativa ante el nivel de ansiedad, mientras que los participantes M y A mostraron una disminución no significativa ante ambas escalas de ansiedad.

Análisis de resultados cuantitativos

A continuación, se describen los datos obtenidos a partir del análisis del cambio clínico objetivo de los 4 casos y la variable ansiedad/depresión.

Tabla 4

Índice de ansiedad/depresión en preescolares que asistieron al “Taller Afrontamiento de la vida cotidiana”

<i>Participantes</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>CCO</i>
<i>D</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>-1*</i>
<i>M</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>0</i>
<i>A</i>	<i>10</i>	<i>7</i>	<i>-0.3*</i>
<i>F</i>	<i>8</i>	<i>2</i>	<i>-0.75*</i>

**CCO Significativo*

Nota: En esta gráfica se muestra los cambios significativos que hubo ante el nivel de ansiedad/depresión.

Al analizar la Tabla 4 podemos observar que hubo cambio clínico objetivo negativo en tres participantes (D, A y F), es decir que el nivel de ansiedad disminuyó, para el caso D fue en un 100% para el caso A 30% y para el caso F 75%. El porcentaje total de los participantes que tuvieron cambio clínico objetivo fue de 75%, lo que nos indica que hubo una reducción de la variable ansiedad/depresión.

Tabla 5

Índice de ansiedad con base en el DSM en preescolares que asistieron al “Taller Afrontamiento de la vida cotidiana”

<i>Participantes</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>CCO</i>
<i>D</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
<i>M</i>	<i>13</i>	<i>10</i>	<i>-0.23*</i>
<i>A</i>	<i>12</i>	<i>10</i>	<i>-0.16</i>
<i>F</i>	<i>10</i>	<i>3</i>	<i>-0.7*</i>

**CCO Significativo*

Nota: En esta gráfica se muestran los cambios significativos ante el nivel de ansiedad con base en el DSM 5.

Como se observa en la Tabla 5 hubo una disminución de la variable ansiedad, en dos de los participantes (M y F), el caso M con un 23% y el caso F con un 70%, el porcentaje total de los participantes que tuvieron cambio clínico objetivo fue de 50%, lo que nos indica que hubo una reducción de la variable ansiedad en estos participantes al concluir el taller.

En cuanto a la escala de afrontamiento sólo 6 niños respondieron el pre y el post y tuvieron más del 65% de asistencia al taller, a continuación, se presenta el cambio clínico de las estrategias de afrontamiento.

Tabla 6

Cambio clínico objetivo ante el afrontamiento en preescolares que asistieron al “Taller Afrontamiento de la vida cotidiana”

INICIAL	Pre evaluación			Post evaluación				Cambio clínico objetivo				
	Emocional	Disfunciona	Evitativo	Funcional	Emocional	Disfunciona	Evitativo	Funcional	Emocional	Disfunciona 1	Evitativo	Funcional
A	6	5	6	4	6	6	9	6	0	0.2*	0.5*	0.5*
DH	4	5	8	4	4	6	7	5	0	0.2*	-0.1	0.3*
D	11	9	13	8	4	7	5	6	-0.6*	-0.2*	-0.6*	-0.3*
F	8	7	6	6	4	6	8	5	-0.5*	-0.1	0.3*	-0.2*
M	12	13	13	9	9	8	11	5	-0.3*	-0.4*	-0.2*	-0.4*
S	8	9	11	4	9	12	9	8	0.1	0.3*	-0.2*	1*

**CCO Significativo*

El 50% de los candidatos mostró disminución en el afrontamiento emocional; en el afrontamiento disfuncional sólo 2 casos disminuyeron dicha estrategia, de forma significativa y 3 lo aumentaron significativamente; en el afrontamiento evitativo 3 casos disminuyeron su afrontamiento evitativo siendo clínicamente significativo, es decir el 50% de los casos; en el afrontamiento funcional 3 casos lo aumentaron significativamente, por lo que al afrontamiento funcional aumentó en el 50% de los participantes.

Análisis cualitativo

Lo que se presenta a continuación, tiene como propósito exponer la información verbal y conductual, observada durante tres distintas fases de aplicación del Taller a los participantes, es importante resaltar que en cada sesión se realizó una bitácora, en la cual se capturaban las

verbalizaciones y conductas de cada niño, durante la **Fase inicial** que abarca desde la sesión uno a la cuatro se observó y escuchó lo siguiente:

Al preguntar sobre la canción que más les gustó durante la sesión dos, escuchamos a los siguientes niños, donde L menciona que: le gustó la primera canción (Oda a la alegría), menciona haberse sentido feliz; S dijo que estaba contento y T sintió enojo. En la canción “hijo del corazón”, I menciona sentirse mal, E se sintió triste y L también levantó su mano diciendo que también había sentido tristeza y M se sintió feliz. Para la canción de “No me rendiré” L dice que no le gustó la canción, pero se sintió bien, en cambio a S le gustó mucho la canción. Como pudimos observar, las respuestas fueron cortas y concretas respecto a las preguntas realizadas.

En algunos casos, donde los integrantes no lograron entender indicaciones, algunos integrantes como L y S dieron las instrucciones para sus compañeros; por ejemplo, en la sesión 4 donde L dijo que todos pusieran cara de enojados y S que estuviéramos tristes, acciones que ayudaron a mantener fluidez en el grupo.

No les costó trabajo a los niños identificar sus emociones, fueron participativos y se notaban muy entusiasmados con las actividades a excepción de J que le costó mucho trabajo integrarse con sus compañeros. Cuando se sentó en su lugar no habló y casi no se movió. Más adelante, hablando acerca de las cosas que les hacen enojar, M nos comparte que le enoja mucho cuando su mamá no puede jugar con ella y F se identificó con ese sentimiento levantando su manita.

D menciona que alguien le quitó su color morado y que eso lo hizo enojar mucho, M le molesta cuando su mamá le pega y cuando le quitan sus juguetes. F dice que le molesta cuando le gritan; a D le molesta cuando hacen huevo para comer por que a ella no le gusta. En

este punto, se nota que cuando son grupos pequeños de niños es más fácil llevar a cabo las sesiones, se distraen menos y es más sencillo prestar atención a todos.

Hubo discusiones dentro del grupo por parte de M y D, pues ambos querían hacer pareja con la misma persona, se les preguntó qué se podía hacer para solucionarlo, D dijo que podían estar las 3 y se aceptó su propuesta. A y L peleaban por los frijolitos para la actividad, igual se le preguntó qué se podía hacer para dejar de pelear, pero D se mostró agresivo, se les recordaron las reglas y una facilitadora se quedó a jugar con ellos su partida, lo que nos ayudó a observar cómo realizan la solución de problemas en su día a día. Al final, dos equipos se decepcionaron por perder la ronda. D dijo que se aburría. En esta actividad se notó poco interés de los niños, además de que les costó trabajo entender las indicaciones y pocas veces se respondía a las preguntas, aunque estas se las repitieron en 3 ocasiones.

Se implementó la *silla de la calma*, la cual funcionó en esta primera fase para E, pues en 2 ocasiones fue a sentarse por sí sola ahí en “*lo que se calmaba*” (sic.pac.) Se logró tener un mejor manejo del grupo en comparación de la primera sesión, además, cuando se pierde la atención se implementan actividades de activación como el rey pide para volver a sentarnos y centrarnos en una actividad.

Durante la **Fase intermedia** que va desde la sesión cinco a la ocho, se encontró la siguiente información relevante:

Se les pidió que dieran ejemplos de buenos tratos y malos tratos; L fue el primero en participar y dijo que compartir sus muñecos era dar un buen trato, M mencionó que una de sus amigas no quiso compartir con ella y eso era un mal trato. S dijo que jalar el cabello era un mal trato y A dijo que un mal trato era gritarles a los papás. Por otro lado, F nos compartió que un mal trato es cuando su mamá la empuja. Muchos de los niños se muestran cada vez más atentos a las clases y más emocionados por las nuevas actividades.

En el tema de la escucha y oír, S respondió a las preguntas diciendo que él era muy bueno escuchando, F identifica que se siente triste cuando alguien no la escucha, D se siente bien cuando lo escuchan, al igual que J. En esta fase, D hizo el comentario de que no le gustaba trabajar en los cuadernillos. Tener a los niños entretenidos fuera de sus lugares hace que sean más participativos e incluso más ordenados, aprenden rápido y se divierten.

Durante una obra que se presentó con personajes conocidos de Plaza Sésamo, se logró captar la atención de forma inmediata. E logró identificar el problema inmediatamente, seguida de otros tres participantes. Al finalizar la obra y explicarles los pasos a seguir, no tardaron mucho en comprender las instrucciones. M dijo que el primer paso para Elmo es usar la lupa, luego le platicó a la maestra lo que sucedía. Con las imágenes pegadas al pizarrón, identificaron el problema y trataron de buscar una solución; S sugirió matar al monstruo y F dijo que gritaran para que llegará papá; los demás apoyaron la idea cuando estas dos opciones se sometieron a votación.

Cada vez se les facilitan más las sesiones, identifican sus emociones y no les cuesta trabajo decir lo que sienten o sus ideas acerca de los temas. Durante la actividad de relajación, E se mostró sensible, comentando que le daba miedo respirar, que le daba miedo cerrar los ojos, que le daba miedo sentarse, ante estas afirmaciones S reforzaba las actitudes de E al abrazarla y prestarle más atención, el resto de niños siguió las indicaciones de manera óptima. S realizó un dibujo para E, pues mencionó que eso le ayudaría a sentirse mejor y podría guardarla en su caja del tesoro.

Por último, en la **Fase final** que abarca de la sesión nueve a la doce, donde también se agregara información de los padres que formaron parte de estas últimas sesiones, se escuchó y observó lo siguiente:

Fue mucho más fácil mantener a los niños sentados con la presencia de sus papás sin mencionar que los pequeños participantes estaban felices de tener la atención de sus padres, externado con sus palabras. Durante esta actividad la mamá de A se muestra con culpa por no tener paciencia con A, mientras que la mamá de M se muestra desesperada ya que siente que lo intentó todo y no ve avances, por lo que ya no cuenta con tanta paciencia. En esta fase los papás pudieron expresar parte de la culpa con la que cargan al criar a sus hijos.

En una actividad en conjunto con los padres, los niños dibujaron cosas que les gusta, algunos corazones, perros, carros, pero no concretamente algo para los papás, mientras que los padres, en la media, escribió que amaban a sus hijos y que a pesar de todos los regaños o la poca paciencia que tenían los querían mucho. Los niños se mostraron dispersos y tímidos para decir en palabras lo que agradecen a sus padres, aún con apoyo de las facilitadoras. Los niños se ponen tristes al saber que era la última sesión, pero el hecho de que sea en un día festivo ayudó a distraer ese ánimo.

VIII. Conclusiones y discusión.

Discusión

Durante la aplicación del “Taller Afrontamiento de la vida cotidiana” se evaluó a 12 participantes de edades entre los 4 a 6 años, con conductas desadaptativas para su edad en curso. El objetivo del taller fue mejorar la capacidad de afrontamiento y disminuir la ansiedad de los niños participantes, a través de diversas técnicas y actividades.

En el índice de ansiedad con base en el DSM-5, se demostró que hubo *una reducción* en el índice de esta variable en tres de los participantes (M, A y F) mientras que en el participante D no hubo cambios significativos.

Por último, al analizar el índice de afrontamiento, encontramos cambios positivos ante el aumento de capacidades de afrontamiento, resaltando el afrontamiento emocional donde

disminuyeron el llorar, sentirse triste, enojarse, por lo que concluimos que el taller “*Afrontamiento de la vida cotidiana*” ayudó a todos los participantes a disminuir el afrontamiento emocional.

Es importante señalar que el tamaño de la muestra es relativamente pequeño y los resultados obtenidos deben ser interpretados con precaución. Sin embargo, estos resultados sugieren que el “Taller Afrontamiento de la vida cotidiana” puede ser efectivo para disminuir la ansiedad y aumentar estrategias de afrontamiento funcionales, ya que se observó que el 50% de los participantes lograron aumentar este tipo de afrontamiento, uno de ellos al 100%, otro al 30% y otro al 50%.

También se identificaron algunos desafíos durante el taller, como la dificultad que algunos niños tuvieron para entender las instrucciones lo que podría ser resultado de la representación de la ansiedad (al enfrentarse a una nueva situación y/o entorno), como menciona Soutullo y Figueroa (2010), al hacer referencia este síntoma como “Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria”, en contraste Ramos (2020), señala que la dificultad de comprender instrucciones puede ser debida a la corta edad de los participantes, ya que estos se encuentran en desarrollo de habilidades de comprensión.

Otro desafío fue la necesidad de intervenir en algunas situaciones de conflicto entre los participantes que también podría reflejar síntomas de ansiedad descritos Soutullo y Figueroa (2010), como: “Irritabilidad, inquietud, desasosiego”; para Báez Rincón et al., (2007), estas situaciones son parte de la convivencia de los niños y es necesario mediar en los aprendizajes de los niños, relacionados con la solución de problemas como habilidad de pensamiento y con la resolución de conflictos desde la perspectiva de la formación ética. En este sentido, se destaca la importancia de mantener una atención y supervisión constante durante las actividades del taller para evitar situaciones de tensión o conflicto que puedan afectar negativamente la dinámica del grupo.

Además, se demostró que la implementación de la silla de la calma resultó efectiva para ayudar a los niños a gestionar sus emociones y mantener la calma durante momentos de tensión, esta herramienta podría ayudar a incrementar la sensación de confianza, comodidad, apoyo, aceptación de otras personas, optimismo y adaptabilidad (Buitrago Bonilla et al., 2019), esto refleja a que su temprana edad demuestran los recursos con los cuales cuenta el individuo para adaptarse a las nuevas situaciones (Gantiva, 2010). Por otra parte, la presencia de los padres en las últimas sesiones del taller facilitó la participación de los niños y demostró que los padres compartieron sus propias experiencias y sentimientos acerca de la crianza, lo cual concuerda con un estudio desarrollado por Murillo et al., (2020), que concluyó que la formación de la inteligencia emocional a edades tempranas resulta fundamental para el correcto desarrollo personal y socioemocional, estas habilidades se desarrollan directamente en el núcleo familiar.

Rescatamos que las condiciones familiares y el contexto social en el que se desarrollaron los participantes durante la aplicación del taller, como divorcios, problemas en casa, violencia, mermo el desempeño de los participantes dentro del taller.

En general, los resultados del análisis cualitativo sugieren que el taller fue efectivo para fomentar la expresión de emociones y la comprensión de conceptos relacionados con la gestión emocional. Sin embargo, también se identificaron algunas áreas que podrían mejorarse para maximizar los beneficios del taller, como una mayor claridad en las instrucciones y una mayor atención a situaciones de conflicto entre los participantes, lo cual involucra a todo el sistema, p.e (familia, escuela).

Conclusiones

La aplicación del "Taller Afrontando la vida cotidiana" en niños preescolares de 4 a 6 años con conductas desadaptativas, provocó cambios significativos en la reducción de los niveles de ansiedad.

En primer lugar, se encontró que los niveles de ansiedad en niños preescolares de 4 a 6 años son susceptibles de ser evaluados, lo que sugiere que la ansiedad es una variable importante para considerar en esta población. En segundo lugar, se podría caracterizar a los niños que presentan niveles bajos, moderados y altos de ansiedad, lo que permite identificar a aquellos niños que podrían necesitar mayor atención y apoyo en el manejo de sus emociones.

En tercer lugar, se aplicó el taller Afrontando la vida cotidiana (adaptación) para abordar la ansiedad en esta población, lo que demuestra la relevancia de intervenir en el manejo de las emociones desde edades tempranas. En cuarto lugar, se evaluaron los niveles de ansiedad antes y después de la aplicación del taller, lo que pudo verificar si el taller tuvo un efecto significativo en la reducción de la ansiedad en los niños preescolares.

Por último, se concluye que la aplicación del taller Afrontando la vida cotidiana puede ser eficaz en la reducción de los niveles de ansiedad en niños preescolares de 4 a 6 años, lo que sugiere la importancia de incluir programas de intervención emocional en el ámbito educativo. Además, los resultados obtenidos pueden servir de base para futuras investigaciones que busquen profundizar en el tema y desarrollar estrategias más efectivas para la reducción de la ansiedad en esta población.

Es importante destacar que los resultados obtenidos en la investigación permiten observar una relación entre el afrontamiento y los niveles de ansiedad en la población preescolar estudiada. Por lo tanto, se sugiere continuar profundizando en la evaluación de estas variables y la aplicación de talleres con base en afrontamiento en edades tempranas, con

el fin de mejorar la salud emocional de los niños y prevenir el desarrollo de trastornos mentales en edades posteriores.

Asimismo, se sugiere continuar investigando en la caracterización de los niños que presentan niveles bajos, moderados y altos de ansiedad, con el fin de establecer estrategias preventivas y de intervención específica para cada grupo de niños. En este sentido, se recomienda que futuras investigaciones incluyan un mayor número de participantes y la utilización de herramientas más específicas y validadas para la evaluación de la ansiedad en la población preescolar.

Limitaciones

Durante la aplicación del taller “Afrontando la vida cotidiana” realizado en el colegio Luz Bringas en población preescolar, encontramos limitaciones imprevistas que se mencionan a continuación: una de ellas fue la población pequeña y la variación de grados entre los integrantes, ya que asistieron alumnos de segundo y tercer grado, esto implicó dificultades para la comprensión y atención en actividades como:

- Reflexiones en torno a temas
- Trabajo en equipo
- Dificultad para seguir reglas de Bingo

Los facilitadores pudieron encontrar diferencias entre los participantes, pues los niños del grado más alto eran capaces de mantener su atención durante mayor tiempo y comprender las instrucciones de las actividades en comparación con los niños más pequeños, quienes mostraban problemas para comprender instrucciones y terminar las actividades que se dejaban a lo largo de las sesiones.

Aunado a esto, los participantes que asistieron al taller fueron identificados previamente y enviados por las profesoras de cada grupo, los cuales llegaron con etiquetas de “*niños con problemas*” por parte de las educadoras. El grupo de participantes presentaban

conductas agresivas, hiperactivas, dificultades de lenguaje y para socializar, lo cual obstaculizó la disciplina e integración dentro del grupo. Además, estas problemáticas afectan la aplicación de los contenidos y manejo del grupo.

Continuando con la población, durante el curso del taller, se tuvieron inasistencias del más del 50% y deserciones, ocasionadas por el contexto, economía y tiempo tanto de los niños como de los padres, esto según el reporte de las profesoras. Las fechas de impartición del taller no lograron tener continuidad pues se atravesaron vacaciones decembrinas, festejo de reyes magos y día del amor y la amistad. Todos estos eventos obstaculizaron la progresión continúa de los participantes, pues los alumnos llegaban a presentarse dispersos o distraídos por la emoción que los eventos representan dentro de su escuela.

En cuanto al contexto, notamos que los salones de nivel preescolar, en especial el que se nos asignó, contaba con bastantes distractores, calcomanías, ganchos de colores, muebles con espacios amplios, lo cual fomentaba la desviación de atención. Cuando estos artículos, lograban llamar la atención de algún participante, el resto del grupo desviaba la atención hacia el mismo participante y se perdía la estructura del grupo.

En cuanto al taller, encontramos que tiene actividades que pueden representar un reto para el entendimiento de la dinámica, el cual es el Bingo, pues los niños mostraron confusión y las instrucciones no quedaron claras al momento de la aplicación del juego, de esta forma se perdió el objetivo de aprendizaje. Finalmente, una última limitación fue que no se pudieron concluir las evaluaciones post a la evaluación, pues debido a la deserción, el grupo se redujo y los padres que quedaron no pudieron responder los cuestionarios por cuestiones ajenas a la escuela y los aplicadores.

Recomendaciones

Tomando en cuenta las limitaciones, la aplicación y los resultados obtenidos, se expondrán de manera breve recomendaciones con el fin de realizar mejoras a la intervención. Es importante tener homogeneidad en las edades de los participantes, esto con la finalidad de que se encuentren en situaciones similares en cuanto a desarrollo y funciones cognitivas como atención y memoria. Pues, como se mencionan en las limitaciones, tener un grupo diverso puede extender las necesidades de cada niño, complicando la aplicación, en cambio, si los grupos pudieran presentar integrantes con algunas características homogéneas pueden ayudar a que se cumplan los objetivos de cada sesión.

Otro punto a resaltar es el espacio donde se da la intervención, pues es relevante que este pueda contar con medidas de seguridad básicas, que sea neutro para conservar la atención de los participantes y disminuir el peligro en la integridad de los niños. Contar con sillas y mesas ayudará puesto que las actividades en su mayoría necesitan de un espacio para poder recargar su cuadernillo de actividades.

Observamos que, a los niños de preescolar, les llama en especial la atención bailar y jugar juegos de roles, por lo que sugerimos buscar actividades que fomenten estas acciones para así darle más dinamismo al taller, pues cuando se mantienen sentados durante más de 20 minutos empiezan a distraerse. Además, puede ser de utilidad agregar en cada sesión por lo menos una actividad donde los miembros puedan moverse a la mitad de la clase.

Por último, sugerimos una capacitación por parte de expertos a los facilitadores del taller, pues la falta de preparación ocasiona dificultades en la aplicación de las sesiones ante situaciones como contención de berrinches, golpes, llanto o apatía que puedan presentar los preescolares. Se espera que en aplicaciones futuras de esta intervención se puedan considerar las recomendaciones descritas para que el impacto sea mayor al demostrado y pueda beneficiar a la población preescolar.

Referencias

- Aepnya, R. (2022). 65 Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA). *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 39(Supl 1), 1-112. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39s1>
- Agudelo Vélez, D. M., Casadiegos Garzón, C. P., & Sánchez Ortiz, D. L. (2008). CARACTERÍSTICAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Alberto, D. C. C., Guillermo, G. C., & Ricardo, G. T. (2013). *Psicología clínica: Fundamentos existenciales 2a. Ed.* Universidad del Norte.
- Amparo, D. M. (2017). *Evaluación e intervención de ansiedad infantil desde el enfoque cognitivo conductual: un estudio de caso.* Universidad del Norte. <http://hdl.handle.net/10584/7850>
- Andreo, A., Salvador Hilario, P., & Orteso, F. J. (2020). Ansiedad y estrategias de afrontamiento. *European journal of health research*, 6(2), 213. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.218>
- Bérnes, M. (2016). *Estudio comparativo de las áreas de desarrollo en preescolares, evaluadas por el cuestionario edades y etapas - 3 (asq-3) en dos poblaciones de México.* [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bonilla, R. E. B., Torres, L. H., & Soler, R. N. C. (2019). Coeficiente emocional en niños y adolescentes de Boyacá, Colombia. Estudio comparativo. *Praxis & Saber*, 10(24), 45-68. <https://doi.org/10.19053/22160159.v10.n25.2019.10002>
- Brawman-Mintzer, O., Knapp, R. G., Rynn, M. A., Carter, R. E., & Rickels, K. (2006). Sertraline treatment for generalized anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(06), 874-881. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0603>

- Bubrick, J. (2022, 8 marzo). *Tratamiento conductual para niños con ansiedad Los niños aprenden a manejar al acosador o bully en su cerebro*. Child Mind Institute. Recuperado 4 de septiembre de 2023, de https://childmind.org/es/articulo/tratamiento-del-comportamiento-para-ninos-con-ansiedad/#full_article
- Caballo, V., Arias, B., Calderero, M., Salazar, I., & Jesús Irurtia, M. (2011). Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 19, 591–609. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/06.Caballo_1_19-30a.pdf
- Cárdenas, E., Feria, M., Palacios, L., De La Peña, F., Berenzon, S., Del Bosque, J., Alfaro, J., & Medina-Mora, M. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*.
- Castilla, M. C. (2014). *La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget aplicada en la clase de Primaria* [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Valladolid.
- Consuegra Anaya, N. (2010). Diccionario de psicología. Bogotá: Ecoe Ediciones.18-22.
- De Ansorena Cao, A., Reinoso, J. C., & Cagigal, I. R. (1983). El constructo Ansiedad en psicología: una revisión. *Estudios De Psicología*, 4(16),30-45. <https://doi.org/10.1080/02109395.1983.10821366>
- De La Gándara Martín, J. J., & Rocañín, J. C. F. (1999). *Angustia y ansiedad: causas, síntomas y tratamiento*.
- Delgado Bautista, M., Silverio Cortés, A., Martínez Rivera, M., & Aguilera Castro, M. G. O. (2014). *Seguridad, una alternativa ante la ansiedad infantil en el preescolar* [Tesis Licenciatura, UNAM] TESIUNAM.

- Gantiva Díaz, C. A., Luna Viveros, A., Dávila, A. M., & Salgado, M. J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(1), 63-72.
- García, J., Angarita, N., & Cusba, A. (2016). *PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA NIÑOS CON ANSIEDAD SOCIAL* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Católica de Colombia.
- Gil Chaves, L., & Flórez Romero, R. (2011). Desarrollo de habilidades de pensamiento inferencial y comprensión de lectura en niños de tres a seis años. *PANORAMA*, 5(9), 103-125.
- Godínez, E. R., Gómez-Maqueo, E. L., & Patiño, C. D. (2019). Validez de constructo del cuestionario de problemas internalizados y externalizados para niños. *Acta Universitaria*, 29, 1-13. <https://doi.org/10.15174/au.2019.2158>
- Gold, A. (2006). *Trastornos de ansiedad en niños*. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492006000100008
- Gómez-Maqueo, E. L., & Rodríguez, M. T. (2020). Relación entre los tipos de afrontamiento y el estrés cotidiano en preescolares. *Ansiedad y Estrés*. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.12.004>
- Gutiérrez, M. L. Á., Mayorga, G. A. V., & Zúñiga, J. V. A. (2019). EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS NIÑOS EN EDADES TEMPRANAS. *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*. <https://doi.org/10.35195/ob.v11i3.820>
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S. H., González Montesinos, M. J., Martínez-Guerrero, J. I., Aguilar Villalobos, J., & Gallegos Guajardo, J. (2010).

Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Revista Latinoamericana de Psicología, 42(1), 13-24.

Jimenez, J. F. (2021). *ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD ESCOLAR EN LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO AÑO DE BACHILLERATO PARALELO, DE LA UNIDAD EDUCATIVA MANUEL IGNACIO MONTEROS, 2019-2020* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Loja.

Klein, M. (1948). *Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa*. Obras completas, Desarrollos en Psicoanálisis, 235-251.

Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Tzeha, L., Iliadis, C., Frantzana, A., Katsimbeli, A., & Kourkouta, L. (2021). An overview of play therapy. *Materia socio-medica*, 33(4), 293. <https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.293-297>

Kuaik, I. D., & De La Iglesia, G. (2019). Ansiedad: conceptualizaciones actuales. *Summa psicológica UST*, 16(1). <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona.

Lecannelier, F., Pérez Ewert, J. C., Groissman, S., Gallardo, D., Bardet, A. M., Bascuñan, A., & Rodríguez, J. (2013). *Validación del Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5) en la Ciudad de Santiago*. *Universitas Psychologica*, 13(2). <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy13-2.vici>

Marcela, E., Feria, M., Lino, P & Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes* (1.a ed.). Instituto Nacional de Psiquiatría de México, Ramón de la Fuente Muñiz.

Meneses Suárez, E. (2018). *La ansiedad en niños en edad preescolar, una mirada desde el psicoanálisis (Trabajo de grado de especialización)*. Universidad de Antioquia,

Medellín,

Colombia.

[https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/9918/1/MenesesEsteban_2018_AnsiedadNi%
c3%b1osEdad.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/9918/1/MenesesEsteban_2018_AnsiedadNi%c3%b1osEdad.pdf)

Ministerio de Sanidad y consumo. (2008). *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.*

Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.

Monjarás, R. T., Gómez-Maqueo, M. E. L., Godínez, E. R., & Patiño, C. D. (2021).

Afrontamiento y estrés en preescolares: el papel de la edad y el sexo. *Acta de Investigación Psicológica*, 11(3), 17-25.

<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.3.389>

Montelongo, R., Cecilia, A., Zaragoza, L., Bonilla, G., & Villaseñor Bayardo, S. (2005). LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (Vol. 6, Número 11). *Revista Digital Universitaria.*

Morales, O. B. (s. f.). *Comité de Ética en Investigación.* Sitio Web del Comité de ética en investigación.

<https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/helsinki.html#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Helsinki%20es,base%20de%20muchos%20documentos%20subsecuentes.>

Moreno Méndez, J., Escobar Altare, A., Vera Maldonado, A., Beltrán Saavedra, D., & Castañeda Maldonado, I. (2009). Asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2), 109-130.

- Murillo, A. L., Sanchez-Gomez, M., & Esteve, E. B. (2020). INTELIGENCIA EMOCIONAL EN FAMILIA: UN PROGRAMA FORMATIVO PARA PADRES e HIJOS DE 3 a 6 AÑOS. *Know and share psychology*, 1(4). <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i4.4339>
- Orgilés, M., Penosa, P., Fernández-Martínez, I., Marzo, J. C., & Espada, J. P. (2018). Spanish validation of the Spence preschool anxiety scale. *Child: Care, Health and Development*, 44(5), 753-758. <https://doi.org/10.1111/cch.12593>
- Pan American Health Organization. (1988). Guía sobre Educación y participación comunitaria en el control del crecimiento y desarrollo del niño. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/39677>
- Patricia, P. M. (2007). *Mediaciones de las maestras en la resolución de conflictos y en el desarrollo de la habilidad de pensamiento de solución de problemas En los niños y niñas de 3 a 6 años de edad del Preescolar Comfama Sede Pedregal*. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/21496>
- Pedagogía, P. Y. (1995). Ansiedad normal, ansiedad patológica y trastornos de ansiedad: ¿un camino discontinuo? <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/27969>
- Penosa, P. (2017). *Ansiedad en Preescolares: Evaluación y Factores Familiares* [Tesis Doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche] Biblioteca Digital UNAM.
- Polo, J. V. P. (2011c). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- PSI. (2016). *Trastornos de ansiedad*. Recuperado 21 de septiembre de 2022, de https://www.siicsalud.com/pdf/gd_roem_trastor_ansiedad_40116.pdf

- Ries, F., Vázquez, C. C., Del Carmen Campos Mesa, M., & Andrés, O. (2012b). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 12(2), 9-16. <https://doi.org/10.4321/s1578-84232012000200002>
- Romero, E. (2003). *Las formas de la sensibilidad, emociones y sentimientos en la vida humana*. Sao -Paulo: Editorial Norte- Sur (B).
- Rosa, E., Wilfrido, B., López Proaño, Glenis Florangel, & Angeles. (2018). Manejo del estrés académico; revisión crítica. *Atlante Cuadernos de Educación Y Desarrollo*, agosto. <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/08/estres-academico.html?fb>
- Salvador, H. R. (2018). *Diseño de un programa de intervención para reducir la ansiedad en niños escolarizados en primaria*. idUS - Depósito de Investigación Universidad de Sevilla. <https://hdl.handle.net/11441/82909>
- Sampieri, R. H., & Torres, C. P. M. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas: cuantitativa ,cualitativa y mixta*. <http://104.207.147.154:8080/handle/54000/1292>.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. Depto de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica Universidad Complutense de Madrid. <https://bit.ly/3oNT2zV>
- Sarudiansky, M., (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>
- Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: El Manual Moderno.
- Schwartz, C. R., Barican, J. L., Yung, D., Zheng, Y., & Waddell, C. (2019). Six Decades of Preventing and Treating Childhood Anxiety Disorders: A Systematic review and meta-

analysis to inform Policy and practice. *Evidence-based Mental Health*, 22(3), 103-110.
<https://doi.org/10.1136/ebmental-2019-300096>

Soledad, R. O. N. (2020, 18 febrero). Aspectos madurativos del lenguaje comprensivo en niños con retardo mental. <https://repositorio.une.edu.pe/handle/20.500.14039/7355>

Soutullo, c & Figueroa, A. (2010). *Convivir con Niños y Adolescentes con Ansiedad* (1.a ed.). Médica Panamericana.

Strachey, J., & Freud, A. (1899). *Sigmund Freud Obras Completas* (J. Etcheverry , Trad.; Vol. 3). Amorrortu editores. <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/03%20-%20Tomo%20III.pdf>

Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Lain Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10*.

Valderrama Martos, V. (2016). *Problemas de ansiedad en niños y adolescentes y su relación con variables cognitivas disfuncionales* (Doctoral). Universidad de Málaga.
<http://orcid.org/0000-0002-8953-9832>

Valenti Davila, S. T., & Hernandez Barajas, J. M. (2001). *Efectos de la ansiedad en el desarrollo del niño, manifestaciones de ansiedad en la etapa del preescolar*. [Licenciatura, Universidad Femenina de México]TESIUNAM