



Universidad Nacional Autónoma de México.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

“Estrés infantil: Estrategias de detección y tratamiento”.

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Erika Eunice Zamora Hernández

Directora: Lic. Juana Olvera Méndez.

Dictaminadores: Mtro. Enrique Bernabé Cortés Vázquez.

Mtra. Esther María Marisela Ramírez Guerrero.



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A mi madre:

Por ser esa mujer fuerte y trabajadora que con su ejemplo me ha dado grandes lecciones de vida.

A mi padre:

Por inculcarme el compromiso de dar siempre lo mejor de mí.

A mi hermana, mi segunda madre:

Por trazar con esfuerzo el camino de tu propia superación, que ha inspirado la dirección del mío y sobre el cual comienzo a dar mis primeros pasos.

A mi hermano:

Por creer en mí y darme tu apoyo...

A Berenice, Eidan y Juli:

Por el tiempo que me dan y por recordarme que las mejores cosas de la vida son las más sencillas.

A la profesora Juana Olvera:

Por su gran calidad humana, respaldo y tiempo dedicado a este trabajo.

A ti:

Pour les bons et les mauvais moments, pour avoir de la confiance à moi, pour ton camaraderie, soutien et affection.
Pour toujours mon meilleur amie

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, hermosa casa blanca que me regaló valiosos aprendizajes.

El teatro de la vida

La vida es una obra de teatro que no permite ensayos...

Por eso, canta, ríe, baila, llora
y vive intensamente cada momento de tu vida...

...antes que el telón baje
y la obra termine sin aplausos.

¡Hey, hey, sonríe!
Más no te escondas detrás de esa sonrisa...
Muestra aquello que eres, sin miedo.
Existen personas que sueñan
con tu sonrisa, así como yo.

¡Vive! ¡Intenta!
La vida no pasa de una tentativa.

¡Ama!
Ama por encima de todo,
ama a todo y a todos.
No cierres los ojos a la suciedad del mundo,
no ignores el hambre.

Olvida la bomba,
pero antes haz algo para combatirla,
aunque no te sientas capaz.

¡Busca!
Busca lo que hay de bueno en todo y todos.
No hagas de los defectos una distancia,
y si, una aproximación.

¡Acepta!
La vida, las personas,
haz de ellas tu razón de vivir.

¡Entiende!
Entiende a las personas que piensan diferente
a ti,
no las repruebes.

¡Eh! Mira...
Mira a tu espalda, cuántos amigos...
¿Ya hiciste a alguien feliz hoy?
¿O hiciste sufrir a alguien con tu egoísmo?

¡Eh! No corras...
¿Para qué tanta prisa?
Corre apenas dentro tuyo.

¡Sueña!
Pero no perjudiques a nadie y
no transformes tu sueño en fuga.

¡Cree! ¡Espera!
Siempre habrá una salida,
siempre brillará una estrella.

¡Llora! ¡Lucha!
Haz aquello que te gusta,
siente lo que hay dentro de ti.

Oye...
Escucha lo que las otras personas
tienen que decir, es importante.

Sube...
Haz de los obstáculos escalones
para aquello que quieres alcanzar,
mas no te olvides de aquellos
que no consiguieron subir
en la escalera de la vida.

¡Descubre!
Descubre aquello que es bueno dentro tuyo.
Procura por encima de todo ser gente,
yo también voy a intentar.

¡Hey! Tú...
ahora ve en paz.
Yo preciso decirte que... TE ADORO,
simplemente porque existes.

Charles Chaplin.

ÍNDICE

RESUMEN.	3
INTRODUCCIÓN.	4
CAPÍTULO 1. GENERALIDADES SOBRE EL ESTRÉS.	7
1.1 Definición de estrés.	7
1.2. Niveles de respuesta ante el estrés.	11
1.3. Modelos explicativos y de investigación sobre el estrés.	15
1.3.1 Modelo de Selye.	16
1.3.2. Modelo transaccional de Lazarus y Folkman.	17
1.3.2.1. El afrontamiento.	19
1.4. Manifestaciones clínicas del estrés e implicaciones en la salud.	22
CAPÍTULO 2. ESTRÉS INFANTIL.	27
2.1. Aspectos básicos sobre el desarrollo en la infancia.	27
2.2. Fuentes generadoras de estrés en los niños.	31
2.2.1. Eventos vitales.	34
2.2.2. Estresores cotidianos.	36
2.3. Signos del estrés infantil.	38
2.4. Problemas relacionados al estrés infantil.	40
CAPÍTULO 3. ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ESTRÉS INFANTIL.	44
3.1. La terapia Cognitivo-Conductual. Fundamentos teóricos.	44
3.1.1. Intervenciones cognitivo-conductuales.	46
3.2. Evaluación y diagnóstico del estrés en niños.	49
3.3. Participación de padres y maestros en la detección inicial del estrés infantil.	57
3.4. Técnicas utilizadas en el manejo del estrés.	58
3.4.1. Entrenamiento en relajación.	59
3.4.2. Entrenamiento en habilidades sociales.	61
3.4.3. Solución de problemas.	63
3.5. Consideraciones finales	65
CONCLUSIONES.	66
BIBLIOGRAFÍA.	71
ANEXOS.	76

RESUMEN

El estrés infantil es un tema relativamente novedoso y en las últimas décadas se ha señalado la vulnerabilidad a estresores cotidianos. Por su desarrollo físico y psicológico, los niños dependen directamente de los adultos para el cuidado de su salud, pero comúnmente los síntomas del estrés pasan desapercibidos, dejando en ocasiones consecuencias mayores. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo fue revisar estrategias de detección y tratamiento cognitivo-conductuales, adecuadas al manejo primario de casos de estrés infantil. Se concluye que la evaluación debe incluir a la observación, entrevista, aplicación de instrumentos estandarizados y si es posible, indicadores fisiológicos; para la intervención, se deben usar técnicas que doten al niño de habilidades que cambien su forma de afrontar el estrés.

INTRODUCCIÓN

Estas últimas décadas han sido caracterizadas por la experimentación de rápidos cambios económicos, tecnológicos, políticos y ambientales, que han trascendido lo suficiente como para generar importantes transformaciones en la dinámica social, familiar y educativa.

Actualmente nuestra sociedad otorga un gran valor a la eficacia y el rendimiento que una persona puede imprimir en la realización simultánea de distintas actividades, resaltado en el imperativo de no “perder el tiempo” (Toledo, Barreto y Ferrero, 2000).

En este sentido, Martínez y Díaz (2007) mencionan que existe una tendencia hacia aprendizajes cada vez más rápidos, así como a un mayor grado de especialización que facilite la obtención de resultados. Sin embargo, estos requerimientos se mantienen ajenos al bienestar y calidad de vida de las personas, expresados en problemas de salud física y mental, tales como: sensación de tensión, dolor de cabeza, nerviosismo, angustia, miedo, dificultad para concentrarse, desequilibrios emocionales, aislamiento, etcétera.

A pesar de ello, no se puede asegurar que la imposición de dichas exigencias sea completamente negativa, ya que hasta cierto punto promueven el interés y el compromiso hacia las actividades a realizar. Por lo tanto, los problemas asociados aparecerán cuando las personas se sientan incapaces de manejar sus dificultades, dando lugar al estrés, una de las patologías más comunes en la actualidad (Martínez y Díaz, 2007).

El gran interés por las temáticas relacionadas al estrés, no sólo proviene de investigadores de distintas áreas, sino también por la población en general, lo cual ha desembocado en el uso cotidiano del término y el constante contacto con mensajes sobre diferentes formas de prevenirlo, eliminarlo o manejarlo (Lazarus, 2000).

Una de las razones que justifican continuar trabajando sobre el estrés, es el incremento en el número de personas que lo experimentan y las importantes consecuencias que tiene en la salud física y psicológica, afectaciones, que antes se

creían exclusivas para la población adulta, pero que desde hace algunas décadas también han sido plenamente identificadas en la población infantil.

Es un hecho que los adultos y los niños presentan reacciones de estrés ante situaciones completamente diferentes, ya que éstos últimos son especialmente sensibles en áreas como la familia, eventos directamente relacionados con la escuela y de convivencia con sus pares.

Durante el 2011, el Instituto Mexicano del Seguro Social a través de un comunicado del Servicio de Higiene Mental del Centro Médico Nacional La Raza, destacó que cinco de cada diez niños padecen estrés y alguna enfermedad ocasionada por él, como lo son la gastritis, la hipertensión e incluso se ha identificado la presencia de ideas suicidas (Notimex, 2011).

Se debe considerar que el sector infantil podría ser más vulnerable al estrés, ya que su nivel de desarrollo los hace depender directamente de los adultos para la atención de sus malestares físicos y psicológicos, los cuales muchas veces pasan desapercibidos o son ignorados hasta que tienen graves manifestaciones físicas.

La magnitud de las cifras anteriores, se incrementa al saber que el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, reportaba que hasta el año 2010 los niños de 0 a 12 años de edad representaban cerca del 25% del total de la población, con un total de 28 209 990 habitantes (INEGI, 2010).

Por ello y ante la problemática que implica el estrés infantil, es necesario poner en marcha programas de intervención para su manejo y control, hecho que fue reportado por Dávila y Guarino (2001) desde hace más de una década y quienes además señalaron como una buena opción por su efectividad, el uso de las terapias de corte cognitivo-conductual.

La importancia de programas de intervención oportunos es clara cuando se considera que generalmente el niño llega hasta los profesionales de la salud cuando se presentan síntomas de daños orgánicos o socioemocionales agudos. Además como mencionan Oliva, Montero y Gutiérrez (2006), la capacidad de identificar

situaciones de alto riesgo de manera temprana permite intervenciones más eficientes, efectivas y económicas.

De esta manera, el objetivo del presente trabajo es revisar algunas de las estrategias de detección y tratamiento propuestas por la terapia cognitivo-conductual, que sean adecuadas o puedan ser adaptadas a la identificación y manejo primario de los casos de estrés infantil.

Cumpliendo este objetivo se presentan tres capítulos, en el primero de ellos se refieren distintas definiciones que se han dado al estrés, desde la primera elucidación hecha por Robert Hocke, seguida de las concepciones de Cannon que adoptan la idea la homeostasis del organismo y de una reacción meramente fisiológica.

Dentro del mismo capítulo se marca la existencia de tres formas de concebir al estrés, como estímulo, como reacción o como un proceso, postura que da pie a hablar del modelo transaccional del estrés, propuesto por Lazarus y Folkman (1991), mismo que establece al afrontamiento como una pieza clave para entenderlo. También se presentan los niveles de respuesta, sus manifestaciones clínicas y algunos de los impactos en la salud.

En el segundo apartado se refieren aspectos generales sobre el desarrollo del niño, las situaciones que pueden generarles estrés y que han sido clasificadas en eventos vitales y estresores cotidianos. Además se mencionan los signos clínicos comunes en los niños estresados, así como los problemas físicos, psicológicos y sociales que han sido relacionados con la presencia de este padecimiento.

Por último, en el capítulo tres se hace una revisión de aspectos básicos de la terapia cognitivo-conductual, propios para la posterior descripción de las estrategias utilizadas para la detección y diagnóstico de casos de estrés infantil, así como la mención del importante papel que tienen los padres y maestros en este proceso, para concluir con la exposición de algunas técnicas propias para la atención de esta problemática.

1. GENERALIDADES SOBRE EL ESTRÉS.

*Hemos modificado tan radicalmente nuestro ambiente,
que ahora debemos modificarnos a nosotros mismos
para existir dentro de este nuevo entorno.*

(N. Weiner).

Hablar de estrés no es nada novedoso ya que desde hace siglos este tema ha sido estudiado directa o indirectamente. De acuerdo con Olguín y Sánchez (2003), esto se debe a que es un fenómeno íntimamente ligado a la evolución del hombre gracias al cual, ha sobrevivido al obligarlo a adaptarse a un contexto en constante transformación.

1.1. Definición de estrés.

La forma original de la palabra estrés puede hallarse en el término “*distress*”, propio del inglés entre los siglos XII y XVI, que con el tiempo se convirtió en “*stress*”, forma semejante a la aceptada por el español y que de acuerdo con Fernández (2007) significa tensión, tirantez o esfuerzo.

Los primeros trabajos que refieren dicho concepto, se encuentran en el siglo XVII. En esta época el físico y biólogo Robert Hooke, realizó un estudio de ingeniería sobre la construcción de estructuras que debían soportar grandes cargas. Como resultado de este análisis Lazarus (2000), menciona que fueron introducidos tres conceptos básicos:

- a) Carga (load). Vista como todas aquellas fuerzas externas.
- b) Estrés (stress). Área de la estructura sobre la que se aplica la carga.
- c) Tensión (strain). Entendida como la deformación de la estructura producto de la acción de la carga y el estrés.

Estas nociones inicialmente tuvieron gran influencia en las elucidaciones hechas durante el siglo XX, pero con el tiempo de ellos sólo se conservaron el de estrés y tensión (Lazarus, 2000).

En el siglo XIX, Claude Bernard señaló que una de las características fundamentales de cualquier ser vivo, es la capacidad de mantener estable su medio ambiente interno, de manera independiente a las condiciones exteriores. Esta idea de adaptación trascendería hasta inicios del siglo XX, cuando Walter Cannon sugiere el término de homeostasis para englobar a todos aquellos procesos fisiológicos que mantienen constante el estado del organismo y aseguran su protección ante perturbaciones externas (Rosas, 2003).

Desde esta postura, Cannon enfatizaba en los cambios orgánicos que se presentaban, como la estimulación del sistema nervioso simpático y la descarga de adrenalina por las glándulas medulo-suprarrenales, que a su vez generan modificaciones cardiovasculares.

Inicialmente la fisiología y la bioquímica se encargaron de continuar con esta línea de investigación centrada en el papel de las respuestas orgánicas en el proceso de estrés, pero también otras disciplinas como la sociología, economía y política tomaron dicho concepto creando su propia definición.

Por ejemplo, los sociólogos han preferido el término *strain* en lugar del de *stress*, para describir formas de distorsión o desorganización como los tumultos, pánicos y otros trastornos sociales de elevada incidencia como el suicidio, crimen y enfermedad mental (Lazarus y Folkman, 1991).

Particularmente dentro de la Psicología, se cuenta con distintas definiciones que parten de los trabajos de Hans Selye, quien alrededor de 1930 concebía al estrés como la suma de todos aquellos efectos inespecíficos a factores que actúan sobre la persona (Martínez y Díaz, 2007). Algunas de estas definiciones han sido recopiladas por Lemus (2005) y Rosas (2003) dentro de sus trabajos, de las cuales se retoman las siguientes:

Autor.	Definición.
Levi (1971)	Incremento de la activación de un organismo, por parte de un estímulo, más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarlo.
Esdofer (1982)	Exigencia a las capacidades de la persona, a través de las cuales se puede dar respuesta a ellas.
Cruz y Vargas (1998)	Comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo con activación específica neuro-endocrina ante el estresor amenazante.
Saita (1999)	Reacciones fisiológicas que desencadenan los mecanismos de adaptación de los seres vivos.
Barcelata (2004)	Respuesta del sistema nervioso a un acontecimiento de índole psicológica, física, social, económica, percibido como una amenaza. Dependiendo de su grado, intensidad y/o duración puede provocar en un individuo una situación que presupone un desequilibrio ya sea físico o mental, provocando con ello la aparición de diversas enfermedades orgánicas psicológicas, y/o psicofisiológicas.
López (2004)	Estímulo o condición que provoca en el individuo un estado de tensión o sobrecarga a nivel celular, orgánico o de sistemas, capaz de afectar la salud. Obliga a recordar procesos fisiológicos de adaptación que ocurren en el organismo ante situaciones de amenaza o agresión, los cuales son compensados para recuperar y mantener el equilibrio homeostático.

Tabla 1. Recopilación de definiciones de estrés.

De la información presentada en la tabla 1 destaca que los distintos autores consideran en primer plano los aspectos fisiológicos del estrés, unos de forma más clara que otros. En la conceptualización de Barcelata (2004; citado en Lemus, 2005) es posible distinguir la presencia de elementos distintos, como la variedad de eventos que pueden generarlo, la incorporación de la percepción de amenaza por parte del individuo, así como la mención de la existencia de consecuencias no solo físicas sino también psicológicas. Lo anterior permite ver que el avance en las investigaciones sobre el estrés, ha llevado a reconocer su relación con variables psicológicas y procesos de salud-enfermedad.

Por otra parte, hay que resaltar que si no se cuenta con una definición absoluta del estrés, si existen ciertos aspectos que se consideran importantes y necesarios en todo intento por explicarlo. En este sentido, Álvarez (1987; citado en: Olguín y Sánchez, 2003) habla de no olvidar que el estrés es una respuesta del organismo frente a estímulos psicosociales, físicos o biológicos que rompen con la homeostasis, siendo inespecífica y en ocasiones estereotipada.

Adicional a ello, Toledo, Barreto y Ferrero (2000), refieren que todos los esfuerzos por conceptualizar al estrés obedecen a una de estas tres perspectivas:

- a) El estrés como un conjunto de estímulos. Se propone que para todas las personas ciertos acontecimientos del entorno son estresantes, por ejemplo: la vivencia de desastres naturales, enfermedades crónicas, despido laboral o fracaso escolar. Por lo tanto, no son tomadas en cuenta las diferencias existentes entre qué le resulta estresante a cada individuo.
- b) El estrés como una respuesta. Que refiere a un estado de complejas respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales, que hacen válido hablar de una reacción al estrés (García y Jiménez, 1997). Esta perspectiva es utilizada por la biología y medicina.
- c) El estrés como un proceso. Ejemplo de ello es la definición de Sarafino (1994; citado en: Olguín y Sánchez, 2003), que enfatiza que el estrés es una condición resultante de las transacciones entre la persona y su medio, que la conducen a percibir una discrepancia –real o ficticia- entre las demandas de una situación y los recursos biológicos, psicológicos o sociales de los que no dispone.

Entender al estrés de esta última forma subraya al mismo tiempo el componente fisiológico y cognitivo tras de dicha respuesta, lo cual la hace más completa en comparación a las dos restantes, sin tomar en cuenta que coloca a las variables de tipo psicológico como una pieza angular para comprenderlo. Las razones anteriores hacen que el presente trabajo coincida y prefiera, ante las dos primeras, los planteamientos de la propuesta del estrés como proceso, eje del llamado Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman, que será abordado en apartados ulteriores.

1.2. Niveles de respuesta ante el estrés.

El ser humano reacciona a través de una importante activación psicofisiológica a aquellos estímulos que constituyen un peligro para su bienestar. Dicha respuesta proviene de nuestros antepasados, quienes la necesitaban para sobrevivir a medios físicamente hostiles (Méndez, Olivares y Quiles, 2005).

Saita (1999) menciona que sin importar la causa que genere estrés, la percepción de un estímulo desafiante desencadena en el individuo una serie de respuestas comportamentales y fisiológicas donde participan el sistema nervioso autónomo y el endocrino, que a su vez generan distintos cambios hormonales, electrolíticos, inmunológicos y emocionales.

Todas estas modificaciones internas son específicas y tienen como objetivo facilitar la presencia de una respuesta adaptativa que movilice los recursos del organismo para afrontar la situación amenazante. Al respecto Méndez, Olivares y Quiles (2005) señalan algunos de los beneficios que acompañan a ciertos cambios fisiológicos desencadenados en la reacción al estrés:

Cambios fisiológicos.	Beneficios.
Aumento de la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea.	Se bombea más sangre al cerebro, pulmones, brazos y piernas, aportando más combustible al cerebro.
Aumento de la respiración.	La respiración se hace más profunda y rápida para suministrar más oxígeno a los músculos.
Tensión muscular.	Los músculos se tensan, preparándose para la acción.
Secreción de glúcidos y lípidos al torrente sanguíneo.	Aporta combustible para disponer rápidamente de energía.
Aumento de la transpiración.	Refrigera el exceso de calor muscular.
Liberación de factores de coagulación.	Coagulación más rápida de las heridas, lo que reduce la pérdida de sangre.
Enlentecimiento de la digestión.	Mayor suministro de sangre al cerebro y a los músculos.

Tabla 2. Cambios fisiológicos durante la respuesta de estrés y beneficios que aporta al organismo. En: Méndez, Olivares y Quiles (2005), p. 29.

Dichas modificaciones automáticas buscan disponer de recursos excepcionales que permiten al organismo mantener un estado de alarma, en el que interaccionan distintos elementos del sistema nervioso central, participes en la recuperación y análisis de la información para iniciar una acción específica, a la par de una respuesta emocional (Saita, 1999).

La estructura que se encarga de integrar la información sobre la situación estresante, es el hipotálamo, el cual también modula una variedad de procesos fisiológicos y metabólicos a través de la activación de dos ejes neuroendocrinos que Fernández (2007) y Everly (1989; citado en: Méndez, Olivares y Quiles, 2005) describen de esta manera:

- a) El sistema adrenomedular simpático. Sistema de respuesta inmediata nombrado de esta forma debido a sus componentes, la rama simpática del sistema nervioso autónomo y la médula adrenal, que ante situaciones estresantes desencadena la liberación de adrenalina y noradrenalina. Estas dos hormonas activan estructuras que no están directamente inervadas por el sistema simpático y refuerzan sus efectos, entre los que figuran: el incremento de la tasa y la fuerza de contracción cardíaca, la dilatación de los vasos sanguíneos, el aumento de la presión arterial, la dilatación de las vías respiratorias; así como la disminución de procesos fisiológicos que no son vitales a corto plazo como la inflamación, digestión, reproducción y crecimiento.
- b) El eje hipotalámico- pituitario- adrenal. Responsable de acciones a mediano y largo plazo, que produce cortisol como producto final del factor liberador de corticoliberina y vasopresina desde una sección del hipotálamo. Cuando el cortisol se encuentra en el torrente sanguíneo, facilita la adaptación del organismo a contextos cambiantes, al igual que interviene en la recuperación del estado de homeostasis.

Las estructuras y secreciones que se producen en ambos sistemas, así como sus funciones finales son presentadas con mayor claridad en la figura 1. Se debe agregar que la activación psicofisiológica no es la misma para todas las

situaciones que producen estrés, ya que la respuesta será más importante y persistirá cuanto mayor sea la cantidad de amenaza percibida por el sujeto.

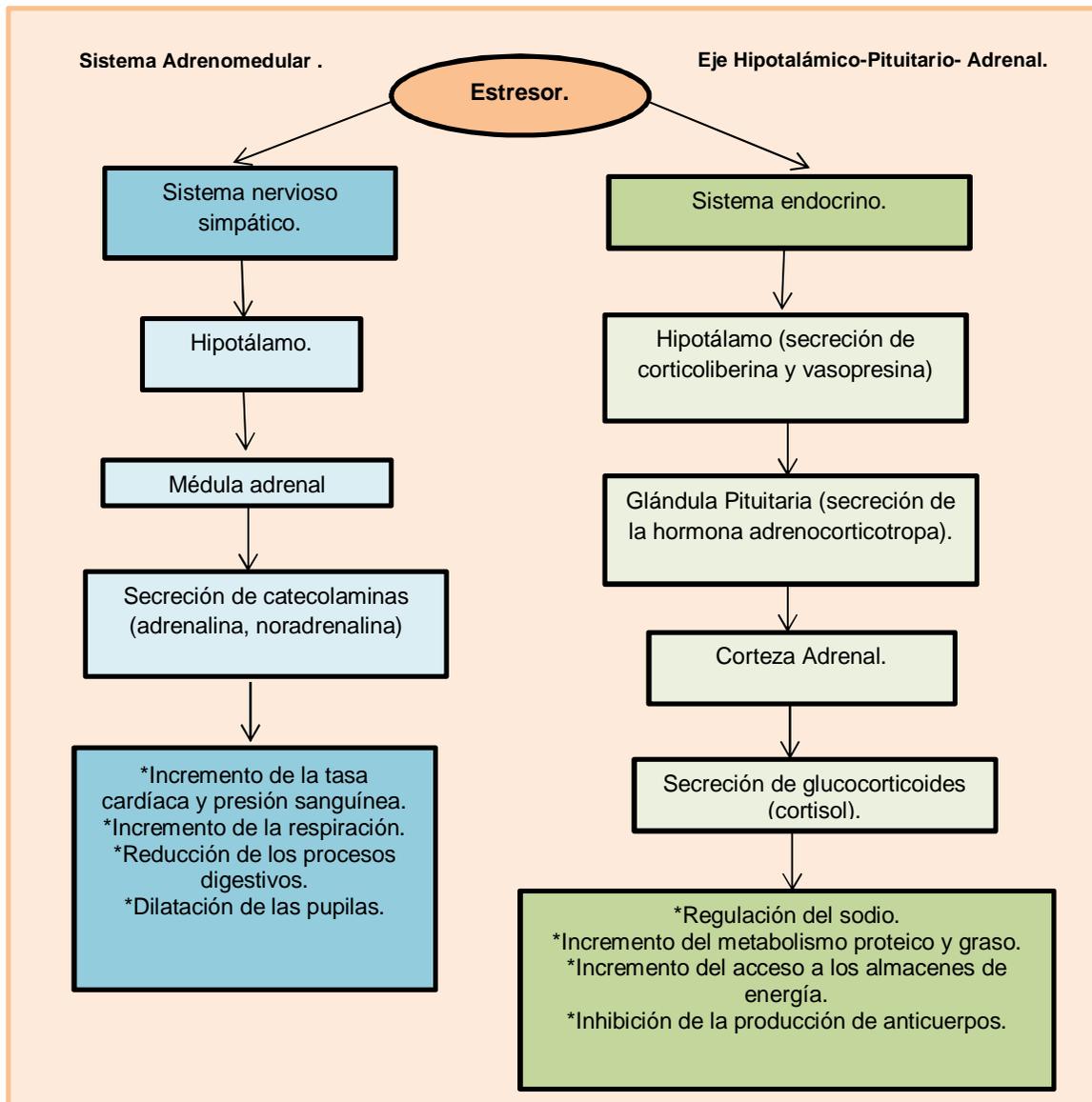


Figura. 1. Respuesta de estrés. En: Fernández (2007), p. 83.

Además, las modificaciones fisiológicas van acompañadas de cambios en las respuestas motoras y cognitivas, teniendo por lo tanto tres niveles de respuesta al estrés, que guardan una interacción constante entre sí y que pueden comprenderse mejor a partir de la figura 2.

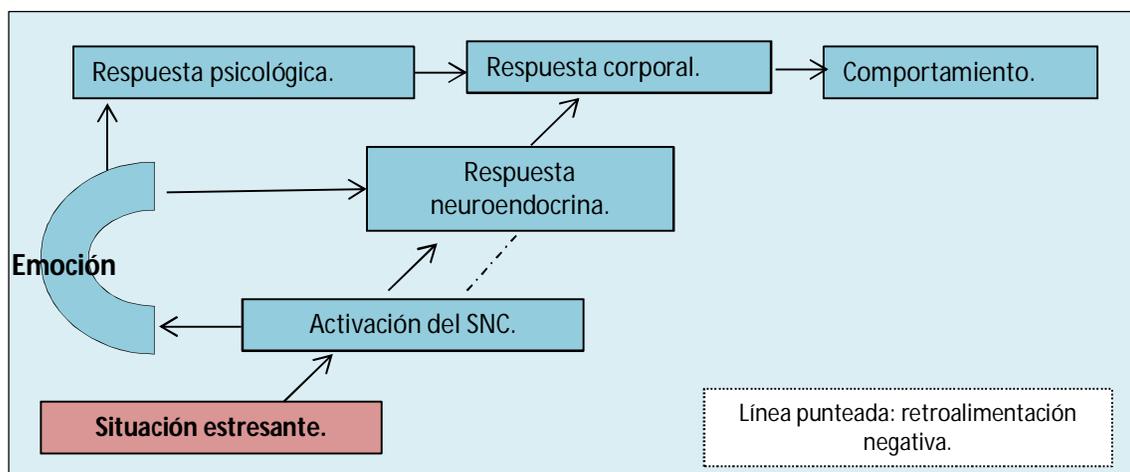


Figura 2. Esquema de las etapas del estrés. Se coloca a la emoción de inmediato a la activación del sistema nervioso central (SNC) e integrada al sistema neuro-endocrino.

En: Cruz y Vargas (2001), p. 33

El esquema presenta a la emoción como un elemento importante que acompaña a la experimentación de estrés y que regularmente tiene expresiones negativas como la ansiedad, el miedo, la ira, el dolor o la depresión. Sobre ello, Toledo, Barreto y Ferrero (2000) aclaran que la ansiedad y el miedo se asocian a circunstancias de estrés agudo, que al convertirse en crónico hace predominar el estado de ánimo depresivo.

De esta última división, Selye y Bensabat (1994; citado en: Olgún y Sánchez, 2003) caracterizan al estrés agudo como aquel que se experimenta por un tiempo limitado, mientras que el estrés crónico corresponderá a agresiones de mayor frecuencia, moderadas y temporalmente próximas que exigen una adaptación continua.

En ambos casos el organismo responde en los tres planos ya mencionados, y por lo que ahora se sabe, el estrés agudo puede ocasionar en determinados casos, trastornos psicosomáticos y el estrés crónico se asocia al agotamiento psicológico y glandular progresivo, que están detrás de las llamadas enfermedades de adaptación.

Por otra parte, Gutiérrez y Almanza (2009) aluden que todas las manifestaciones desencadenadas por el aumento del nivel general de activación, generan alguno de estos tres estados:

- a) Motivación, presente cuando la persona percibe que podría disponer de los recursos adecuados para controlar la situación estresante, y asume con interés el reto de lograrlo. El mantenimiento prolongado puede ser perjudicial a largo plazo, al favorecer un estado de desgaste y, finalmente agotamiento.
- b) Ansiedad, caracterizada por miedo, preocupación incontrolada e inseguridad, favoreciendo que la persona evite o escape de las situaciones estresantes, dude exageradamente sobre lo que debe hacer o se inhiba en lugar de actuar o actúe impulsivamente.
- c) Hostilidad, acompañada de insatisfacción, disgusto, irritabilidad, enfado, rabia, agresividad y enemistad.

Los últimos dos estados aunque pudieran ser positivos a corto plazo, tienen relacionadas manifestaciones dañinas para la salud, lo cual al transformarse en motivación evita o reduce los males al organismo.

Una vez revisados los diferentes niveles de respuesta a través de los que es descrito el estrés, se debe dejar en claro que uno de los principales objetivos de las investigaciones al respecto, ha sido encontrar un modelo teórico que permita establecer correlaciones coherentes e inclusivas entre ellas, que permitan entender por qué las personas viven el estrés de diferentes formas a pesar de estar expuestas a las mismas condiciones.

1.3. Modelos explicativos y de investigación sobre el estrés.

En la opinión de Barraza (2006), el desarrollo teórico producto de las investigaciones centradas en el estrés como campo de estudio, ha transitado por varias vertientes que van desde el clásico esquema de Estímulo-Respuesta hasta el de Persona-Entorno propio de la Teoría Cognoscitiva.

Dentro de estas variantes en los modelos teóricos que se prestan a explicar al estrés, a continuación se retoman dos, el primero considerado como un trabajo pionero en el área y de gran repercusión hasta la actualidad, y el segundo, relevante debido a que de él parten las propuestas realizadas por éste trabajo.

1.3.1. Modelo de Selye

Como se mencionó uno de los primeros investigadores en teorizar sobre el estrés fue Hans Selye, quien tras realizar una serie de experimentos con ratas a las que exponía a condiciones físicas extenuantes (estresantes), pudo identificar la presencia de tres reacciones básicas: una alta concentración de hormonas suprarrenales, la atrofia del sistema linfático y úlceras gástricas; manifestaciones a las que otorgó el nombre de estrés biológico (Oblitas, 2004; citado en: Martínez y Díaz, 2007).

Tiempo después el término estrés biológico es reducido simplemente a estrés, y en 1960 Selye lo define como la suma de todos aquellos efectos a factores inespecíficos que actúan sobre la persona (Martínez y Díaz, 2007). A partir de ello, creó un modelo para explicar lo que sucede en el organismo de la persona inmersa en situaciones adversas.

El modelo de Selye (1982; citado en: Guevara y Galán, 2010) conceptualiza al estrés como una compleja reacción a nivel físico y emocional que acaece en tres fases. En la primera de ellas y como respuesta a la existencia de un factor de tensión, ocurre una reacción de alarma que activa al sistema nervioso autónomo. Después, en la segunda fase, comienza la aclimatación o ajuste que el cuerpo tiene ante el factor estresor; finalmente, si éste último persiste aparecerá la fase de fatiga que generalmente desemboca en la generación de males físicos y emocionales.

Cabe señalar que el proceso anterior recibe el nombre de Síndrome General de Adaptación (SGA por sus siglas en español, GAS en inglés), mismo que es explicado por la figura 3. En ella se muestran las alteraciones fisiológicas presentes cuando una persona vive estrés, ya sea durante episodios aislados o cuando se mantiene, haciéndose crónico.

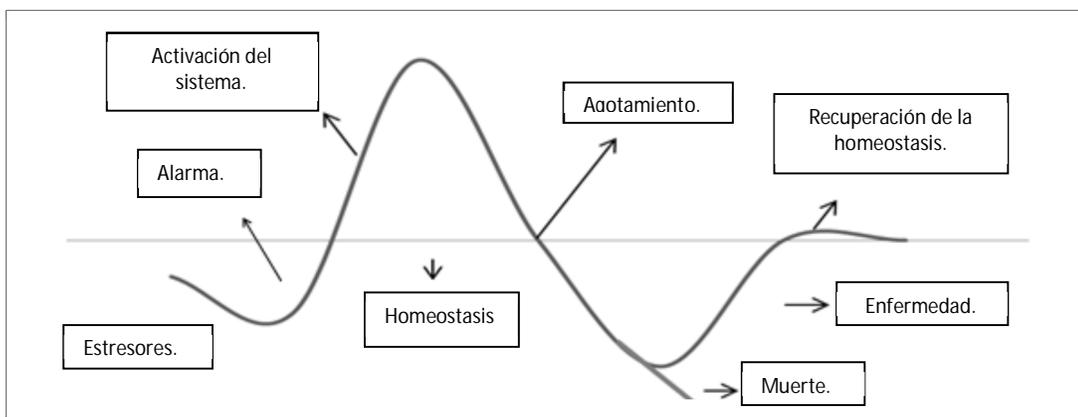


Figura 3. Síndrome General de Adaptación (SGA) de Selye. En: Guevara y Galán (2010), p.50.

De manera simplificada, los estresores activan una respuesta corporal de alarma que movilizará los recursos necesarios para hacer frente a la situación adversa e intentar regresar a un estado de equilibrio (homeostasis). Pero si los estresores se mantienen por un periodo de tiempo prolongado, los recursos corporales se ven aminorados y se presenta el agotamiento, la enfermedad o la muerte, en función de la extensión cronológica de los mismos.

Dadas estas condiciones Vega, González, Angulano, Nava y Soria (2009), explican que modelos como el SGA de Selye y algunos otros fueron considerados poco eficaces al no incluir a los factores ambientales, psicológicos y biológicos al mismo tiempo. Sin embargo, esto no ocurre con el modelo transaccional o de estrés-afrontamiento de Lazarus y Folkman.

1.3.2. Modelo transaccional de Lazarus y Folkman.

Como se mencionó en el primer apartado de este capítulo, dicho modelo toma gran relevancia pues su propuesta ofrece una explicación más completa del estrés, al conjuntar el componente biológico, psicológico y social de manera simultánea.

Este modelo intenta comprender las diferencias en las respuestas a estímulos estresantes similares, integrando a los procesos cognitivos que median entre el estímulo y la reacción. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991), ello solo se puede hacer considerando el papel que tienen las evaluaciones cognitivas para distinguir entre situaciones favorables y peligrosas.

La evaluación cognitiva representa la particular relación que un individuo con determinados valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción, establece con un entorno que debe ser interpretado tomando en cuenta a las experiencias personales. A partir de esta propuesta, Lazarus y Folkman (1991) definen al estrés psicológico, como *“una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”* (p. 43).

Sin embargo, se debe subrayar que la evaluación cognitiva *“no es un tratamiento de información per se... aunque participe en tal proceso, sino que es más bien algo evaluativo, que hace referencia a las repercusiones y consecuencias, y que tiene lugar de forma continua durante todo estado de vigilia”* (Lazarus y Folkman, 1991, p. 56).

En este sentido, Guevara y Galán (2010) explican que puede distinguirse tres clases de evaluación:

- a) Primaria. En la que se determina la cantidad de peligro, amenaza o desafío del acontecimiento y ayuda a resolver la pregunta: ¿esta situación me perjudica o me beneficia, ahora o en el futuro, y de qué forma?
- b) Secundaria. Donde se hace un recuento de los recursos y/o estrategias con los que se cuenta para afrontar la situación. Sintetizado en esta interrogante: ¿puede hacerse algo al respecto?
- c) Terciaria o de revaluación. Consistente en la revalorización de si la situación es estresante o no a partir de la información obtenida en los pasos anteriores. Así, un evento será estresante cuando los recursos y estrategias de afrontamiento que posee y ha adquirido la persona hasta el momento, se ven rebasadas.

Para Barraza (2006) el postulado del modelo transaccional debe ser analizado secuencialmente en tres apartados a fin de detallar sus alcances:

1. La relación entre la persona y el entorno se compone de un acontecimiento estresante, la interpretación del mismo y la consecuente activación del organismo.
2. La persona realiza una valoración cognitiva del acontecimiento potencialmente estresante, dando lugar a tres tipos de apreciación: neutra, positiva o negativa.
3. Cuando no es posible establecer un equilibrio entre los acontecimientos considerados como estresantes y los recursos de los que dispone la persona para enfrentarlos, se presenta el estrés que pondrá en juego estrategias de afrontamiento.

1.3.2.1. El afrontamiento.

Un concepto relevante dentro de esta postura es el de afrontamiento, el cual puede ser entendido como todos aquellos cambios constantes en la cognición y conducta del individuo, que lo ayudan a controlar aquellas demandas externas o internas que hayan sido catalogadas como excedentes, y por lo tanto estresantes (Vega, González, Angulano, Nava y Soria, 2009).

Para clarificar esta definición García y Jiménez (1997), diferencian a las estrategias de afrontamiento de los llamados mecanismos de defensa. Los últimos implican una distorsión de la realidad y una actuación excesivamente rígida y desadaptativa; mientras que las estrategias de afrontamiento son saludables, flexibles y concientes, por lo que se puede mantener contacto con la realidad en todo momento.

Entendido de esta forma y en concordancia al enfoque transaccional, Dávila y Guarino (2001) mencionan que existen dos clases de afrontamiento:

- a) Afrontamiento dirigido a la emoción. En el que se engloban las técnicas cognitivas que se ponen en marcha para aminorar el grado de alteración emocional que produce la situación estresante.
- b) Afrontamiento centrado en el problema. Que refiere a las estrategias que se enfocarán en hacer modificaciones directas a la situación estresante, con el objetivo de reducir el impacto que ésta tiene en el individuo. Esto incluye un

proceso analítico que se enfoca principalmente en el entorno, pero sin dejar de lado situaciones relacionadas con el sujeto.

Folkman y Lazarus (1984; citado en: Varela, 2005) ponen como ejemplos de los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción a la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Mientras que del afrontamiento dirigido al problema, señalizan que consiste en conductas o cogniciones dirigidas a la fuente del estrés para cambiar las condiciones ambientales que provocan el malestar, la conducta personal para hacerle frente o ambas.

En este sentido, el afrontamiento se ve relacionado al uso de distintos recursos como los mencionados en la tabla 3. Orlandini (1999, citado en: Lemus, 2005) agrega que algunos de estos recursos son concientes, ya que son aprendidos de la comunidad y la cultura, pero no siempre son automáticos ni repetitivos.

Personales	Físicos: Estados de salud y vitalidad. Psicológicos: sistemas de creencias, pensamientos, procesos perceptuales, autoestima, tipo de locus de control, etc. Habilidades sociales: adaptación y asertividad. Habilidades de solución de problemas.
Ambientales	Recursos sociales o mediadores sociales: familia y amigos. Recursos materiales como el dinero.
Situacionales.	Novedad de la situación que puede provocar desorganización de la persona. Predictibilidad, que es la existencia de características situacionales previamente conocidas.

Tabla 3. Ejemplos de recursos empleados para afrontar el estrés.

No obstante Fleming, Baum y Singer (1984; citado en: Varela, 2005) hacen una importante observación del proceso de afrontamiento al mencionar que una herramienta utilizada con éxito en una determinada situación, pudiera no serlo en otras. A consecuencia de ello, se enfatiza en el historial de aprendizaje que las

personas desarrollan y que involucra aplicar diferentes reacciones ante distintas situaciones.

Por otro lado, Lazarus y Folkman (1991) proponen el uso del término “estresores” para nombrar a todos los estímulos generadores de estrés, entre los que pueden distinguirse tres tipos: los cambios mayores que afectan a un gran número de personas, como los desastres naturales o los generados por el hombre, como la guerra; los cambios menores que sólo afectan a una persona, tal como la muerte de un ser querido o una enfermedad importante; finalmente, los ajetreos diarios.

Bajo cualquiera de estas situaciones, la evaluación cognitiva influirá claramente en la inmediata respuesta emocional consecuente. Así, el miedo que pudiera ser experimentado ante un estímulo calificado inicialmente como peligroso, se verá modificado después de evaluar lo que ocurre y puede hacerse al respecto, aumentando o disminuyendo. Entonces el modelo transaccional añade a la emoción considerando sus efectos sobre el proceso de evaluación y la modificación que sufre en concordancia a la información obtenida tras dicho proceso (Lazarus y Folkman, 1991).

A partir de lo expuesto, se dirá que la propuesta transaccional fue pionera dentro de las explicaciones de tipo holístico, por lo tanto es fácil percatarse de la inclusión de elementos orgánicos, personales, sociales y ambientales, que coloca al estrés como un fenómeno multifactorial.

Ello además de hacerlo un modelo más completo a comparación del propuesto por Selye, es especialmente importante para el presente trabajo ya que proporciona la definición bajo la cual se entiende y explica al estrés como un proceso en el que la psicología puede intervenir a través de estrategias de corte cognitivo conductual.

1.4. Manifestaciones clínicas del estrés e implicaciones en la salud.

Las modificaciones en el organismo producidas por el estrés son vitales en determinadas circunstancias, pero su presencia constante puede resultar perjudicial para la salud. Tal y como lo expresan Méndez, Olivares y Quiles (2005) esta reacción se convierte en desadaptativa cuando se prolongan los cambios neuroendocrinos en alguna de estas dos situaciones:

- a) Activación elevada ante estímulos nada o débilmente amenazantes. Que ocurren en los trastornos de ansiedad, donde el organismo tiene un importante aumento en su activación ante estímulos que no son un peligro real, como lo que sucede en las distintas fobias.
- b) Activación elevada mantenida durante exceso de tiempo. Producto del enfrentamiento a situaciones de nuestra cotidianidad cada vez más competitiva, que al exigir un rendimiento más elevado a las personas, es duradero, agota al organismo, trae consigo al estrés y algunas complicaciones asociadas a él.

De la cotidianidad a la que refiere este último punto, es importante mencionar que los eventos que resultan ser estresantes para la mayoría de las personas adultas, provienen de múltiples contextos como los retomados por Gutiérrez y Almanza (2009):

- a) Fuentes ambientales: el ruido, el tráfico, inadecuadas condiciones en el trabajo, inseguridad pública, desastres naturales, climas extremos, entre otros.
- b) Fuentes familiares: problemas con los hijos y/o padres, la pareja, enfermedades o muerte de un familiar.
- c) Fuentes personales: la insatisfacción en el incumplimiento de metas, o metas muy altas y pensamiento negativo, responsabilizarse por acciones de otros.
- d) Fuentes fisiológicas. Enfermedades, factores hormonales (pubertad, menopausia, ciclo menstrual o de espermatozoides), posparto, alergias.

- e) Fuentes laborales: cargas excesivas de responsabilidad, tiempo limitado para entrega de trabajos, jefes exigentes y comunicación ineficaz, entre otros.

En este contexto, desde hace años se calculó que cerca de un 25% del total de la población mundial padecía estrés o algún trastorno de salud relacionado a él, colocándolo como uno de los principales problemas de salud, que de acuerdo con Maruris, Cortés, Gómez y Godínez (2011), afecta a todo tipo de población sin importar su edad, sexo, raza o nivel socioeconómico.

A ello se debe agregar que actualmente nuestro país experimenta una acelerada urbanización e industrialización, que aunadas a los estilos de vida y factores genéticos han potencializado distintas enfermedades crónico no transmisibles entre las que sin lugar a dudas figuran el estrés, junto a la depresión, diabetes mellitus, hipertensión, cáncer y obesidad (Martínez, Vega, Nava y Anguiano, 2010).

Entre las manifestaciones clínicas del estrés, figuran síntomas transitorios o crónicos que pueden agregarse a enfermedades previamente diagnosticados en el individuo (Gutiérrez y Almanza, 2009). Saita (1999) explica que estos síntomas pueden generarse en uno o varios órganos y ser múltiples, como los enlistados a continuación:

- a) Transpiración excesiva o hiperhidrosis localizada o generalizada, que afecta a las palmas de las manos, las axilas, las plantas de los pies y la región anogenital.
- b) Prurito.
- c) Alopecia por estrés debido a que el crecimiento del cabello se acelera y se convierte en pelo telógeno (en reposo) prematuramente.
- d) Eritema facial, provocado por el aumento en la circulación cutánea provocada por la estimulación autónoma y acción de agentes vasoactivos.
- e) Dolor muscular ocasionado por la gran actividad simpática que aumenta el tono y la fuerza de contracción que en ocasiones conduce hasta la fatiga.
- f) Cefalea tensional acompañada de falta de concentración.

- g) Reumatismo psicógeno o dolor en una o varias articulaciones sin datos de inflamación
- h) Vértigo psicógeno.
- i) Aumento de la presión arterial, existiendo algunos estudios que refieren una relación con la cardiopatía isquémica.
- j) Úlceras pépticas.
- k) Susceptibilidad a las infecciones por una baja en la efectividad del sistema inmunitario, la cual, ha sido tomada por algunos investigadores para insinuar un vínculo con la aparición del cáncer.
- l) Hipogonadismo por la reducción en las concentraciones de testosterona, hormona luteinizante y hormona estimulante del folículo.
- m) Enuresis.

Los aspectos anteriores solo son de tipo fisiológico, pero Latorre y Beneit (1994; citado en: Olgún y Sánchez, 2003) hacen una recopilación más amplia de los trastornos generados por el estrés, clasificándolos de esta manera:

Tipo de efecto.	Ejemplos
Efectos subjetivos.	Ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, sentimiento de culpa, vergüenza, irritabilidad, mal genio, tristeza, baja autoestima, tensión, nerviosismo y soledad.
Efectos cognitivos.	Incapacidad de tomar decisiones y de concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica, bloqueos mentales.
Efectos sobre la salud.	Asma, amenorrea, dolor de espalda y pecho, trastornos coronarios, diarrea, mareos y desvanecimientos, cefaleas y migrañas, trastornos gástricos, trastornos neuróticos, pesadillas, insomnio, psicosis, trastornos psicósomáticos, diabetes, salpullido y picones en piel, pérdida de interés sexual y debilidad.
Efectos conductuales.	Predisposición a accidentes, consumo de drogas, explosiones emocionales, comer en exceso, falta de apetito, beber y fumar en exceso, excitabilidad, conductas impulsivas, alteraciones

	en el habla, risas nerviosas, incapacidad de descansar, temblores.
Efectos fisiológicos.	Aumento en los niveles de catecolaminas en sangre y orina, incremento en los niveles de azúcar en la sangre, aumento del ritmo cardíaco, elevación de la presión arterial, sequedad en la boca, sudoración intensa, dilatación de pupilar, nudo en la garganta, adormecimiento y hormigueo en los miembros.
Efectos en las organizaciones.	Absentismo, relaciones laborales pobres, mala productividad, altas tasas de accidentes, altas tasas de cambio de trabajo, mal clima en la organización, falta de satisfacción con el empleo.

Tabla 4. Efectos del estrés. En: Olguín y Sánchez (2003), p. 64.

Las listas que contienen información de esta clase de padecimientos son bastante amplias, pero es necesario enfatizar en la inclusión de distintas esferas, no sólo orgánicas e individuales sino también de tipo social, siendo ejemplo de ello el último apartado de la tabla 4.

Por otro lado, Gutiérrez y Almanza (2009), refieren que para explicar las afectaciones del estrés sobre los niveles cognitivo, emocional, fisiológico y conductual, se han propuesto algunas teorías interesantes, donde figuran:

- a) Teoría de costo cognitivo: mantiene la idea de que los eventos estresantes agotan los recursos cognitivos destinados a otras tareas.
- b) Activación y estrés: acoge el supuesto de que cuando se genera estrés, también hay elevados niveles de activación que limitan la atención en las tareas a desempeñar.
- c) Funcionamiento emocional: sostiene que el estrés produce frustración o agresión, por lo que hay incomodidad, irritación o cambios de humor y se reduce el interés y la realización de otras tareas.
- d) Desamparo y estrés: especifica que se presenta estrés cuando las exigencias ambientales sobrepasan los recursos del individuo.

Estas condiciones permiten justificar que se continúen investigaciones cuyo tema central sea el estrés, ya que la finalidad ahora es aplicar el conocimiento científico para ayudar a que las personas puedan reducir la angustia emocional, la disfunción, las enfermedades físicas y los males sociales generados por él. Por lo tanto, el estrés es un fenómeno ligado a la salud física, psicológica y social de la población de todas edades (Lazarus, 2000).

En este sentido, durante el 2011 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través de un comunicado del Servicio de Higiene Mental del Centro Médico Nacional La Raza, destacó que cinco de cada diez niños padecen estrés y alguna enfermedad ocasionada por él, como lo son la gastritis o la hipertensión (Notimex, 2011). Conociendo esta información se procede a enfocarse en los aspectos relacionados al estrés infantil.

2. ESTRÉS INFANTIL.

Los niños no son el futuro porque algún día vayan a ser mayores, sino porque la humanidad se va a aproximar cada vez más al niño, porque la infancia es la imagen del futuro.

Milan Kundera

Los conceptos y hallazgos descritos hasta el momento han sido desarrollados a partir de estudios con adultos, pero ello no significa que el estrés sea un padecimiento exclusivo a este sector de la población, ya que se ha reconocido que los niños también son vulnerables a él.

Mata (2008), enfatiza en que no porque generalmente se observe a los niños en ambientes con situaciones placenteras como el juego, o no suelen verbalizar los síntomas de malestar ante el estrés tal y como lo hacen los adultos, significa que ellos sean ajenos a dicha problemática. Es más, actualmente el estrés infantil es un padecimiento frecuente y el interés por su estudio aún se encuentra en auge después de dos décadas de trabajo.

Como un área en desarrollo, Fernández (2007) menciona que se continúa trabajando en el diseño de medidas, investigación epidemiológica, estudios sobre posibles mediadores y moderadores de la asociación entre estresores y psicopatología.

2.1. Aspectos básicos sobre el desarrollo en la infancia.

Resulta relevante comprender algunos de los aspectos elementales del desarrollo experimentado durante la niñez, importante ya que es una etapa en la que se adquiere un gran número de conocimientos y habilidades que trascienden para el resto de la vida.

El desarrollo infantil es definido como un producto continuo de cambios en los procesos biológicos, psicológicos y sociales, que permiten al niño adquirir la capacidad de resolver situaciones cada vez más complejas, en las que los logros y aprendizajes obtenidos son la base necesaria para proseguir a etapas superiores. Al

ser entendido de esta manera, Abeya, et. al. (2004) mencionan que el desarrollo infantil implica:

Una multidimensionalidad, así como la indivisibilidad de los procesos biológicos, psíquicos y sociales, los que se resumen en un todo que se constituye en el niño. Estos procesos están determinados por la información genética, así como por la acción del ambiente y la interacción entre ambos. La particularidad del desarrollo es lo que permite que el niño pueda adquirir en el proceso de humanización, habilidades culturalmente aceptadas para desempeñarse en forma adecuada en su contexto y adaptarse cuando éste cambia (p. 313).

Entonces, los principales factores que condicionan un desarrollo pleno del niño son: su estado de salud y nutrición, herencia genética, temperamento, organización psíquica, familia y el contexto social, económico, histórico y cultural. Dichos puntos son recopilados en el siguiente esquema que Abeya, et. al. (2004) retoman de un modelo presentado por la UNICEF y que es ampliado por la Organización Panamericana de la Salud:

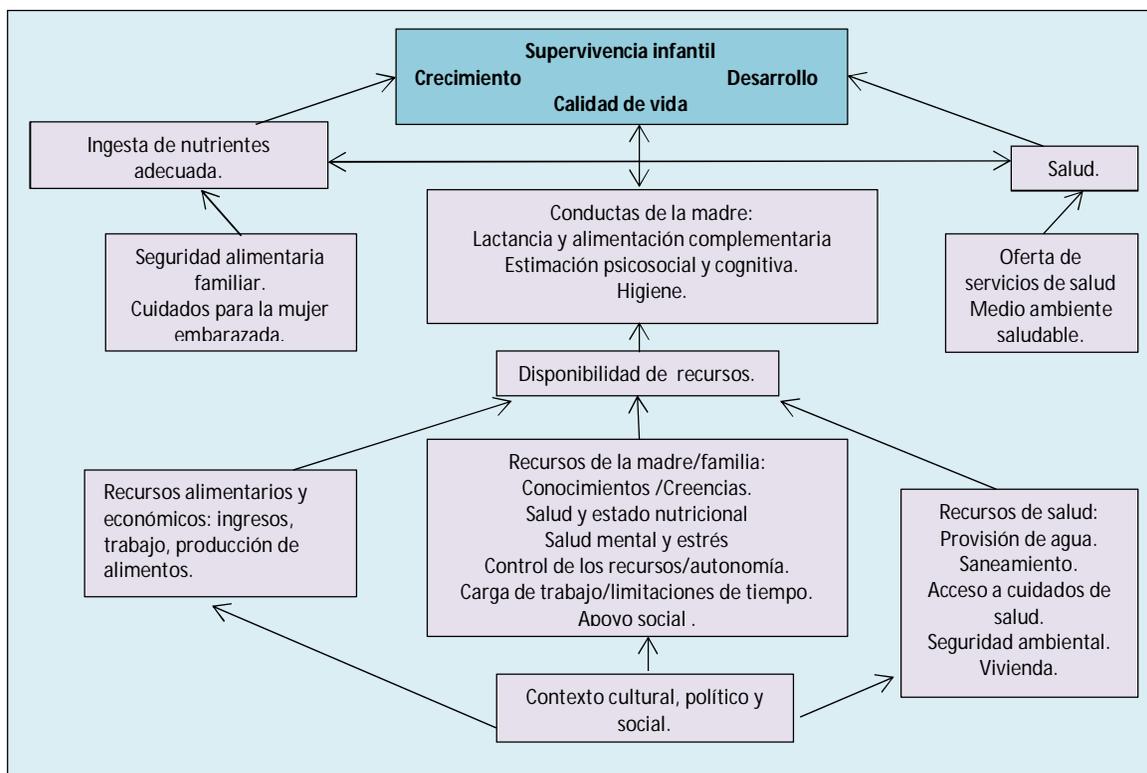


Figura 4. Modelo ampliado de UNICEF. En: Abeya, et.al. (2004), p. 312.

Conociendo esta serie de factores que inciden en el desarrollo óptimo de las capacidades de los niños, es momento de describir algunas de ellas y señalar ciertos periodos de tiempo en el que ocurren cambios importantes.

De acuerdo con la UNICEF (2012), la primera infancia es un periodo que va de los 0 a los 5 años de edad, etapa considerada como decisiva debido a que en estos años el cerebro y sus conexiones terminan de desarrollarse, lo cual impacta en la formación de capacidades y condiciones esenciales.

Esta es la época en que los niños aprenden una gama de comportamientos, normas, creencias y valores que los llevan a convertirse en seres sociales. Dicha adquisición se hace a través del uso del lenguaje, que en forma de conversaciones permanentes con sus padres y sus maestros, los ayudan a entender su entorno (Perinat, 2002).

Los adultos tienen un papel muy importante en el descubrimiento que los menores hacen de los hechos que pasan en su cotidianidad, especialmente cuando responden a las constantes interrogantes que inician con un “¿por qué?” o un “¿cómo?”.

Perinat (2002) opina que al obtener una respuesta, los niños aceptan más o menos las explicaciones que se les dan, utilizándolas para elaborar representaciones de su entorno que despiertan su curiosidad y el deseo de seguir indagando, aspecto que es la base de toda actividad cognoscitiva.

Piaget e Inhelder (1998) destacan que las capacidades cognoscitivas que se desarrollan en los niños en este intervalo de edades son representaciones mentales de procedimiento, es decir, herramientas de la mente para la aprehensión del mundo, como: existencia de regularidades, causalidad, el número, las clases y categorías, uso de signos, la ordenación temporal del discurso sobre sucesos. Son representaciones de procedimiento porque sirven para entender el mundo, pero el propio niño no sabe que las posee, ni podría describirlas, limitándose simplemente aplicarlas.

En lo relativo al desarrollo emocional dentro de los 0 a los 5 años, la familia tiene gran participación, ya que de acuerdo con Perinat (2002), ayuda a modelar los sentimientos. A partir del segundo año de vida los niños reconocen estados emocionales básicos y posteriormente aprenden a identificar que ciertas situaciones y la fuente que las genera, pueden provocar enfado o felicidad. Éste sólo es el inicio de algo que los llevará a percatarse que los acontecimientos y la emoción que desencadena, guardan relación con los deseos y metas que las personas toman en cuenta para actuar.

Así, mientras la familia se encarga de iniciar el desarrollo de aspectos clave en la socialización de los niños, una vez iniciados los años escolares, las instituciones educativas asisten en este proceso otorgando además prioritaria importancia a la adquisición de la lectura, escritura y matemáticas.

La primera infancia termina aproximadamente entre los cinco años y medio y seis, edad después de la cual inicia la llamada segunda infancia, que finaliza cerca de los doce años. Somáticamente coincide con la segunda dentición y un crecimiento corporal que corresponde especialmente al cuello y a las extremidades (Busemann, 1998).

Dentro del mencionado periodo, el niño experimenta sus primeras amistades duraderas, el gran peso que tiene la vida escolar e inicia la conquista de su autonomía. La personalidad de los niños se afianza y su autoestima depende en muchas ocasiones de lo que ocurre dentro de su grupo de amigos (Perinat, 2002).

Busemann (1998) comenta que los niños de la segunda infancia empiezan a tener conciencia que además de la escuela y de la familia, es importante contar con tiempos y espacios propios. Es ahí donde la comunicación entre padres e hijos es un elemento necesario dentro del proceso de desarrollo en todas sus dimensiones: cognitiva, emocional y de ajuste social. Dicho vínculo debe prolongarse no solo durante la infancia, sino durante y después de la adolescencia con las respectivas modificaciones que implica el aumento de la edad.

En el campo cognitivo, la escuela tiene un protagonismo especial y generalmente se convierte en el centro de sus actividades. Específicamente se logra la facultad de pensar lógicamente, instrumento esencial para la adaptación psíquica al mundo exterior, tras pasar por etapas de inteligencia sensomotora y de operaciones con materiales concretos (Piaget e Inhelder, 1998).

Teniendo conocimiento de los factores hasta el momento presentados, es evidente que la infancia es un periodo de la vida de suma importancia por todas las ganancias que se obtienen, en cuanto a habilidades y actitudes que inician o terminan de conformarse, y que en su totalidad están presentes en diferentes ámbitos de la vida del individuo.

Finalmente es conveniente considerar que los niños en México representa un porcentaje considerable de la población total del país, ya que hasta el año 2009 habían 11.6 millones de niños entre 0 y 5 años de edad, de los cuales 5.9 millones correspondía a niños y 5.7 a niñas. En el mismo año, había 13 millones de niñas y niños entre los 6 y los 11 años de edad, de los cuales 6.6 millones eran niños y 6.4 millones niñas (UNICEF, 2012). De este último grupo de edad, correspondiente a la segunda infancia, es sobre el cual se enfoca este trabajo de investigación.

2.2. Fuentes generadoras de estrés en los niños.

Al hablar de estrés infantil es necesario conocer el tipo, la naturaleza y el contexto en el que se originan los estresores que aquejan a los niños, ya que estos difieren a los de los adultos (Fernández, 2007).

Como menciona Del Barrio (1997; citado en: Oros y Vogel, 2005), uno de los rasgos propios a los estresores infantiles es su carácter evolutivo, lo cual hace más frecuente la aparición de ciertos acontecimientos en función de la edad de los menores. De esta manera, la citada autora integra la opinión de distintos investigadores para ordenarlos de acuerdo a períodos evolutivos, teniendo como resultado la siguiente tabla:

Periodo evolutivo.	Estresores relacionados con:
De 0 a 6 años de edad.	Separación Pérdida Apego Abuso Abandono
De 6 a 12 años de edad.	Compañeros. Escuela. Socialización. Hermanos. Identidad.
De 13 a 18 años de edad	Cambio. Transformación. Interacción con el otro sexo. Disfunción familiar. Competencia.

Tabla 5. Clasificación de estresores según el período evolutivo. En Oros y Vogel (2005), pág. 88.

Así, un niño pequeño resentirá con mayor grado los temas asociados a la familia, un niño de edad escolar dará mayor peso a situaciones propias de su contexto académico y la convivencia con sus pares, hasta que finalmente el adolescente se concentre más en los cambios corporales y de interacción con amigos y personas del sexo opuesto (Oros y Vogel, 2005).

Ya que los estresores que aquejan a los niños pueden encontrarse en los diferentes ámbitos de su vida, tales como la familia, la escuela y sus relaciones interpersonales, Dávila y Guarino (2001) profundizan en ello a través de los aspectos considerados a continuación:

- a) La familia. Oliva, Montero y Gutiérrez (2006) consideran que en los tres primeros años de vida el sistema familiar tiene un papel crítico en el desarrollo emocional y conductual del menor. Sin embargo no es un periodo exclusivo, ya que el niño puede experimentar diferentes situaciones adversas en años posteriores que de igual manera tienen efectos negativos, tales como: vivir en condiciones económicas precarias, la soledad o falta de supervisión de los

padres, sentir preocupación por la falta de salud o muerte de algún familiar, percibir una relación tensa entre los progenitores o enfrentar su divorcio.

- b) La escuela. De acuerdo con Martínez y Díaz (2007) este es un contexto bastante estresante debido a la constante competitividad que existe dentro y que generalmente se relaciona con las calificaciones, la aceptación del grupo, la realización de exámenes o el miedo a fracasar y decepcionar a los padres. A los puntos anteriores se deben agregar el no poder comprender algún contenido, llevar una mala relación con el profesor, tener una excesiva cantidad de tareas e incluso llegar tarde a la escuela (Fernández, 2007).
- c) Relaciones interpersonales. En ocasiones la convivencia con otros niños de la misma edad o mayores, acarrea rechazo, genera peleas, ser blanco de burlas o ridiculizaciones; aparte de situaciones de competencia o envidia (Trianes, et. al. 2009).
- d) La salud. Como refieren Fernández y López (2006), cuando un niño padece alguna enfermedad que amerita hospitalización o procedimientos médicos complejos, los principales estresores se ven relacionados con la propia enfermedad, una prolongada hospitalización o continuas readmisiones, además del dolor o el riesgo de muerte.

Loredo, Mejía, Jiménez y Matus (2009), logran distinguir que los estresores infantiles no solo se limitan a situaciones concretas de la realidad, ya que también las situaciones imaginarias o no vividas, como las aventuras, los sueños o pesadillas generan en los menores síntomas de estrés.

Sin importar el contexto del que surjan los estresores, Fernández (2007) menciona que pueden ser clasificados en dos tipos: sucesos vitales y eventos cotidianos. En el primer grupo se deben contemplar situaciones poco frecuentes, como: la muerte de algún familiar, el padecimiento de una enfermedad crónica, sufrir de violencia o abuso.

Mientras que en el segundo conjunto, se englobarán aquellos acontecimientos que ocurren en contextos donde diariamente los niños tienen interacciones sociales de gran relevancia, tales como la familia y la escuela. Por lo tanto, el tener dificultades

para hacer amigos o experimentar sentimientos de nerviosismo al llegar a un lugar donde no se conoce a nadie, son algunos ejemplos (Vega, et. al., 2007).

2.2.1. Eventos vitales.

Buendía y Mira (1993) refieren que gran parte de la investigación realizada sobre el estrés, se ha centrado en estímulos o situaciones de este tipo. Los eventos vitales incluyen sucesos excepcionales, impredecibles e incontrolables que conllevan cambios muy relevantes en la vida de la persona (Trianes, et. al., 2012).

Estos eventos son de naturaleza positiva, negativa o neutra, entre los que se enlistan: la obtención de un logro personal sobresaliente, la muerte de alguno de los padres, el inicio de un nuevo grado escolar, la separación o el divorcio de los padres, la pérdida de un amigo, cambiar de domicilio, entre otros (Reyes y Acuña, 2008).

De esta manera Sandín (2003), expresa que a pesar de que generalmente se cree que los sucesos vitales son extraordinarios y extremadamente traumáticos, como la vivencia de un desastre natural, maltrato, situaciones bélicas, etc., en ocasiones se puede incluir a eventos que parecieran más o menos normativos.

Entre las situaciones no normativas se encuentran el sufrir de abuso físico, sexual, maltrato emocional o negligencia, que Toledo, Barreto y Ferrero (2002) y Jiménez (1997), describen de la siguiente forma:

- a) Abuso físico a menores: Término bajo el que se entiende el daño físico a un niño menor de 18 años por parte de la persona responsable de su cuidado. Los daños típicos están frecuentemente asociados con golpes, quemaduras o fracturas en diferentes regiones del cuerpo.
- b) Maltrato emocional: Conductas que aparecen en forma de insultos, desprecios, rechazos, confinamientos y amenazas que impiden la normal interacción del niño dentro del seno familiar. Estas manifestaciones son persistentes y dañan el desarrollo psicológico del niño.

- c) Abuso sexual a menores: Sanderson (1995) lo define como la implicación de niños y adolescentes en actividades sexuales, con un adulto o cualquier otra persona de mayor edad, en las cuales son usados como un objeto sexual para la gratificación de necesidades o deseos a las que los niños son incapaces de dar consentimiento, como consecuencia de un relación de poder desigual.
- d) Negligencia: Considerada como actos de omisión, refiere a problemas de los tutores o cuidadores para cumplir sus obligaciones con los niños, ésta puede ser de tres tipos: física, educativa o emocional. Provoca retraso en el desarrollo, especialmente en el área del lenguaje, dificultades para formar vínculos con otras personas y trastorno de conducta con pobre control de los impulsos.

También los problemas de salud (especialmente crónicos) se clasifican en esta categoría. Al respecto, existen investigaciones que retoman aspectos relacionados a la vivencia de estrés durante los procesos de enfermedad de los infantes, así como los efectos que en ellos tienen los procedimientos médicos a los que se someten para recobrar su salud.

Uno de estos casos, es la reacción de estrés ante venopunciones constantes. Al soportar una enfermedad crónica, en ocasiones es necesario realizar este procedimiento, que refiere a la extracción de muestras de sangre de una vena por la inserción de una aguja.

Sauceda, Valenzuela, Valenzuela y Maldonado (2006) se dieron a la tarea de explicar algunas de las variables que ocasionan que los niños que deben realizarse venopunciones, tuvieran reacciones de miedo tan marcadas e hicieran reportes de sentir dolores excesivos, que finalmente influía para que el personal médico presentara dificultades para realizar dicha técnica.

Los investigadores encontraron que estas reacciones que obstaculizan la venopunción, se debe a que los niños experimentaban un gran *estrés anticipatorio*, surgido de pensamientos y recuerdos sobre procedimientos anteriores, así como de la estimación previa de que sentirían un gran dolor físico. Estos dos aspectos

permeaban en lo que los niños reportaban al final de cada venopunción y permitieron establecer una relación: a mayor estrés anticipatorio y estimación de dolor que se padecería, mayor era el estrés que realmente se vivía.

Una característica relevante de los eventos vitales, es que son experiencias que obligan al individuo a realizar un nivel de cambio en su conducta, es decir un reajuste sustancial. Siendo ésta su principal propiedad, su potencial estresante estará en función de la cantidad de cambio que conlleve (Sandín, 2003).

Lo arriba descrito ocurre independientemente de la naturaleza del estresor o de su carácter negativo o positivo, cuando un niño experimenta un evento de este tipo, debe reajustarse a él, lo cual obviamente necesita de tiempo y esfuerzo de su parte (Reyes y Acuña, 2008).

2.2.2. Estresores cotidianos.

Que engloban a las fallas y contrariedades producto de las demandas inherentes a la interacción cotidiana con el medio ambiente. Algunas características agregadas de los estresores cotidianos, es que son sucesos que se presentan muy frecuentemente dentro de la rutina diaria, por lo que llegan a ser bastante predecibles en algunas ocasiones y a pesar de ser poco intensos, adquieren la capacidad de generar grandes niveles de frustración (Trianes, et. al., 2009).

En la población infantil de edad escolar, los estresores cotidianos pueden agruparse en tres ámbitos:

- a) Salud. Situaciones de enfermedad, procedimientos médicos rutinarios y preocupación por la imagen corporal.
- b) Escuela. Problemas de interacción con el profesorado, dificultades en la realización de las tareas académicas o exámenes, bajas calificaciones, cometer errores ante los compañeros y el exceso de actividades extraescolares. También se incluyen los conflictos producto de las relaciones con los iguales, falta de aceptación por parte de ellos, peleas o situaciones ridiculizantes.

- c) Familia. Dificultades económicas, falta de supervisión de los padres, peleas entre hermanos, etcétera.

Como se puede observar una de las fuentes con grandes implicaciones de estrés, es la escuela, y entorno a ella giran numerosos estudios que se han encargado de definir los aspectos que ocasionan malestar para los niños. Ejemplo de ello, es el trabajo realizado por Mata (2008), quien se enfocó en la educación otorgada a niños preescolares.

En dicho escrito, la autora llega a la conclusión de que los pequeños pueden sentir estrés ante situaciones tan simples como escuchar las instrucciones para realizar una determinada actividad, en la que al tener que hacer uso de sus diferentes capacidades intelectuales y de socialización, es muy probable que se genere nerviosismo al no sentir confianza de poseer los recursos para manejar dicha situación.

La descripción de este proceso, igualmente es contemplado por el Programa de Educación Preescolar (PEP, 2004; citado en: Mata, 2008) de la siguiente manera:

Las situaciones que imponen retos y demandan que los niños colaboren entre sí, conversen, busquen y prueben distintos procedimientos, adicional a la toma de decisiones, en las cuales se ponen en juego la reflexión, el diálogo y la argumentación... puede llevar al niño a experimentar periodos cortos de estrés, porque se está poniendo en juego sus capacidades intelectuales y emocionales, al resolver el problema que se le presente...que quizás en un inicio le generó un poco de estrés, sirviéndole como impulsor para buscar la solución adecuada (p. 12).

De las observaciones hechas por el PEP se distingue que periodos cortos de estrés pueden ser favorables para movilizar los recursos del niño en la búsqueda de soluciones. Sin embargo, la motivación solo es uno de los tres estados psicológicos que se generan con la vivencia de estrés, recordando que también podría aparecer la ansiedad o la hostilidad.

Por otra parte, este tipo de investigaciones han mostrado que la presencia de estrés cotidiano en niños puede tener importantes consecuencias emocionales a largo plazo, y puede impactar más negativamente que el estrés debido a sufrir acontecimientos vitales (Trianes, et. al. 2009). Esto hace necesario tener presentes los signos que un niño en estrés puede experimentar, para actuar lo antes posible evitando así un problema mayor.

2.3. Signos del estrés infantil.

Loredo, Mejía, Jiménez y Matus (2009), establecen que los síntomas experimentados por los niños, suelen clasificarse en físicos y los psicológicos, siendo estos últimos los relacionados a problemas emocionales y/o de conducta variables que son contenidos por la tabla 6.

<p>Síntomas físicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Dolor de cabeza. *Molestia estomacal o dolor estomacal vago (inespecífico). *Problemas para dormir. Pesadillas. *Mojar la cama, por primera vez o recurrentemente. *Disminución del apetito, cambios en los hábitos alimentarios.
<p>Síntomas emocionales o problemas de conducta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Ansiedad, preocupaciones e incapacidad de relajarse. *Miedos nuevos o recurrentes (miedo a la oscuridad, a estar solo o a los extraños). *Aferrarse o ser incapaz de perder de vista al padre, madre, o algún familiar cercano. *Rabia, llanto o gimoteos sin razón aparente. *Incapacidad para controlar sus emociones. *Comportamiento agresivo y/o terco. *Regresión a comportamientos típicos de etapas anteriores del desarrollo: chuparse el dedo, mojar la cama, etcétera. *Aislamiento. Problemas con los amigos y compañeros de clase. *Pérdida de motivación o de capacidad para concentrarse en tareas.

Tabla 6. Tipos de síntomas infantiles ante la presencia de estrés.

A partir de dicha información De la Fuente (1997; citado en: Mata, 2008), señala que las manifestaciones más notorias son: tensión, irritabilidad y agresividad que fomenta conflictos interpersonales en cualquier contexto en el que se encuentra inmerso el

niño. Otro factor importante es la ansiedad que se experimenta y que puede amenazar su equilibrio emocional.

Loredo, Mejía, Jiménez y Matus (2009), refieren la existencia de modificaciones en determinados patrones de conducta que permiten ajustarse a las demandas del ambiente y que son descritas a continuación:

- a) Respuesta dependiente: menores con falta de autoconfianza, que no aceptan críticas, son poco asertivos y su participación en actividades sociales igualmente es muy baja.
- b) Respuesta reprimida: de niños muy sensibles a los que fácilmente se les molesta o hieren sus sentimientos, son temerosos ante nuevas situaciones, se preocupan innecesariamente y la confianza en sí mismos es muy poca.
- c) Respuesta pasivo-agresiva: frecuentemente son niños de bajo rendimiento académico, tienden a postergar sus deberes, son poco cooperativos, despistados.
- d) Respuesta impulsiva: propia de infantes exigentes, desafiantes y de temperamento explosivo que con frecuencia causan incomodidad y molestia en sus interacciones con otros niños.

Estas conductas representan una escala de respuesta ante el estrés que van de los comportamientos en extremo pasivos (introvertidos), hasta los activos o extrovertidos, pero mientras más extremistas sean las posturas que los niños adopten ante los acontecimientos amenazantes, mayor será el grado de desadaptación a su entorno.

Esta inadaptación producto de estresores ya sea vitales o cotidianos, ha sido relacionada al agravamiento de enfermedades físicas o mentales en los infantes, tras periodos de acumulación relativamente cortos, aproximadamente seis meses (Reyes y Acuña 2008).

A pesar de que los síntomas son muchos y aparentemente fáciles de identificar, comúnmente los niños no se percatan de estar estresados, así que los adultos que

los rodean (padres y maestros), muchas veces son los que notan cambios en la conducta del menor.

2.4. Problemas relacionados al estrés infantil.

Tanto los eventos vitales como los estresores cotidianos, han sido vinculados a la aparición de importantes trastornos emocionales y problemas de conducta a edades tempranas, que pueden mantenerse hasta la adultez. Fernández (2007), lo demuestra al presentar el análisis de situaciones en las que resulta fácil apreciar la relación entre estrés y la alta probabilidad de presentar otro tipo de padecimientos socioemocionales, siendo algunas de ellas:

- a) El que uno de los padres sufra una enfermedad crónica, comúnmente acarrea que los niños experimenten depresión, ansiedad, problemas de conducta y bajo rendimiento escolar.
- b) Cuando se padece de agresiones constantes por parte de los compañeros de la escuela (bullying), no es nada extraño encontrar que las víctimas reporten sentir depresión, soledad, baja autoestima y ansiedad social, aparte de un rendimiento académico bajo.
- c) Los niños que tienen pobres relaciones interpersonales generalmente padecen síntomas interiorizados como depresión o ansiedad, y exteriorizados como conductas disruptivas.

A parte de los problemas mencionados, los niños con estrés son propensos a experimentar nerviosismo, cansancio, irritabilidad, hostilidad y temor ante situaciones que se creen incontrolables y que comprometen su salud física (Granell, 1990; citado en: Dávila y Guarino, 2001).

Por lo tanto, cuando un niño considera que no puede hacerle frente a las diferentes situaciones que lo aquejan, adaptándose a ellas, pueden aparecer problemas psicopatológicos. El CIE-10 (1992), manifiesta que dentro de las patologías ligadas al estrés se encuentran la reacción a estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático o el trastorno de adaptación, que son presentados dentro de la tabla 7.

En ella se contemplan tres aspectos básicos: su descripción clínica, las posibles causas a las que se asocian y finalmente los síntomas que se manifiestan.

	Descripción.	Causas.	Síntomas.
Reacción a estrés agudo.	Trastorno transitorio de gravedad importante que aparece como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional. Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días.	Una experiencia traumática que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo.	Un período inicial de “embotamiento” con alguna reducción del campo de conciencia estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado se puede pasar a un grado mayor de alejamiento o una agitación e hiperactividad. Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.
Trastorno de estrés post-traumático.	Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que por sí mismos generan malestar en casi todo el mundo	Por ejemplo: catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte de alguien, ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen.	Episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños con una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas.
Trastorno de adaptación.	Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante	El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona, como en duelos o separaciones, así como al sistema más amplio de los soportes y valores sociales, ejemplo: emigración o condición de refugiado. El agente estresante puede afectar solo al individuo o al grupo al que pertenece.	Las manifestaciones son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de ellos), sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria.

Tabla 7. Descripción, causas y síntomas de algunos trastornos relacionados al estrés.

Adicionalmente para la última clasificación, se especifica que en el caso de niños es común encontrar fenómenos regresivos como la enuresis nocturna o la utilización de un lenguaje infantil.

García y Jiménez (1997), recalcan que tanto el CIE-10 como el DSM-IV no especifican que estas descripciones hayan sido pensadas exclusivamente para la infancia, sino que más bien son genéricas y con algunas modificaciones son también empleadas para dicha población.

Sin embargo, también existen casos de niños que expuestos a situaciones muy adversas, presentan signos muy leves o no desarrollan padecimientos tan complejos como los antes mencionados. Toledo, Barreto y Ferrero (2000), indican que esto puede explicarse a través del concepto de afrontamiento, que denota las diferencias individuales que existen entre los niveles de estrés que son experimentados por los menores.

Dichos autores hacen hincapié en que la evaluación cognitiva de las situaciones amenazantes, está forzosamente mediada por la maduración cognitiva del sujeto que determina la complejidad de la misma. Por lo tanto, el menor número de experiencias acumuladas, hacen que los más pequeños afronten situaciones ante las que poseen un número reducido de conocimientos de cómo resolverlos.

Bajo estas condiciones Loredo, Mejía, Jiménez y Matus (2009) indican que cuanto más pequeño es el niño, mayor impacto tendrán en él los eventos nuevos y más poderoso y posiblemente negativo pueda convertirse el estrés.

En síntesis, el afrontamiento del estrés en la población infantil depende de diferentes variables tales como:

- a) La novedad, inminencia, duración, ambigüedad y cronología de los acontecimientos estresantes en relación a la edad del niño.
- b) La reversibilidad o irreversibilidad de las consecuencias del estresor, así como su origen y ámbito en el cual impacta (familiar, escuela, amigos, etcétera):

- c) Características del niño como su edad, género, temperamento y la percepción que tenga del apoyo social recibido, entre otros.

Por lo hasta ahora expuesto es notorio que cada etapa del desarrollo tiene eventos particularmente estresantes y el paso exitoso hacia el nivel siguiente, dependerá claramente de los éxitos y fracasos obtenidos en cada uno, dentro de los cuales, padres y maestros tienen un papel relevante como guías (Toledo, Barreto y Ferrero, 2000).

Además los padres y en general, los adultos que rodean a los menores, se vuelven en los responsables de procurar que su desarrollo ocurra dentro de un ambiente de bienestar, pero al no poder controlar todas las variables que afectan el contexto de en el que crecen, ellos deben ser los primeros interesados en conocer la forma de detectar y tratar los casos de estrés infantil.

3. ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ESTRÉS INFANTIL.

Los hombres esperan todo de los dioses, ellos no saben que son ellos mismos los autores y los dueños de su vida y su destino.

(Demócrito, Siglo V a.C.).

Al tomar como referencia el modelo transaccional propuesto por Lazarus y Folkman, es necesario revisar el marco teórico del cual se desprende, es decir de la Terapia Cognitivo – Conductual (TCC). Este proceso es imprescindible para la posterior presentación de las estrategias de detección y tratamiento utilizadas para hacer frente a los casos de estrés infantil.

3.1. La Terapia Cognitivo-Conductual. Fundamentos teóricos.

Kendall y Norton (1988), comentan que las terapias cognoscitivas y las terapias conductuales quedaron integradas hace décadas a través de intervenciones cognitivo-conductuales, que reconocen la existencia de una relación de reciprocidad entre los procesos cognitivos, la afectividad y conducta de las personas (Llorente e Iraurgi, 2008).

De acuerdo con Llorente e Iraurgi (2008), en los orígenes de la TCC pueden encontrarse teorías como la del condicionamiento clásico y operante, y la del aprendizaje social, esta última con aportaciones como la influencia del modelado y el papel de las expectativas cognitivas. Ello, sin dejar de lado a la teoría y terapia cognitiva, centrada en la importancia de los pensamientos, los esquemas cognitivos, las creencias y las actitudes.

Minici, Rivadeneira y Dahab (2001), coinciden en que la TCC posee cuatro pilares teóricos básicos, de los cuales agregan lo siguiente:

- a) Aprendizaje clásico. A partir de las investigaciones del fisiólogo Ivan Pavlov, se descubre accidentalmente un proceso básico de aprendizaje llamado condicionamiento clásico, en el que los organismos aprenden relaciones

predictivas entre estímulos del ambiente. Posteriormente Watson aplica los principios del condicionamiento clásico para tratar la fobia de un niño, fundando las bases del conductismo, del cual se conserva el énfasis en el comportamiento como tema de estudio de la psicología y el uso del método científico para aproximársele.

- b) Aprendizaje operante. Skinner plantea el condicionamiento instrumental u operante, proceso por el que se adquieren, mantienen o extinguen determinadas conductas, en función de las consecuencias que les siguen. De ella se retoma la posibilidad de plantear hipótesis.
- c) Aprendizaje social. Los trabajos encabezados por Albert Bandura hacia la década de 1960 en la llamada Teoría del Aprendizaje Social, enfatizan el papel que tiene la imitación en el aprendizaje. Se afirma que el aprendizaje no sólo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino también por la observación de otras personas o la recepción de información proveniente de símbolos verbales o visuales.
- d) Aprendizaje cognitivo. Aaron Beck con su Terapia Cognitiva y Albert Ellis con la Terapia Racional Emotiva, señalan las influencias que el pensamiento tiene sobre las emociones, mismo que interviene en la forma de interpretar el mundo, a través de un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que en general no son plenamente conocidas por las personas.

Phares y Trull (1999) explican que la mezcla de estas teorías es entendible si se piensa que nació como una necesidad impulsada por las limitaciones tanto del psicoanálisis como del conductismo radical. Además, esta unión fue facilitada porque junto a las variables cognoscitivas, se conservó el rigor científico y experimental tanpreciado para los conductistas.

Al contar con estos fundamentos, la TCC sostiene la existencia de cinco elementos subyacentes en las dificultades psicológicas humanas: la fisiología, la conducta, el contexto interpersonal y ambiental, las emociones y la cognición del individuo. Friedberg y Mc Clure (2005) comentan que a pesar de que estos factores son

distinguibles entre sí, al interactuar entre ellos dan lugar a un sistema dinámico y complejo.

Acorde a ello, Kazdin (1989) diserta que la TCC se aproxima a este sistema usando técnicas que integran dos intereses relacionados, primero el modificar las cogniciones bajo la forma de pautas de pensamiento y simultáneamente realizar el cambio conductual necesario.

3.1.1. Intervenciones cognitivo-conductuales.

Ya que la TCC dirige su atención al papel del pensamiento en la etiología y conservación de los problemas que aquejan a las personas, Mahoney (1977; citado en: Kendall y Norton, 1988), plantea que los procedimientos de intervención se basan en cuatro principios:

1. El organismo humano responde a las representaciones cognoscitivas del medio, no al medio propiamente dicho.
2. Las representaciones cognoscitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje.
3. La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente
4. Los pensamientos, los sentimientos y las conductas son causalmente interactivos.

Algunas de las técnicas utilizadas durante las intervenciones de este corte son el modelamiento, la inoculación contra el estrés, la solución de problemas, el entrenamiento en autoinstrucción y las terapias cognitivas de Aaron Beck y Albert Ellis.

Sobre las terapias cognitivas Kendall y Norton (1988), adecuadamente mencionan que en la práctica estos métodos son realmente cognitivo-conductuales, ya que a pesar de hacer énfasis en los procesos cognoscitivos del cliente, el terapeuta también hace uso de recursos conductuales, como: la asignación de tareas en casa, el ensayo, la autovigilancia o la práctica reforzada.

A partir de los trabajos de Phares y Trull (1999), Kazdin (1989) y Kendall y Norton (1988), se presenta la tabla 8, que condensa técnicas empleadas comúnmente por la TCC y que son referidas junto a casos en los que pueden ser puestas en marcha.

Técnica.	Descripción.	Usos.
Modelamiento.	Se expone al paciente a la observación directa de otra que sirve como modelo y muestra la forma en la que se ejecuta la conducta deseada. En el modelamiento encubierto los pacientes deben imaginar un modelo que realiza las conductas a adquirir.	Se ha defendido su uso en particular con niños como medio para alterar patrones de conducta.
Solución de problemas.	Se le da al cliente una serie de orientaciones generales que le ayudan a reconocer las situaciones problemáticas y sus reacciones ante ellas. Después se descompone la definición abstracta del problema en unidades específicas que sean más fáciles de entender. A continuación el cliente debe plantear posibles soluciones, pensando en ventajas y desventajas. Finalmente el cliente debe llevar a la práctica la alternativa elegida y verificar si lo era o no. Si no lo fuera se regresa a encontrar una que si lo sea.	Enseñar a la persona diferentes formas de reaccionar ante los problemas.
Inoculación del estrés.	Tiene tres fases, la educativa, la de ensayo y de aplicación. En la primera, el terapeuta presenta al sujeto un marco conceptual para que entienda la naturaleza de la tensión. De ahí se le enseñan aptitudes conductuales y cognitivas para hacer frente a la tensión, que serán practicadas posteriormente en la fase de ensayo. Por último el terapeuta invita al cliente a aplicar lo aprendido ante situaciones de tensión.	Controlar la ansiedad, tensión e ira.
Entrenamiento en autoinstrucción.	En esta técnica se enseña a la persona a hacerse a sí misma ciertas verbalizaciones que ayuden a modificar su conducta. En el entrenamiento primero se verbalizan las autoinstrucciones en voz alta y más tarde	Utilizado con éxito en la reducción de ansiedad, aumento de la creatividad, control de la impulsividad y en

	de forma interiorizada. Después de un tiempo, el cliente puede emplear las autoverbalizaciones para controlar su conducta incluso en situaciones distintas a en las que se aprendió a hacerlo.	paciente psiquiátricos para mejorar el habla racional.
Terapia racional emotiva.	En base al trabajo de Ellis se acepta que gran parte de la conducta desadaptativa, está determinada por patrones de pensamiento irracional. Se imagina a la conducta en términos de una cadena de acontecimientos: A-B-C-D-E. A es un acontecimiento externo; B una serie de pensamientos surgidos como respuesta de A; C son las conductas y emociones resultantes de B; D son los intentos del terapeuta para cambiar lo que ocurre en B; E son emociones y conductas nuevas surgidas de D. Por ello, la terapia se centra en las autoverbalizaciones implícitas en el cliente (B) que pueden explicar sus reacciones al ambiente (A).	Algunos estudios sugieren que puede aliviar la ansiedad derivada de múltiples situaciones. Ligada al entrenamiento en autoinstrucción.
Terapia cognoscitiva de Beck.	Se busca modificar patrones disfuncionales de pensamiento. En primer lugar el paciente debe aprender a reconocer sus cogniciones erróneas de la realidad o “pensamientos automáticos”. Posteriormente se entrena al cliente a analizar objetivamente sus cogniciones con el objetivo de que se dé cuenta que hay otras interpretaciones posibles y lógicas, que sirvan para corregir las distorsiones y deficiencias cognitivas	Comúnmente utilizada en el tratamiento de la depresión.

Tabla 8. Técnicas empleadas frecuentemente por la TCC.

Todas estas técnicas tienen en común la enorme cantidad de apoyo empírico, que las hace encontrarse dentro del grupo de las intervenciones psicológicas más eficaces (Phares y Trull, 1999).

3.2. Evaluación y diagnóstico del estrés en niños.

Se considera que la intervención cognitivo-conductual posee tres fases. En la primera, se realiza una evaluación cuidadosa del caso donde se formulan hipótesis y se establecen los objetivos del tratamiento. A partir de las hipótesis, se inicia la intervención que se vale de técnicas terapéuticas que buscan alcanzar los objetivos planteados. Finalmente durante la tercera fase y en base al programa terapéutico, se evalúa y se realizan los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios conseguidos (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2001).

Todas las fases son igualmente importantes y se iniciará con la exposición de los métodos detrás de la evaluación y conceptualización del caso. La importancia de recoger información, es que los patrones de conducta de un niño son respuestas aprendidas y determinadas por factores ambientales, intrapersonales, interpersonales y biológicos, que se manifiestan dentro de un contexto cultural concreto y en el marco de un determinado nivel de desarrollo (Friedberg y Mc Clure, 2005).

Además, la fase de evaluación es de gran relevancia debido a que como Oliva, Montero y Gutiérrez (2006) comentan, hace posible la identificación oportuna de problemas conductuales y emocionales, con lo que se puede reducir significativamente su frecuencia e intensidad.

De esta manera, Trianes, et. al. (2009) indican que la evaluación del estrés infantil:

Se centra en la detección de los estímulos estresores o de las respuestas psicofisiológicas, emocionales, cognitivas o conductuales que se emiten en la infancia al sufrir la acción de los estresores, siendo la captación de la percepción subjetiva de sufrir un estresor una tendencia más amplia que la de analizar la respuesta al mismo. (p. 598)

Partiendo de la propuesta anterior, los instrumentos más utilizados son los autoinformes y las entrevistas. Echeburúa, Amor y De Corral (2003) señalan que estos dos procedimientos son preferibles ante otras, debido sus grandes beneficios,

entre los que se encuentran la practicidad y los bajos costos, así como su capacidad para acceder rápidamente a información fiable que puede correlacionarse satisfactoriamente con otros tipos de medidas.

Respecto a la entrevista psicológica, Aragón, Olivares, Rodríguez y Romero (2002) estipulan que es una forma de interacción entre dos personas, ya sea estructurada o semiestructurada, en la que con anterioridad se establece explícitamente un propósito con el fin de obtener información necesaria para el diagnóstico, selección, identificación o evaluación de un problema.

Los mismos autores explican que el principal objetivo de una entrevista psicológica de evaluación, es identificar las principales áreas problema que agobian al cliente, y secundariamente, determinar las conductas y situaciones relacionadas con las conductas problemáticas. Otro propósito que no muchos destacan, es establecer el rapport entre el entrevistador y el entrevistado.

Concretamente la entrevista para niños se realiza en dos partes, en la primera se tiene un encuentro con los padres o personas encargadas del niño y en la segunda se tiene propiamente la entrevista con el menor. Con este proceder, se puede establecer una comparación entre las respuestas de ambos, averiguando si el niño es consciente de sus problemas o la opinión que tiene de los mismos (Aragón, Olivares, Rodríguez y Romero, 2002).

La entrevista debe explorar diferentes aspectos, tales como las costumbres, el desarrollo psicológico, los hábitos infantiles y las relaciones interpersonales, por lo que en general se sigue un esquema similar al contenido por la figura 5. Cabe mencionar que ese no es el único, ya que existen muchos formatos de entrevista, y a final de cuentas todos tratan de recapitular información sobre el desarrollo, conducta e interacciones en distintos contextos, por lo que otro ejemplo es el presentado dentro del Anexo 1.

1. Delimitación de la conducta problema.
 - 1.1. Motivo de consulta
 - 1.2. Evaluación sistemática de los diferentes trastornos.
Definiciones diagnósticas
 - 1.3. Frecuencia.
 - 1.4. Duración.
 - 1.5. Intensidad.
 - 1.6. Precipitantes y circunstancias en las que ocurre.
 - 1.7. Consecuencias.
 - 1.8. Actitudes ante el problema. Historia de los problemas presentes.
 - 1.9. Factores causales.
 - 1.10. Curso
 - 1.11. Tratamientos anteriores.
2. Apariencia general.
3. Conducta motriz.
4. Habla/Lenguaje.
5. Comunicación.
6. Orientación.
7. Memoria, atención, concentración.
8. Funcionamiento intelectual.
9. Pensamiento y percepción.
10. Afecto/emoción.
11. Actitud durante la entrevista.
Historia personal.
12. Desarrollo biológico.
13. Desarrollo psicológico.
14. Desarrollo socio-emocional.
15. Desarrollo sexual.
16. Desarrollo intelectual.
17. Escolaridad y rendimiento académico.
18. Acontecimientos vitales estresantes.
19. Historia familiar.
20. Historia de psicopatología familiar.
21. Amistades
22. Intereses.
23. Áreas de habilidades y talentos.
24. Funcionamiento actual.

Figura 5. Ejemplo de un esquema de entrevista psicológica para niños.

En relación a las preguntas que les son planteadas a los niños, éstas deben formularse con palabras y conceptos comprensibles para ellos. No debe perderse de vista que preguntas abstractas pueden confundirlos, mientras que preguntas cerradas o muy concretas no generan respuestas adecuadas.

Entonces, entrevistar a un niño requiere del uso de técnicas flexibles que consideren su nivel de desarrollo cognitivo y lingüístico, la dificultad emocional del tema a discutir y el grado de rapport. Una buena opción ante la capacidad limitada de explicar

verbalmente emociones o interacciones sociales, puede ser ofrecida por el juego e interacción con distintos materiales y el propio entrevistador, produciendo material susceptible de análisis.

A partir de la entrevista se debe prestar particular atención al reporte o presencia de varios de estos aspectos:

- a) La vivencia o experimentación de estresores vitales o de tipo cotidiano. Así como la muerte de algún familiar, padecimiento de una enfermedad crónica, sufrir de violencia o abuso, tener dificultades económicas familiares, haber pasado recientemente por el divorcio de los padres, el cambio de escuela o domicilio, tener complicaciones escolares como enemistad con el maestro o compañeros, manifestaciones de incapacidad para la realización de tareas o exámenes, bullying, etcétera.
- b) Síntomas físicos, emocionales o problemas de conductas asociados al estrés. Figurando entre ellos el dolor de cabeza o de estómago constantes, problemas para dormir, disminución del apetito, ansiedad, incapacidad para relajarse, miedos nuevos o recurrentes, incapacidad para controlar las emociones, comportamiento agresivo, pérdida de motivación o incapacidad para concentrarse, problemas con los amigos o compañeros de clase.
- c) Síntomas asociados a trastornos relacionados al estrés. Para ello es necesario revisar las descripciones clínicas que el CIE-10 y el DSM-IV dan para el trastorno de reacción a estrés agudo, de estrés postraumático o de adaptación.

Al detectar varios de los rasgos anteriores se puede comenzar a pensar que el niño experimenta estrés. Sin embargo, también es pertinente realizar otro tipo de evaluaciones a fin de comprobar las sospechas que se tengan al respecto, o de descartarlas para iniciar con la búsqueda de una explicación diferente a las conductas y/o síntomas que hasta el momento hayan sido interpretados como consecuentes del estrés.

Justo ahí es donde los autoinformes aparecen como una excelente opción, éstos en forma de cuestionarios o inventarios, sobre todo al estructurarse como escalas Likert, permiten explorar una amplia gama de conductas en un tiempo relativamente breve, algunas de las cuales son inaccesibles a la observación directa (Echeburúa, Amor y De Corral, 2003).

Considerando que los autoinformes destinados a evaluar el estrés, presentan una lista de acontecimientos negativos que deben ser evaluados en cuanto a su ocurrencia o ausencia, en ocasiones no resultan ser muy exhaustivos. Fernández (2007), menciona a las entrevistas como el método que complementa las carencias que llegan a presentar los autoinformes, ya que a través de ellas es posible conocer con mayor precisión los acontecimientos estresantes y las condiciones de vida de los niños.

Según Echeburúa, Amor y De Corral (2003), la única desventaja de los autoinformes ante las entrevistas, es que las últimas pueden ser más efectivas cuando es necesario evaluar a pacientes con dificultades de concentración o con problemas para entender el lenguaje escrito.

Lo que sí es claro, es que algunos autoinformes son eficientes para averiguar la relación entre un estresor determinado y la emoción que genera, aspecto que los hace concordar con el enfoque transaccional, que conceptualiza al estrés como el producto de la evaluación subjetiva de un evento potencialmente estresor (Trianes, et. al.,2009).

Propiamente para los niños no existen muchos instrumentos estandarizados, ya que generalmente los autores en cada investigación crean los propios y no siempre son especificados dentro de los estudios. Sin embargo, dentro de los pocos instrumentos especializados en población infantil y que pueden ser considerados como estandarizados, Escobar, Blanca, Fernández y Trianes (2011) mencionan los siguientes:

- a) *Inventario de Acontecimientos Vitales en la Infancia y Adolescencia de Moreno y Del Barrio (1992)*. Consta de 81 elementos, correspondiente a 4 factores distintos: familia, escuela, salud y relaciones-actividades sociales. Cada ítem consta de 4 tipos de respuesta que posibilitan 12 medidas distintas: la primera de ellas es la suma total de eventos, estableciéndose dos puntuaciones, una de acontecimientos vitales positivos y otra de negativos. También se obtienen sumas de eventos por cada una de las 4 áreas tanto positivo como negativo. Finalmente, se aplican dos fórmulas de corrección global de la escala, una para el cálculo de los acontecimientos vitales positivos y la otra para los negativos. Puntuaciones llamadas “impacto positivo” e “impacto negativo”.
- b) *Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes de Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez (2008)*. Consiste en un listado de 29 sucesos negativos relativos a sí mismos y a otras personas significativas, que pueden ser experimentados en el contexto de la familia, escuela o grupo de iguales. Los sujetos deben indicar si algunos de estos sucesos habían ocurrido durante los últimos 3 años. Cada ítem recibe una puntuación de 1 si había ocurrido o de 0 si no había tenido lugar, la puntuación total se obtiene mediante la suma de los 29 ítems. Además se señala en una escala de 1 a 10 el impacto emocional que cada uno de los sucesos ocurridos tiene en los niños. Se obtenía una puntuación total sobre el impacto emocional mediante la suma de los ítems individuales. Este inventario puede ayudar a establecer el ajuste que los niños tienen hacia los eventos vitales estresantes.
- c) *Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IECI) de Trianes, et. al. (2012)*. Integrado por 25 ítems dicotómicos (Sí/No) que representan la vivencia de acontecimientos negativos, problemas, demandas o contrariedades originadas en la interacción diaria con el entorno. El inventario aborda los problemas de salud y psicosomáticos, el ámbito escolar e interacción con los iguales, así como el lado familiar; por lo consiguiente altas puntuaciones en el IECI son indicativas de altos niveles de estrés (Anexo 2).
- d) *Inventario de Estrategias Situacionales de Afrontamiento en Niños/as (ESAN) de Morales (2008)*. El ESAN proporciona información cuantitativa y cualitativa

de las estrategias de afrontamiento que podrían ponerse en marcha ante cuatro problemas cotidianos del contexto familiar, de salud, escolar y social. Los resultados que arroja este instrumento indican con qué frecuencia se utiliza estrategias de afrontamiento adecuadas o inadecuadas, con los términos: nunca, algunas veces, muchas veces. La información acerca del tipo de afrontamiento, es un aspecto importante para la detección del estrés, debido a que entre más frecuentes sean las estrategias poco adaptativas, puede hablarse de la vulnerabilidad a experimentar estrés (Anexo 3).

Estos inventarios fueron desarrollados a partir de numerosos estudios con población española y son excepciones, ya que muchas otras investigaciones se limitan a hacer adaptaciones de escalas que generalmente se encuentran en inglés. Trianes, et. al. (2009) menciona como ejemplos la Student Stress Inventory-Stress Manifestations de Fimian, et. al., (1989), ó el Questionnaire Stress in Children de Osika, et al. (2007).

En cuanto a escalas elaboradas con población mexicana, se puede mencionar al Inventario de Estrés Infantil (IEI) de Vega, González, Anguiano, Nava y Soria (2009). Este instrumento en constante perfeccionamiento, hasta hace tres años constaba de 52 ítems y su objetivo siempre ha sido el evaluar la percepción de estrés en niños en cuanto a tres áreas: daño-perdida, social y familiar.

El IEI, cuenta con cuatro opciones de respuesta: muy tranquilo, poco tranquilo, poco nervioso y muy nervioso. Estos términos a su vez son calificados en una escala de uno a cuatro puntos, un punto para muy tranquilo y cuatro para muy nervioso; por lo tanto, la puntuación mínima sería de 52 y la máxima de 312, a mayor puntuación mayor estrés. La puntuación obtenida se contrasta con los tres rangos propuestos: nada estresado (0-104 puntos), moderadamente estresado (105-208 puntos) y estresado (209-312 puntos).

Otro de los instrumentos afines a la evaluación del estrés infantil es el Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes (BASC) de Reynolds y Kamphaus (1992; citado en Morales, 2008), que detecta aspectos positivos como el

liderazgo, habilidades sociales, habilidades para el estudio, adaptabilidad, relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima y confianza en sí mismo; así mismo se puede valorar la presencia de aspectos negativos como la ansiedad, agresividad, problemas de atención, problemas de aprendizaje, hiperactividad, retraimiento, depresión, problemas de conducta, somatización, actitud negativa hacia el colegio o los padres, locus de control, estrés social y sentido de incapacidad. En el Anexo 3 se muestra el BASC-S2, versión adecuada para su administración a niños de educación primaria (Anexo 4).

Como se ha dicho estos instrumentos son útiles para precisar o ampliar los datos obtenidos durante la entrevista, y quizás los únicos inconvenientes es que algunos resultan ser extensos, por ejemplo el BASC. Adicionalmente, ya que en su mayoría los inventarios enlistados fueron elaborados en base a poblaciones españolas, es necesario modificar diversas expresiones contenidas en ellos, por lo que es preciso analizarlos anticipadamente para cerciorarse de que el lenguaje sea comprensible para los menores.

Es conveniente agregar que en otros países una medida adicional para la evaluación del estrés, es la utilización de indicadores fisiológicos. En investigaciones españolas, la información que ofrecen los distintos inventarios es correlacionada con la medición de la ratio cortisol/DHEA-s matutina, ya que altos niveles de la misma es un indicador de la presencia de estrés.

La dehidroepiandrosterona (DHEA), además de actuar como una hormona precursora de muchas sustancias cruciales, también tiene una función estabilizadora de otras hormonas y enzimas del cuerpo. En periodos de estrés, cuando los niveles de cortisol aumentan, la DHEA normaliza el nivel de cortisol (Trianes, et. al., 2009).

Finalmente, un recurso al cual siempre debe recurrirse es a la observación, mismo que es efectuado en todo momento durante el proceso de evaluación. Determinados comportamientos como los llantos, expresiones faciales o quejas pueden considerarse indicadores importantes, y tal y como lo sugieren Orgilés, Méndez y

Espada (2009), las medidas de observación conductual son muy útiles cuando los niños son muy pequeños y su capacidad para expresar sus sensaciones es reducida.

De la observación surgen las primeras impresiones clínicas del terapeuta que retoman diversos aspectos, como la apariencia física, motricidad, habla, atención, funcionamiento intelectual, emociones y la actitud mostrada en las entrevistas o interacciones con el terapeuta (Fernández, 2007). Un ejemplo de guía de observación se presenta en el anexo 5.

Independientemente del instrumento que se utilice, los datos iniciales proporcionan una base para iniciar el trabajo terapéutico, mismos que pueden ser aplicados posteriormente para valorar los avances del tratamiento. No se puede olvidar que las puntuaciones son un reflejo de la gravedad del malestar, su agudeza y funcionalidad, datos que deben añadirse a la entrevista y a las impresiones clínicas del terapeuta.

3.3. Participación de padres y maestros en la detección inicial del estrés infantil.

Los padres y maestros son una parte a considerar en la evaluación, debido a que son ellos, quienes generalmente derivan a los niños a terapia tras la observación y/o reporte de problemas en la escuela o familia, que intuitivamente son relacionados con alguna dificultad psicológica (Friedberg y Mc Clure, 2005).

En el apartado anterior se mencionó que durante la entrevista de evaluación, es común realizar una con el niño y otra con los padres, debido a que son requeridos como una fuente de información complementaria. Este proceder encuentra su validez bajo el argumento de la limitada capacidad de los niños para reportar de manera precisa los eventos que los estresan o los síntomas que experimentan, lo cual depende directamente de variables como la edad, inteligencia y resistencia a la sugestión.

Reyes y Acuña (2008) enfatizan en que a pesar de que los reportes hechos por los padres acerca de las condiciones de sus hijos, han sido una herramienta importante en la mayoría de las investigaciones sobre el estrés, no pueden ser catalogados

como informantes ciento por ciento confiables, ya que a veces tienen una mala relación con los hijos, los maltratan, o ellos mismos pueden tener problemas psicosociales (tener alguna adicción, ser una delincuente, tener un comportamiento antisocial, etcétera).

Por dichas causas, se prefiere hacer un cotejo de la información obtenida con el niño y con sus padres. Dicho procedimiento ha sido tan significativo que ha dado lugar a comprobar que los niños, a comparación de sus padres, tienden a reportar con mayor frecuencia problemas relacionados con la obtención de reconocimientos o logros al haberse enfermado de algo grave, la ausencia de los padres en casa, que discutan entre sí o involucren a los hijos en las peleas, así como dificultades en sus relaciones sociales (Reyes y Acuña, 2008).

A pesar de ello, los padres toman un papel importante y necesario en todas las fases de la intervención psicológica, ya que al contar con su apoyo es mucho más fácil iniciar e implementar opciones de tratamiento para los padecimientos de los menores.

3.4. Técnicas utilizadas en el manejo del estrés infantil.

Antes de mencionar a las técnicas utilizadas para el manejo del estrés, es necesario hacer una serie de observaciones generales para cualquier trabajo terapéutico con niños, expresadas por Friedberg y Mc Clure (2005) de la siguiente forma:

1. Es imprescindible tener en cuenta la edad del niño, así como sus habilidades cognitivas y sociales, para adaptar el nivel de la intervención a las capacidades correspondientes a su nivel de desarrollo.
2. La terapia con niños suele basarse en un enfoque experiencial, centrado en el aquí y ahora y la acción, que los predispone a aprender haciendo. Por ello, conectar habilidades de afrontamiento a acciones concretas suele ayudar a los niños a prestar atención, a recordar y a ejecutar la conducta deseada.
3. Cuando se diseñan planes de tratamiento, los terapeutas deben tener en cuenta los múltiples aspectos alrededor del niño y el problema que experimenta.

4. Es fundamental implicar a la familia y colaborar con la escuela para implantar, mantener y generalizar los logros terapéuticos.
5. La mejor forma de trabajar con los padres es educándolos al proporcionarles información general de las conductas esperadas en cada etapa del desarrollo o sobre cómo reconocer los antecedentes y consecuencias de las conductas. Para dicho objetivo, se puede hacer uso de discusiones, lecturas y técnicas de modelado, así como los folletos o los libros sobre la terapia cognitiva y el desarrollo infantil.
6. Varios elementos de la TCC con adultos, puede adaptarse a las características únicas de los niños, por ejemplo, el establecimiento de una agenda o las tareas para casa, que permiten a los niños practicar las habilidades aprendidas en contextos reales.

Al considerar los puntos anteriores se procede a hacer la revisión de algunas técnicas que han sido propuestas para el tratamiento del estrés en niños. De acuerdo con Lemus (2005), la importancia de estas técnicas radica en que a través de ellas se aprende a tener periodos de relajación después de periodos de estrés, ciclo llamado de actividad-descanso, y que ofrecen un balance para evitar las complicaciones del estrés.

3.4.1. Entrenamiento en relajación.

El entrenamiento en relajación es parte fundamental de distintos programas en la TCC, como la inoculación del estrés o la desensibilización sistemática. Y su objetivo no solamente es aprender una respuesta que permita reducir el nivel de activación, sino que también se aprenda a pensar, a verse a sí mismo y al entorno de una manera diferente. Con la relajación se pueden adquirir las habilidades de identificar y reorientar la atención a estímulos simples, de detener la actividad analítica innecesaria y la tolerancia o aceptación de experiencias inciertas (Lemus, 2005).

La relajación es una técnica que puede adaptarse a diversos problemas y comúnmente refiere a la relajación muscular progresiva de Jacobson, que

básicamente consiste en tensar y relajar alternadamente grupos musculares concretos.

Poster (1986; citado en: Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996), expone el procedimiento que debe seguirse para el entrenamiento de la relajación progresiva, distinguiendo actividades preparatorias y componentes fundamentales del mismo, que a su vez engloban pasos específicos, que son mostrados a continuación:

Actividades preparatorias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar el ambiente: disponer de un lugar tranquilo y libre de distractores por un tiempo que vaya de los 10 a los 20 minutos sin interrupciones. 2. Preparar al niño, explicándole el propósito del entrenamiento e informar que puede ser detenido cuando se desee.
Componentes claves.	<ol style="list-style-type: none"> 3. Instruir al niño acerca de la posición de relajación (ojos cerrados, etc.), discriminación de tensión y relajación. 4. Enseñar al niño a tensar y relajar diferentes partes del cuerpo 5. Emplear un lenguaje familiar y animar al niño a aplicar la relajación durante los eventos estresantes.

Tabla 9. Pasos para la relajación progresiva.

Por su parte, Goldfried y Davidson (1976; citado en: Friedberg y Mc Clure, 2005), sugieren que los niño no deben tensar los músculos en exceso, prefiriendo que lo hagan solo hasta tres cuartas parte del máximo posible, además de que estas sesiones de trabajo deben de ser breves e incluir solo algunos grupos musculares. Otra recomendación útil, es que el habla del terapeuta debe ser suave, melódica y cálida, con un ritmo más lento que el patrón del habla normal, tono que en muchas circunstancias facilita la relajación del niño.

Friedberg y Mc Clure (2005), mencionan que al elaborar el guión de la relajación, se debe considerar el nivel de desarrollo del niño, en el que encuentran cabida las analogías, por ejemplo: debes presionar con los dientes como si mordieras un dulce

duro, y formas originales de presentarlo a los niños, como invitarlos a imaginar que las exhalaciones son intentos por apagar las velas de un pastel.

Procedimientos alternativos con niños menores de siete u ocho años deben basarse meramente en el juego, una buena exposición de ello lo hace el denominado robot-muñeco de trapo (robot-ragdoll) de Kendall y Braswell (1986; citado en: Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1995), donde primero se pide actuar como un rígido robot que no dobla las extremidades al andar.

Por lo tanto, el entrenamiento puede ser realizado con niños entre los 6 y 12 años con las debidas modificaciones, como la antes expuesta, y niños menores a esa edad podrían tener problemas mayores para seguir las indicaciones que se dan a lo largo de la sesión y posiblemente el control de su cuerpo no sea el suficiente como para diferenciar entre los distintos grupos musculares.

3.4.2. Entrenamiento en habilidades sociales.

De manera muy general, las habilidades sociales son conductas que permiten expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos empleando modos socialmente adecuados que constituyen estrategias para resolver o evitar consecuencias negativas de una situación (Vega, González, Angulano, Nava y Soria, 2009).

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) engloba contenidos diversos, donde se puede aprender a hacer amigos, controlar la agresividad, soportar las burlas de los demás, dar y recibir cumplidos o pedir ayuda. Los EHS conjuntan una serie de técnicas que buscan la adquisición de habilidades que permitan a los sujetos mantener interacciones sociales apropiadas (Gil y García, 1998).

De acuerdo con Gil y Díaz (1998), los objetivos y la secuencia de aplicación de las técnicas que conforman el EHS son:

1. Instrucciones y modelado, para informar y demostrar las conductas adecuadas.

2. Ensayo conductual, para que el sujeto reproduzca y practique las conductas deseadas.
3. Retroalimentación y refuerzo, con la intención de moldear y perfeccionar las conductas del sujeto.
4. Conjunto de estrategias, para ser usadas dentro y fuera del contexto del entrenamiento, que faciliten el mantenimiento y generalización de lo aprendido.

Este proceso puede ser comprendido más fácilmente por medio del siguiente esquema:

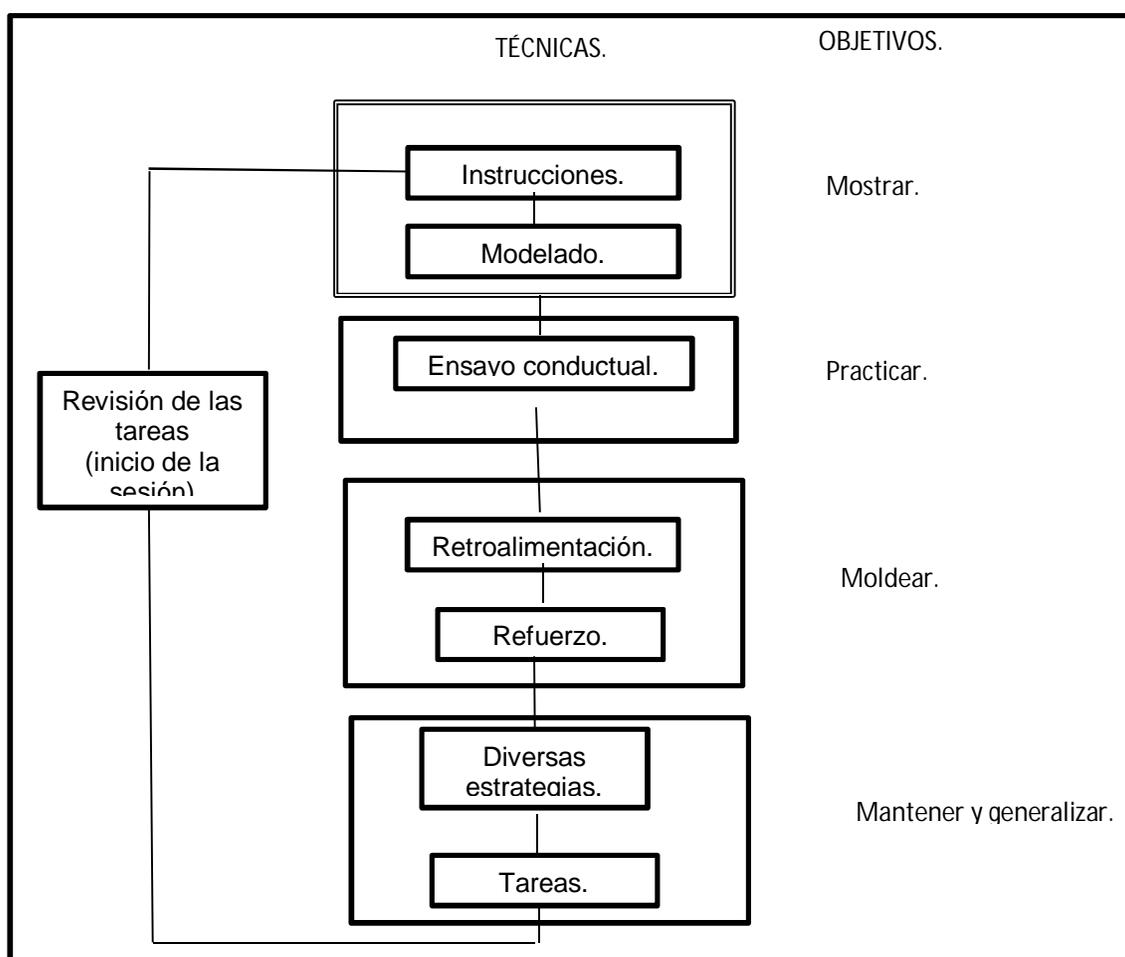


Fig.6. Procedimiento de aplicación de las técnicas que componen el EHS. En: Gil y García (1998), p.

Entonces, cuando se desea aplicar el entrenamiento con los niños, se debe comenzar utilizando un enfoque psicoeducativo, donde se les enseñará a través de instrucciones directas y la presentación de material ilustrativo como fotografías o videos, hasta que finalmente se modela la habilidad deseada (Friedberg y Mc Clure, 2005).

El entrenamiento en asertividad es un elemento fundamental de la adquisición de habilidades sociales, por medio de técnicas como el disco rayado, el banco de niebla o la asertividad empática, se practica la capacidad de hacer y responder peticiones, calmar situaciones tensas y afrontar conflictos con iguales, hermanos, padres y figuras de autoridad, a saludar a los demás, a dar y recibir cumplidos y a pedir ayuda.

Otro recurso del que también depende este entrenamiento es el role playing, técnica que facilita la adquisición de habilidades sociales y permite evocar emociones y pensamientos significativos, para realizar una serie de simulaciones o representaciones de acontecimientos vividos. Para su puesta en marcha, se debe procurar contar con información abundante y específica sobre el problema a tratar, para que la simulación sea lo más realista posible (Friedberg y Mc Clure, 2005).

Siendo así, ciertos elementos del entrenamiento en habilidades sociales pueden ser trabajados con población infantil, adaptando las técnicas a forma de juegos y/o representaciones. En este sentido, los terapeutas de juego cognitivo-conductual, se orientan a modificar pensamientos, emociones y patrones de conducta usando el juego como un elemento para iniciar diálogos interiores positivos y la enseñanza de métodos adaptativos de afrontamiento, así como la instauración de procedimientos autoinstruccionales (Friedberg y Mc Clure, 2005).

3.4.3. Solución de problemas.

De acuerdo con Friedberg y Mc Clure (2005), la solución de problemas es un procedimiento que consta de cinco pasos básicos:

1. Identificación del problema en términos específicos y concretos.

2. Generación de alternativas de solución, donde se debe dejar cierta libertad al niño para pensar en múltiples opciones.
3. Valoración de opciones disponibles, a partir de sus consecuencias a corto y largo plazo se descartan opciones y al mismo tiempo que se determinan las mejores.
4. Deliberación sobre cada opción y planeación de la implementación de la mejor solución.
5. Reforzar la puesta en marcha de las soluciones alternativas.

Por lo tanto y en primera instancia, es necesario que el niño identifique un problema, posteriormente que describa alternativas de solución, para después evaluarlas hasta encontrar la correcta. Estos puntos son adaptados en cinco autoinstrucciones verbales, que son mostradas por la tabla 10.

Pasos específicos.	Autoafirmación.
1. Definición del problema	1. ¿Qué se supone que debo hacer?
2. Aproximación al problema.	2. Tengo que examinar todas mis posibilidades.
3. Focalizar la atención	3. Es mejor que me concentre y preste atención.
4. Elección de la respuesta.	4. Tengo que elegir.
5. Autorreforzamiento o enunciado de afrontamiento.	5. Lo que he hecho bien (o) vaya, lo he hecho mal, debería ir más despacio y concentrarme.

Tabla 10. Pasos para la solución de problemas y autoafirmaciones. En: Kazdin (1995), p. 2.

Como menciona Kazdin (1995), uno de los objetivos será ayudar a que el niño interiorice los pasos, para que posteriormente sea capaz de utilizarlos en la evaluación de otras situaciones fuera del ambiente terapéutico. Al considerar dicho objetivo suele utilizarse el desvanecimiento, por lo que el análisis de las opciones de solución primero se hace en voz alta, después intentando susurrar, hasta que el discurso sea encubierto.

A la par del desvanecimiento se recurre al role-playing con la intención de representar algunas de las situaciones de conflicto, así como para adquirir y posteriormente generalizar las habilidades en solución de problemas. En esta

actividad entonces, también se usa el modelado, cuando el terapeuta muestra en sí mismo las habilidades que desea que el niño adquiera (Kazdin, 1995).

Por su descripción este método podría ser complejo y no tener mucho sentido para niños menores de 8 años, por lo que se podría utilizar a partir de esta edad tomando en cuenta que esta población tiene un mayor desarrollo en la capacidad de análisis y la consideración de múltiples variables del problema, de algunas respuestas y diversas consecuencias a cada una de ellas, lo cual sería muy difícil de hacer por niños menores.

3.5. Consideraciones finales.

El haber incorporado dichas técnicas obedece al planteamiento de Trianes (2003) en el que menciona que un niño es menos propenso al estrés cuando posee habilidades que le permiten:

- a) Manejar asertivamente las interacciones que se tienen con otras personas.
- b) Negociar y solucionar problemas.
- c) Alejarse cognitivamente de las situaciones estresantes, entendiéndose como la proyección hacia el pasado o el futuro, trascendiendo del presente inmediato. Usada como una estrategia voluntaria consiste en contrastar situaciones presentes con las pasadas o las futuras, para decidir una forma de actuar.
- d) Apreciar su autoeficacia.
- e) Comprender con certeza qué problemas son controlables y cuáles no.

No se debe olvidar el papel tan importante que tiene el apoyo que la familia, amigos y compañeros como amortiguador de los efectos del estrés. Esto es fácil de entenderse si se piensa que estos grupos idealmente ofrecen seguridad, afecto, intimidad, pertenencia, aprobación, modelado y diversión, características claves para el ajuste emocional y adaptación del niño (Trianes, 2003).

CONCLUSIONES

Los trabajos sobre estrés infantil toman relevancia a partir de que se acepta que al igual que los adultos, ellos están expuestos a un considerable número de situaciones adversas. Por lo tanto, en primer lugar es necesario abandonar la vieja idea de que los niños son ajenos a este padecimiento por el simple hecho de verlos en ambientes de juego o más gratificantes a los que los adultos comúnmente se enfrentan.

Es un hecho que en la actualidad existen cambios considerables en la forma en la que la infancia se desarrolla, ya que ahora se vive bajo la marcada distinción de la riqueza o la pobreza, así como del abandono de los padres debido a sus actividades laborales o la cada vez más frecuente experiencia del divorcio, sólo por mencionar algunos.

Como Fernández (2007) lo expresaba, el estudio del estrés en décadas anteriores ha permitido señalar estresores específicos para la infancia acorde a rangos de edad, esto debe considerarse como un gran logro, ya que ayuda en la identificación de ciertos eventos potencialmente dañinos a la estabilidad física y emocional de los menores.

Debido a que el grupo de edad en el cual se enfocó este trabajo, fue entre los 6 y 12 años, Del Barrio (1997; citado en Oros y Vogel, 2005) sugiere centrarse en los eventos propios de la escuela, el grupo de amigos e incluso situaciones vinculadas a los primeros pasos hacia el logro de una identidad propia.

Tras este señalamiento, se debe otorgar mayor importancia a los reportes que los niños llegan a hacer de conflictos con los profesores, la presencia de dificultades para entender o realizar las tareas, el nerviosismo que impide hacer exámenes, el no ser aceptado por los compañeros, el bullying o no tener una imagen corporal considerada como adecuada.

A primera vista el énfasis en los aspectos anteriores pareciera ser excesivo, ya que comúnmente se cree que no son factores complejos, pero tras analizar uno a uno se

desglosan una serie de aspectos que al ser experimentados cotidianamente, llevan a los niños a sentirse incapaces de enfrentar lo que ocurre en su entorno.

Al estar de acuerdo con el argumento anterior, se acepta no menospreciar a los estresores cotidianos al contrastarlos con los eventos vitales, por lo que se debe equiparar su valor e importancia cuando se requiere detectar estímulos generadores de estrés. Este posicionamiento se justifica mejor a través de las observaciones de Trianes, et. al., (2009), donde la clave de igualdad entre ambos tipos de estresores la da la frecuencia con la que ocurren los primeros.

Sin embargo, este trabajo opta por hacer un mayor énfasis en el papel de los estresores de tipo cotidiano, ello en base a recientes investigaciones donde se marca que éstos son capaces de impactar tan profundamente a lo largo del crecimiento del niño, dando lugar al desarrollo enfermedades físicas o trastornos psicológicos, el cual es uno de los principales planteamientos del trabajo de Trianes, et. al. (2009).

Otra razón más por la que el estudio del estrés infantil es un tema relevante, la dan las cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social (Notimex, 2011), donde se menciona que de la población infantil atendida en sus centros, cinco de cada diez padecían estrés y alguna enfermedad ocasionada por él, como la gastritis.

Siendo así, ¿se están formando generaciones de niños y jóvenes con tendencias al desarrollo de trastornos médicos y psicológicos?

Como profesionales de la salud no se puede admitir una respuesta afirmativa y lo que sí se acepta, es buscar opciones de intervención terapéutica, que ayuden a modificar la forma en la que los niños afrontan el estrés o impulsar las habilidades que están adquiriendo.

Apoyando el punto de vista de Minici, Rivadeneira y Dahab, (2001), una intervención psicológica que ha demostrado tener grandes ventajas en cuanto a eficacia y capacidad de exploración de múltiples áreas que confluyen en el problema, por trabajar con los pensamientos, los sentimientos y las conductas de los individuos al mismo tiempo, es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Además de tomar en cuenta variables personales y ambientales, quizás el éxito de la terapia también lo da la estructura fija que posee para intervenir, compuesta por sus tres fases: de evaluación, intervención y mantenimiento de logros.

Un punto fundamental de toda estrategia de intervención debe de ser la evaluación del caso, y en lo que refiere a la identificación del estrés en niños, éste debe fijar su atención en las respuestas psicofisiológicas, emocionales, cognitivas o conductuales emitidas por los niños, sin dejar de lado el valioso recurso ofrecido por el reporte subjetivo de las experiencias vividas por ellos, punto defendido por Trianes, et. al. (2009).

Como trasfondo a la evaluación y diagnóstico del estrés infantil, es necesario señalar que la mayoría de las veces es necesario que los niños experimenten notables problemas de convivencia en el hogar o en la escuela, así como fuertes síntomas de enfermedad, para que los padres decidan consultar a un médico y posteriormente a un psicólogo o viceversa. Por ello, no debe olvidarse que tal y como los exponían Loreto, Mejía, Jiménez y Matus (2009) existen dos tipos de síntoma, los físicos y los psicológicos, mismos que se correlacionan.

Entonces, los expertos de la salud deben ser capaces de identificar como posibles síntomas de estrés a los dolores de cabeza o estómago frecuentes, problemas para dormir, enuresis, ansiedad, miedos inexplicables, enojos sin razón aparente así como agresividad, aislamiento.

Estas manifestaciones físicas pueden ser relacionadas con la vivencia de situaciones consideradas como amenazantes o desafiantes, Dávila y Guarino (2001) daban énfasis a algunas como: la muerte de algún familiar, padecimiento de una enfermedad crónica, ser objeto de violencia o abuso, tener dificultades económicas familiares, haber pasado recientemente por el divorcio de los padres, el cambio de escuela o domicilio, tener complicaciones escolares como enemistad con el maestro o compañeros, manifestaciones de incapacidad para la realización de tareas o exámenes, bullying, etcétera.

De esta forma, para la recolección de información relevante y relacionada se cuenta con recursos muy conocidos, tales como la entrevista y los autoinformes, en forma de cuestionarios e inventarios.

A pesar de que ambos instrumentos muestran ser capaces de tomar información relevante, no se debe perder de vista que la edad de los niños es un factor importante para decidir aplicar uno o ambos recursos, ya que entre más pequeños sean, es menos probable que puedan dar reportes detallados sobre sus experiencias o que comprendan el lenguaje escrito a la perfección, ello en el caso de los inventarios.

Sobre los inventarios se debe hacer la observación que de los propuestos por éste escrito y los consultados para la realización del mismo, solo uno fue creado con población mexicana, mientras que el resto surgen de poblaciones españolas o son adaptaciones de instrumentos estadounidenses. Estos motivos hacen que tengan palabras poco comprensibles que deben readaptarse al vocabulario nacional.

Es inevitable señalar la gran necesidad de trabajar en la construcción de instrumentos estandarizados basados en la realidad de los niños mexicanos, que permitan explorar con mayor certeza la presencia o no, de los diferentes factores asociados al estrés infantil.

Por otro lado, una recurso adicional de provecho es el que señalan Reyes y Acuña (2008), al ver como complemento de la entrevista y respuesta a autoinformes, la participación activa que deben tener los padres durante todo el proceso terapéutico, ayuda que de forma inicial puede reflejarse en ser sometidos a entrevista al igual que los niños, para comparar la información reportada por las ambas partes.

Adicionalmente, en países como España es común el uso de medidas de indicadores fisiológicos para confirmar un caso de estrés, dado por la presencia de altos niveles de la hormona dehidroepiandrosterona (DHEA), en la toma de muestras de saliva durante la mañana. A pesar de su utilidad no se recurre a esta prueba a menudo.

Una vez obtenida la información, se debe proceder a identificar la presencia de rasgos asociados al estrés infantil o si se considera que no existe suficiente evidencia para diagnosticar dicho padecimiento, es necesario iniciar la exploración de otras posibles explicaciones.

Si es que se detecta un caso de estrés infantil, es momento de aplicar el tratamiento que al ser de corte cognitivo conductual, ofrece opciones como la relajación sistemática, el entrenamiento en habilidades sociales o la resolución de problemas, a las cuales habrá que realizarles adaptaciones acordes a la edad de la población con la que se trabajará. Por lo tanto ejercicios y juegos sencillos o el role playing, ponen en práctica diversos conceptos que se aprenden dentro de las técnicas anteriores.

Las anteriores solo son una muestra de las técnicas de la TCC, que inciden en procurar dotar al niño de habilidades que cambien su forma de afrontar el estrés, al hacerlo mejorar sus interacciones sociales, negociar y solucionar problemas, alejarse cognitivamente del problema, apreciar su autoeficacia y comprender qué problemas son realmente incontrolables, tal y como lo proponía Trianes (2003).

Finalmente es útil comentar que tras la revisión teórica que sustenta este escrito, no se pudo encontrar un trabajo que explique con detalle la forma de intervenir con niños estresados, y más bien se hallaron investigaciones que planteaban generalizar las técnicas usadas con los adultos a los niños, además de que muchos autores se limitan a usar las estrategias que la experiencia profesional o la conveniencia les señala, pero no hay un registro pormenorizado de los pasos a seguir en la evaluación para evitar confundir los signos encontrados con los de algún otro trastorno.

Por lo tanto, el tema del estrés infantil deja las puertas abiertas para completar los huecos que quedan entre la teoría y la práctica profesional, enfocado al diseño de instrumentos de evaluación propios a la población nacional y diferenciando entre la de entorno urbano y rural, así como al diseño de programas de tratamiento más específicos.

BIBLIOGRAFÍA

Abeya, E., Del Pino, M., Di Candia, A., Fano, V., Krupitzky, S. Fernández, M. & Orazi, V. (2004). El desarrollo del niño. Una definición para la reflexión y la acción. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102, (3), 312- 313.

Aragón, L., Olivares, R., Rodríguez, N. & Romero, M. (2002). La entrevista como instrumento de evaluación psicológica. En: Aragón, L. & Silva, A. *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. Editorial Pax México. (175-205).

Barraza, A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9, (3), 110-129. [En red]. Disponible en:

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9num3/art6vol9no3.pdf>

Buendía, J. & Mira, J. (1993). *Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo: un estudio sobre el estrés infantil*. España: Universidad de Murcia.

Busemann, A. (1998). Psicología de la segunda infancia y de la edad juvenil. En: *Psicología de las edades. Del nacer al morir*. Madrid: Ediciones Morata.

CIE 10. *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1993). Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor

Dávila, B. & Guarino, L. (2001). Fuentes de estrés y estrategias de afrontamiento en escolares venezolanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 35, (001), 97-112. [En red]. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28435105>

Echeburúa, E., Amor, P. & de Corral, P. (2003). Autoinformes y entrevistas en el ámbito de la psicología clínica forense: Limitaciones y nuevas perspectivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, (126), 503-522. [En red]. Disponible en: <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/3-autoinformes.pdf>

Fernández, A. & López, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (3), 631 – 645. [En red]. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33760308>

Fernández, F. (2007). *Estrés, riesgo familiar e inadaptación socioemocional y escolar en la infancia*. Tesis de doctorado no publicada. Universidad de Málaga, España. [En red]. Disponible en: <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2674/16851511.pdf>

Friedberg, R. & Mc Clure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales*. España: Paidós

García, M. & Jiménez, M. (1997). El estrés infantil. En: Jiménez, M. (Ed.), *Psicopatología infantil* (pp. 85 – 98). España: Ediciones Aljibe.

Gil, F. & García, M. (1996). Entrenamiento en habilidades sociales. En: Labrador, J., Cruzado, J. & Muñoz, M. (Ed), *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide.

Guevara, M. & Galán, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y Diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1, (1), 47-55. [En red]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/18470>

Gutiérrez, E. & Almanza, V. (2009). *Estrés global y queja somática*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

INEGI (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. [En red]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>

Kazdin, A. (1995). Terapia de habilidades en solución de problemas para niños con trastornos de conducta. *Psicología Conductual*, 3, (2), 231 – 250. [En red]. Disponible en:

Kendall, P. & Norton, J. (1988). Intervenciones con individuos: terapias conductual, cognoscitiva y cognoscitiva-conductual. En: *Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa

Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclee de Brouwer.

Lazarus, S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Editorial Planeta.

Lemus, M. (2005). *Estrés, tratamiento en psicología y estrategias alternativas*. Tesina de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Llorente, J. & Iraurgi, E. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado a la deshabitación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10, (4), 252-274. [En red]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097308763748>

Loredo, N., Mejía, D. Jiménez, N. & Matus, R. (2009). Nivel de estrés en niños (as) de primer año de primaria y correlación con alteraciones en su conducta. *Revista Enfermería Universitaria. ENEO – UNAM*, 6, (4), 7-14.

Martínez, E. & Díaz, D. (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. *Educación y Educadores*, 10, (2), 11-22. [En red]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83410203>

Maruris, M., Cortés, P., Gómez, L. & Godínez, F. (2011). Niveles de estrés en una población del sur de México. *Psicología y Salud*, 21, (2), 239 – 244. [En red]. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-2/21-2/Mireya%20Maruris%20Reducindo.pdf>

Mata, M. (2008). *El estrés infantil en la etapa de preescolar*. Tesina de licenciatura no publicada, Instituto Michoacano de Ciencias de la Educación “José María Morelos”, Morelia, Michoacán, México. [En red]. Disponible en: <http://www.imced.edu.mx/cid/recursos/tesislicenciaturapsicologiaeducativa/matamocadamaririta/elestresinfantilenlaetapadepreescolar.pdf>

Méndez, F., Olivares J. & Quiles, M. (2005). Técnicas de relajación y respiración. En: *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Méndez, F., Ortigosa, J. & Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4,(2), 193 – 209. [En red]. Disponible en: <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/1996/art03.2.04.pdf>

Minici, A., Rivadeneira, C. & Dahab, J. (2001). ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual? *Revista de terapia cognitivo conductual*. 1, 1-6. [En red] Disponible en: <http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=7>

Morales, F. (2008). Evaluación del afrontamiento infantil: Estudio inicial de las propiedades de un instrumento. Tesis de doctorado no publicada. Universidad de Málaga, España. [En red]. Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/17668657.pdf>

Notimex (2011, 17 de agosto). 50% de niños, con estrés: IMSS. *El Universal*. Recuperado el: 20 de abril del 2011. [En red]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/188134.html>

Olguín, A. & Sánchez, J. (2003). *Psicología de la salud: estrés y hábitos negativos de la salud*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Oliva, L., Montero, J. & Gutiérrez, M. (2006). Relación entre el estrés parental y el del niño preescolar. *Psicología y Salud*, 16, (2), 171-178. [En red]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29116206.pdf>

Orgilés, M., Méndez, F. & Espada, J. (2009). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6, (2), 343 – 356.

Oros, L. & Vogel, G. (2005). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. *Enfoques*, 17, (1), 85-101. [En red]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/259/25917106.pdf>

Perinat, A. (2002). *Psicología del desarrollo: del nacimiento al final de la adolescencia*. Barcelona: UOC.

Piaget, J. & Inhelder, B. (1998). Psicología de la primera infancia. En: *Psicología de las edades. Del nacer al morir*. Madrid: Ediciones Morata.

Reyes, A. & Acuña, L. (2008). Reportes de niños y padres sobre eventos vitales estresantes y síntomas de enfermedad. *International Journal of Psychology*, 42, (2), 272-286. [En red]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/284/28442209.pdf>

Rosas, M. (2003). *Un instrumento para detectar el estrés infantil*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Saita, O. (1999). Psicobiología del estrés. En: Asociación de Medicina Interna de México. (1999). *Estrés y manifestaciones clínicas*. México: Mc Graw Hill.

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, (1), 141-157. [En red]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33730109>

Sauceda, J., Valenzuela, J., Valenzuela, J. R. & Maldonado, M. (2006). Estrés ante la venopunción en niños y adolescentes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63, 169 – 177.

Toledo, M., Barreto, P. & Ferrero, J. (2000). Estrés en la infancia y adolescencia. En: R. González (comp.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 199 – 228). España: Pirámide.

Trianes, M. (2003). Introducción al estrés infantil. En: *Estrés en la infancia. Su prevención y tratamiento* (pp. 13-40). España: Narcea.

Trianes, M., Blanca, M., Fernández, F., Escobar, M., Maldonado, E. & Muñoz, A. (2009). Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC). *Psicothema*, 21, (4), 598-603. [En red]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72711895016.pdf>

UNICEF. (2012). Los primeros años. Recuperado de: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos.html>

Varela, R. (2005). *Identificación de los niveles de estrés y estrategias de afrontamiento que presentan los habitantes de la Cd. De México*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Vega, C., González, F., Angulano, S., Nava, C. & Soria, R. (2009). Habilidades sociales y estrés infantil. *Revista de Conducta, Salud y Temas Sociales*, 1, (1), 7-13. [En red]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/18989>

Vega, C., Hernández, Y., Juárez, B., Martínez, E., Ortega, J. & López, V. (2007). Primer estudio de validez de constructo del Inventario de Estrés Infantil (IEI). *Revista de Psicología Iztacala*, 10, (3), 62-72. [En red]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/18989>

A N E X O S

Anexo 1. Áreas importantes en la recogida de datos para la historia clínica (En: Friedberg y Mc Clure, 2005, pág 40 y 41).

Desarrollo.

- ⊖ ¿Ha habido retrasos destacables en las etapas del desarrollo?
- ⊖ ¿Hay problemas en el lenguaje o habla?
- ⊖ ¿Cómo lee el niño?
- ⊖ ¿Cuándo empezó a dormir toda la noche? ¿Cómo podrías describirse los patrones y hábitos de sueño del niño?
- ⊕ ¿Cuándo aprendió a ir solo al baño? ¿Qué dificultades tuvo?
- ⊕ ¿Cómo describiría los patrones de alimentación del niño?
- ⊕ ¿De qué modo suele responder a los cambios en su rutina diaria?
- ⊕ ¿Cómo era cuando era bebé? ¿Era nervioso? ¿Tenía cólicos? ¿Erea un niño dulce? Etcétera.
- ⊕ ¿Quién ha cuidado del niño? ¿Ha habido contradicciones en su cuidado?
- ⊖ ¿Ha sufrido alguna vez abusos sexuales o malos tratos?

Escuela.

- ⊕ ¿Cómo es el rendimiento del niño?
- ⊕ ¿Cómo se lleva con sus compañeros? ¿Y con sus profesores?
- ⊕ ¿Cómo fue su adaptación a la escuela? ¿Cómo son sus mañanas antes de ir a la escuela? ¿Cómo son sus tardes después de ir a la escuela?
- ⊕ ¿Le has expulsado alguna vez? ¿Le han suspendido? ¿Le han castigado?
- ⊕ ¿Asiste con regularidad a la escuela?
- ⊕ Iguales y actividades.
- ⊕ ¿Qué actividades realiza el niño?
- ⊕ ¿Qué amigos tiene?
- ⊕ ¿Cuánto duran sus amistades?
- ⊕ ¿Le gusta hacer amistades y las pierde fácilmente?

Relaciones familiares.

- ⊕ ¿Qué relación tiene el niño con cada cuidador? ¿Y con sus hermanos?
- ⊕ ¿Qué ambiente hay en casa? ¿Conflictivo? ¿Cálido? ¿Permisivo?
- ⊕ ¿Qué relación hay entre los cuidadores primarios?
- ⊕ ¿El niño ha sido testigo alguna vez de violencia doméstica?
- ⊕ ¿En qué se parece y qué se diferencia la conducta del niño a la de cada miembro de la familia?
- ⊕ ¿En qué se diferencian las relaciones del niño con su familia de sus relaciones con los demás?

Prácticas disciplinarias.

- ⊖ ¿Qué técnicas disciplinarias se utilizan?
- ⊖ ¿Qué técnicas funcionan bien y cuáles no funcionan?
- ⊕ ¿Están de acuerdo los padres en la disciplina que debe aplicarse?

Enfermedades físicas y tratamiento anteriores.

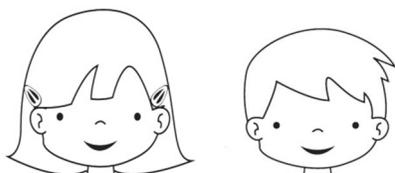
- ⊖ ¿Qué enfermedades presenta el niño?
- ⊖ ¿Cómo afectan estas enfermedades a su funcionamiento psicológico?
- ⊖ ¿Cómo influye el estado psicológico en la enfermedad física?
- ⊕ ¿Cuál fue la respuesta del niño y de la familia a tratamientos anteriores?

Anexo 2. Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IECI), de Trianes, et. al. (2009).

Nombre y apellidos: _____

Fecha: _____

¿Qué eres? (rodea)



Señala por favor, las cosas que te ocurren habitualmente de las que aparecen a continuación, marcando con una X Si o NO.

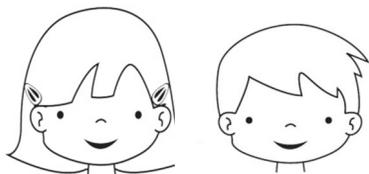
Salud.		
1. Este curso he estado enfermo varias veces.		
2. Con frecuencia me siento mal (dolor de cabeza, náuseas, etc.)		
3. Tengo cambios de apetito (como demasiado o como muy poco).		
4. Me sobresalto por cualquier cosa.		
5. Tengo pesadillas.		
6. Me paso mucho tiempo sin hacer nada		
7. Me preocupa mi apariencia física (me veo gordo/a, o muy flaco/a, etc.)		
8. Me cuesta mucho concentrarme en una tarea.		
9. Me canso muy fácilmente.		
10. Me muevo constantemente, no puedo estar quieto/a.		
11. Mis padres me regañan por comer muchas chucherías		
12. Mis padres me llevan muchas veces al médico		
Escuela.		
13. Normalmente saco malas calificaciones.		
14. He tenido cambios imprevistos de maestro/a.		
15. Mis maestros/as son muy exigentes conmigo		
16. Participo en demasiadas actividades extraescolares.		
17. En el colegio se meten mucho conmigo.		
18. Las tareas del colegio me resultan difíciles.		
Familia.		
19. Visito poco a mis familiares (abuelos, tíos, primos, etc.)		
20. Paso mucho tiempo solo/a en casa.		
21. Paso poco tiempo con mis padres		
22. Mis padres me mandan más cosas de las que puedo hacer.		

23. Hay problemas económicos en mi casa.		
24. Mi padre /madre tiene malos hábitos (bebe, fuma mucho, etc.)		
25. Recientemente ha fallecido un familiar cercano.		

Anexo 3. ESAN. Estrategias Situacionales de afrontamiento en niños/as de Morales (2008).

Nombre: _____

¿Qué eres? (rodea)



A continuación encontrarás una serie de frases sobre diferentes respuestas a los problemas. Señala en cada frase con una X la casilla que mejor se ajuste a tu comportamiento.

Cuando hay algún problema en casa.	Nunca.	Algunas veces.	Muchas veces.
1. Me da igual.			
2. Pienso en otra cosa.			
3. Intento solucionar el problema.			
4. Busco apoyo en algún familiar.			
5. Le pregunto a mis abuelos/as o mis hermano/as qué hacer.			
6. Me preocupo mucho.			
7. Me voy a otro sitio.			
8. Me pongo a gritar, molestar, discutir...			
9. Pienso que todo se va a arreglar.			
10. Me guardo mis sentimientos.			
Cuando me pongo enfermo y tengo que ir al médico.	Nunca.	Algunas veces.	Muchas veces.
1. Intento hacer lo que dice el médico para ponerme bien.			
2. Intento distraerme jugando.			
3. Me preocupo mucho.			
4. Pido a mis padres que me expliquen lo que me pasa.			
5. Me aguanto.			
6. Pienso que voy a ponerme bien.			
7. Pienso en algo que me divierta.			
8. Busco apoyo en mis amigos.			
9. Me peleo y discuto con mis padres.			
10. Oculto lo que me pasa.			

Cuando tengo problemas con las calificaciones.	Nunca.	Algunas veces.	Muchas veces.
1. Me da igual			
2. Intento esforzarme más.			
3. Pido consejo a otros (padres, profesores, compañeros).			
4. Me siento culpable.			
5. Me distraigo pensando en otra cosa.			
6. Hablo con mis amigos/as.			
7. Me voy a hacer otra cosa en lugar de estudiar.			
8. Me peleo más.			
9. Pienso en que todo se va a solucionar.			
10. Lo mantengo en secreto.			
Cuando tengo problemas con algún compañero de clase.	Nunca.	Algunas veces.	Muchas veces.
1. Pido consejo a un amigo/a.			
2. Intento resolver el problema.			
3. Me voy a otro sitio donde no esté él/ella.			
4. Me lo guardo para mí.			
5. Se lo cuento a mis amigos, padres.			
6. Le pego.			
7. Me siento triste.			
8. Me da igual			
9. Pienso que todo se arreglará.			
10. Me distraigo pensando en otra cosa.			

Anexo 4. BASC S-2. Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes de Reynolds y Kamphaus, 1992; citado en: Morales, 2008).

Instrucciones.

A continuación encontrarás una serie de frases sobre cómo piensan, sienten y se comportan algunos niños y niñas. Nos gustaría saber cuáles son las que te ocurren a ti.

Lee cada frase detenidamente. Si lo que se dice en cada una de ellas te ocurre a ti, marca con un tache (X) en el cuadro que tiene encima la V de verdadero. Si lo que se dice no te ocurre a ti, marca con un tache el espacio que tiene encima la F de falso.

Responde siempre a lo que más se ajuste a tu modo de ser. Incluso cuando tengas dudas y no tengas claro, responde siempre lo que más se ajuste.

Tus respuestas ayudarán a conocerte mejor. Lo importante es que respondas lo que te pasa a ti. No existen respuestas buenas o malas, todas sirven.

	V	F
1. En el colegio sobran reglas, hay demasiadas.		
2. La gente espera de mí más de lo que puedo dar.		
3. A menudo tengo pesadillas.		
4. Mis padres se sienten con frecuencia orgullosos de mí		
5. Escucho las cosas que los otros no pueden oír.		
6. La vida se está volviendo cada vez peor.		
7. Mi profesor se enfurece conmigo por cualquier cosa.		
8. Desearía ser otra persona.		
9. La gente siempre encuentra algo malo en mí.		
10. Soy responsable.		
11. La gente se enfada conmigo, aunque no haya hecho nada malo.		
12. Odio el colegio.		
13. La mayor parte del tiempo estoy preocupado.		
14. Siempre soy educado con los profesores.		
15. A veces hay voces que me dicen que haga cosas malas.		
16. Nada me sale bien.		
17. Siempre estoy decepcionada con mis notas escolares.		
18. Los otros niños son más felices que yo.		
19. Mis padres se pasan en el control sobre mi vida.		
20. Nunca he montado un coche.		
21. Ojalá no hubiera notas en el colegio.		
22. Veo cosas raras.		

23. A veces mi profesor hace que me sienta estúpido.		
24. No me importa el colegio.		
25. No puedo dejar de cometer errores.		
26. Mis amigos normalmente son amables conmigo.		
27. Tengo miedo de poder hacer algo malo.		
28. Mis padres piensan que soy tonto.		
29. Nadie me entiende.		
30. Cuando saco malas notas, generalmente es porque no le caigo bien al profesor.		
31. Cuando hago un examen no puedo pensar.		
32. Me gusta ser como soy.		
33. Ojalá me invitaran a más fiestas.		
34. Generalmente puedo resolver los problemas difíciles por mi mismo.		
35. Mis padres controlan mi vida.		
36. No me gusta pensar en el colegio		
37. Tengo pensamientos molestos sobre la muerte.		
38. Tapo mi trabajo cuando el maestro pasa por mi lado.		
39. La gente me dice cosas desagradables.		
40. A nadie parece importarle lo que yo quiero.		
41. Me siento herido fácilmente.		
42. Prefiero estar solo la mayor parte del tiempo.		
43. Oigo voces dentro de mi cabeza.		
44. Si tengo un problema normalmente puedo solucionarlo.		
45. El colegio es aburrido.		
46. Me culpan de cosas que no puedo evitar.		
47. No le gusto a mis compañeros de clase.		
48. Me preocupa con frecuencia que me pueda ocurrir algo malo.		
49. Mis padres me ayudan si se los pido.		
50. No puedo controlar mis pensamientos.		
51. Siempre tengo problemas con alguien.		
52. La mayoría de los profesores son injustos.		
53. Me gustaría hacer mejor las cosas, pero no puedo.		
54. Me gusta mi aspecto.		
55. La gente actúa como si no me oyese.		
56. Mi profesor no me tiene que ayudar mucho.		
57. Mis padres me echan la culpa de muchos de sus problemas.		
58. Blancanieves es una persona real.		
59. Me preocupa lo que la gente piensa de mí.		
60. Mis padres confían en mí.		
61. A veces cuando estoy solo oigo mi nombre.		
62. Solo se me dan bien una o dos cosas.		
63. Me cuesta mucho concentrarme en las tareas del		

colegio.		
64. Me siento incómodo cuando estoy con gente.		
65. Algunas cosas sin importancia me molestan mucho.		
66. Nadie me escucha.		
67. Los otros niños evitan estar conmigo.		
68. Soy capaz de ser yo mismo.		
69. Me siento a gusto en mi colegio.		
70. A menudo mis padres me dan lata para que haga las tareas de la casa.		
71. Mis compañeros de clase se burlan de mí.		
72. Me preocupo cuando voy a la cama por la noche.		
73. Me gusta enseñar las notas del colegio a mis padres.		
74. Siento que algo me pone nervioso por dentro.		
75. Mi profesor me comprende.		
76. Suelo fracasar en lo que hago.		
77. Desearía ser diferente.		
78. A veces me siento solo aunque esté con otras personas.		
79. Hago bien mis tareas del colegio.		
80. No logro controlar lo que me pasa.		
81. Bebo 50 vasos de leche al día.		
82. Soy una persona nerviosa.		
83. A mis padres les gusta ayudarme en mis deberes escolares.		
84. A veces siento como cosquillas en la piel.		
85. Siempre tengo problemas en casa.		
86. La mayoría de las veces hay que hacer trampa para ganar.		
87. Me gustaría tener más libertad, pero me da miedo.		
88. Me culpan de muchas cosas que no he hecho.		
89. Me preocupa desilusionar a mis padres.		
90. Siempre tengo mala suerte.		
91. Los demás me tienen respeto.		
92. Soy un amigo verdadero.		
93. Tengo muchas ganas de abandonar el colegio.		
94. Aunque me disculpe, la gente sigue molesta conmigo.		
95. A los demás les gusta estar conmigo.		
96. Me gusta estar con mis padres.		
97. Tengo muchos accidentes.		
98. Antes era más feliz.		
99. Mi profesor siempre me está diciendo lo que tengo que hacer.		
100. Los exámenes no son justos para la mayoría de la gente.		
101. Tengo un pelo bonito.		
102. Soy una persona solitaria.		
103. Me gusta responder a preguntas en clase.		

104. Las cosas me salen mal, aunque me esfuerce mucho.		
105. No le gusto a nadie.		
106. Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen bien.		
107. No tengo dientes.		
108. A veces quiero hacerme daño.		
109. Ya no me importa nada.		
110. Nunca tengo tiempo para hacer todos mis deberes.		
111. a mis padres les gustan mis amigos.		
112. Me preocupo por lo que vaya a pasar.		
113. Tengo más problemas de los que soy capaz de resolver.		
114. Se me da bien enseñar a los demás cómo hacer las cosas.		
115. Se me da bien tomar decisiones.		
116. Tengo muchísimas ganas de que terminen las clases.		
117. Mis padres esperan de mí más de lo que puedo dar.		
118. A los demás niños no les gusta estar conmigo.		
119. Me siento culpable de algunas cosas.		
120. Mis padres no tienen una buena opinión de mí.		
121. Veo cosas que los demás no pueden ver.		
122. Mis profesores suelen estar orgullosos de mí.		
123. Me rindo fácilmente.		
124. Tengo un aspecto agradable.		
125. Tengo la sensación de que alguien me dirá que hago mal las cosas.		
126. Siempre hago mis deberes a tiempo.		
127. Mis padres siempre están diciéndome qué es lo que tengo que hacer.		
128. Los demás se burlan de mí.		
129. Tengo miedo de muchas cosas.		
130. Nunca he podido quedarme dormido.		
131. A veces no puedo dejar de hacer lo que estoy haciendo.		
132. No hay nada bueno en mí.		
133. A menudo me pongo enfermo antes de los exámenes.		
134. Estoy molesto porque los demás se burlan de mí.		
135. Mis padres escuchan lo que digo.		
136. Me preocupan los exámenes del colegio.		
137. Nada me sale como yo quisiera.		
138. Sonrío y me río mucho.		
139. me encuentro a gusto con mis profesores.		
140. Suelo tener miedo a equivocarme.		
141. A veces no puedo controlar lo que hago o lo que pienso.		
142. Me siento sin energías.		
143. Muchas veces pienso que solo molesto a los demás.		
144. Muchas veces mis esfuerzos no sirven para nada.		
145. Siento que mis padres se preocupan y cuidan de mí.		
146. Me siento incapaz de conseguir lo que quiero.		

Anexo 5. Aspectos a observar durante la entrevista con el niño.

- 1) Vestimenta. Apariencia física del niño.
 - a) Apariencia extraña.
 - b) Apariencia apropiada para la edad
 - c) Signos de maltrato/negligencia
- 2) Conducta motriz.
 - a) Lentitud/baja actividad
 - b) Coordinación marcha/equilibrio
 - c) Hiperactividad.
 - d) Inquietud/intranquilidad.
 - e) Tics motores/vocales.
 - f) Hábitos motores/esterotipias.
 - g) Rituales/compulsiones
 - h) Conducta autolesiva.
- 3) Habla/Lenguaje.
 - a) Volumen
 - b) Fluidez (lentitud, tartamudez, farfuleo)
 - c) Prosodia.
 - d) Articulación.
 - e) Construcciones gramaticales.
 - f) Vocabulario.
 - g) Comprensión
 - h) Mutismo.
 - i) Ecolalia
 - j) Frases estereotipadas
 - k) Pobreza de contenido.
 - l) Habla infantil.
 - m) Presión del habla.
 - n) Habla incoherente.
 - o) Fuga de ideas.
- 4) Comunicación.
 - a) Contacto ocular.
 - b) Expresión no verbal.
 - c) Suministro de información.
 - d) Calidad del rapport
 - e) Capacidad para comunicar.
 - f) Adecuación de las intervenciones.
 - g) Necesidad de aprobación.
 - h) Agresividad interpersonal verbal o física.
 - i) Oposicionismo/docilidad.

- 5) Orientación.
 - a) Temporal.
 - b) Espacial.
 - c) Personal.
- 6) Memoria, atención y concentración.
- 7) Funcionamiento intelectual.
 - a) Habilidad para comprender y responder preguntas.
 - b) Capacidad de aprendizaje.
- 8) Pensamiento y percepción.
 - a) Autoestima.
 - b) Imagen corporal.
 - c) Alucinaciones.
 - d) Delirios.
 - e) Fluidez del pensamiento.
- 9) Afecto/ emoción.
 - a) Sonrisa/llanto.
 - b) Afecto embotado.
 - c) Afecto incongruente.
 - d) Susplicacia.
 - e) Malestar al separarse de los padres.
 - f) Críticas a los padres durante la entrevista.
- 10) Actitud ante la entrevista.
 - a) Relación con el entrevistador.
 - b) Grado de colaboración
 - c) Mentiras.
 - d) Responde con cautela.
 - e) No responde a muchas preguntas.
 - f) Se niega a continuar.
 - g) Conciencia alterada.
 - h) Solicita confidencialidad para algunos temas