

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA



Programa Cognitivo-Conductual para disminuir la ansiedad y mejorar las habilidades sociales e niños(as) con Trastorno de Ansiedad Generalizada de las Aldeas SOS de Panamá.

Lizziee C. López R.

C.I.P.8-443-9

PANAMÁ, 2012

57

30 ENE 2013

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la sabiduría en todo momento, y ser la piedra angular que me sostiene e ilumina; a mis padres por enseñarme a luchar por mis metas; a mis hermanas y cuñado por su muestras de afecto y voz de aliento; pero sobre todo a mis dos queridos hijos, Elaine e Isaac por ser fuente de inspiración y eje motor en mi vida. No puedo dejar de mencionar a mi esposo Alexander, cuya comprensión, amor y paciencia que puso al apoyarme en los momentos más cruciales.

04554410

17.00.00

AGRADECIMIENTO

A la profesora Graciela Mabel Álvarez, por todo el interés y dedicación que mostró, en estos meses de ardua convivencia. A los Niños (as) de las Aldeas SOS de Panamá, quienes sirvieron de muestra, pues sin su ayuda y colaboración no hubiera sido posible la realización de esta investigación y al Director, Psicólogas, tías y demás personal, por todo el apoyo brindado. No puedo dejar de mencionar a los licenciados Regulo Sandoya, por revisar la parte estadística; Lignette Brown y a Carmen, por sus acertadas orientaciones; a la señora Saba y a todas aquellas personas que me brindaron sus palabras de aliento y exhortaron a continuar. A ti lector por permitirme compartir esta experiencia.

RESUMEN

Para su adecuado desarrollo psicosocial, el niño (a) necesita que sus cuidadores primarios, le brinden una base segura que les proporcione estabilidad y confianza en sí mismos y en su medio ambiente. Cuando esto no sucede, el niño (a) puede desarrollar una situación de inseguridad unida a un desarrollo de ansiedad disfuncional constante, lo cual le ocasiona malestar durante toda su vida. Es por ello que creímos oportuno desarrollar un programa de Terapia Cognitiva Conductual con el fin de modificar sus pensamientos ansiosos, característica fundamental de los niños (as) con Ansiedad Generalizada, como una forma de contribuir a su bienestar.

Decidimos trabajar con una **muestra de veinte (20) niños(as) de las Aldeas Infantiles SOS en un Estudio Experimental de grupo control pre-test and pos-test**, donde se seleccionó, aleatoriamente, una muestra. Se trabajó con ellos por seis (6) meses, es decir 16 sesiones que se desarrollaron durante 26 atenciones. Se les aplicó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños y la Batería de Socialización, antes y después de la aplicación del programa cognitivo conductual Y se realizó nuevamente una evaluación.

De los resultados de la investigación, podemos decir que la ansiedad en el grupo experimental disminuyó y en la Batería de Socialización se observaron mejoras en las habilidades sociales, específicamente en las áreas de liderazgo, jovialidad, apatía – retraimiento, ansiedad-timidez y Criterial-socialización.

SUMMARY

For a proper psychosocial development, a child requires that those around him/her provide him/her with stability and confidence in himself/herself, and in his/her environment. If this is not so, the infant may develop insecurity and anxiety, which can affect his/her life in a negative way. It is for this reason that we are trying to develop a program for Behavioral Cognitive Therapy to try to change the usual behavior of children with Generalized Anxiety, as a contribution to the study of this malfunction.

We worked with a sample group of twenty (20) children from SOS Villages. With this Experimental Study Group we used a pre-test and a post-test. The selection was at random. We programmed 16 sessions during a period of six months and they were assisted 26 times. They were applied the Manifest Anxiety Scale for Children and the Socialization Battery before and after applying the Behavioral Cognitive Therapy program. This program was evaluated again.

The results of the research showed that anxiety decreased in the experimental group. It was also shown that social skills improved mostly in certain areas, as leadership, empathy- shyness, and criterial socialization.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
INDICE.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	v
 CAPÍTULO I: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA INCLUYE EL TRASTORNO POR ANSIEDAD EXCESIVA INFANTIL	
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Concepto.....	5
1.3 Causas.....	12
1.4 Etiopatogenia.....	15
1.5 Síntomas.....	16
1.6 Criterios para el diagnóstico de trastorno de Ansiedad Generalizada.....	18
1.6.1 Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de Ansiedad Generalizada.....	19
1.6.1.1 Diagnóstico Diferencial.....	21
1.6.1.2 Criterios CIE-10 para el diagnóstico de Ansiedad Generalizada.....	24
1.7 Manifestaciones Clínicas del TAG.....	26
1.7.1 Síntomas cognitivos.....	27
1.7.2 Síntomas fisiológicos.....	32
1.8 Modelos desarrollados para el estudio de la preocupación patológica en el trastorno de Ansiedad Generalizada.....	34
1.8.1 Modelo de Michek Dugas	35
1.8.2 Modelo de Thomas Borkovec.....	35
1.8.3 Modelo de Adrian Wells.....	36
1.8.4 Modelo de David H. Barlow.....	37
1.9 El Modelo Cognitivo de la Ansiedad Generalizada: El Modelo de Beck (1985).....	38

1.10 Tratamiento.....	44
1.10.1 Psicoterapia.....	45
1.10.2 Tratamiento Cognitivo Conductual Clásico del Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	48

CAPÍTULO II: ALDEAS SOS

2.1 Aldeas Infantiles S.O.S y sus antecedentes.....	54
2.1.1 Visión.....	59
2.1.2 Misión.....	59
2.1.3 Objetivo.....	59
2.1.4 Componentes de las Aldeas Infantiles SOS....	60
2.1.4.1 Madre.....	60
2.1.4.2 Hermanos.....	62
2.1.4.3 La Casa.....	65
2.1.4.4 La Aldea.....	67
2.2 Características de los Niños de las Aldeas SOS.....	68
2.3 Responsabilidad en la Aldea Infantil SOS.....	69
2.3.1. Madre SOS.....	69
2.3.2 Acompañante de jóvenes.....	70
2.3.3 Colaboradora/res de apoyo al desarrollo del niño y de la niña.....	71

CAPÍTULO III: TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

3.1 Antecedentes.....	73
3.1. 1 Psicoanálisis de Freud.....	73
3.1. 2 Conductismo.....	74
3.1. 3 Racionalismo	75
3.1. 4 Construccinismo.....	76
3.1. 5 Psicología Cognitiva.....	76
3.2 Objetivo de la TREC.....	78
3.2.1 El "A-B-C" De La Teoria.....	79
3.2.2 Acontecimientos Activadores (A).....	80
3.2.3 Las consecuencias ("c")= Cc (conductas) + Ce (emoción).....	80

3.3	Emociones.....	81
3.3.1	El pensamiento como camino a las emociones.....	82
3.3.2	Tipos de procesos.....	82
3.3.3	Tres de contenidos cognitivos.....	83
3.3.4	Las creencias irracionales (demandas).....	84
3.3.5	Tres niveles del sistema cognitivo.....	89
3.3.6	Tres insights necesarias.....	89
3.3.7	Práctica del TREC.....	90
3.3.8	Formas de discusión de la demanda (Ellis).....	91
3.4	Estilo del terapeuta.....	92
3.5	Los pasos de Ellis para las demandas.....	94
3.5.1	Técnicas emotivo-conductuales.....	94
3.5.2	Las tareas de auto-ayuda.....	95
3.6	La Terapia Cognitiva.....	97
3.6.1	Contenidos de los principales tipos de creencias disfuncionales de autonomía.....	104
3.6.2	Contenidos de los principales tipos de creencias disfuncionales de Relaciones.....	105
3.6.3	Contenidos de los principales tipos de creencias disfuncionales Valía y Rendimiento.....	106
3.6.4	Contenidos de los principales tipos de creencias disfuncionales límites y normas.....	106
3.6.5	Las estrategias y los esquemas.....	112
3.6.6	Estructura de las sesiones.....	114
3.6.7	Los principios.....	114
3.7	Técnicas y recursos terapéutico de la terapia Cognitivo Conductual.....	115
3.7.1	Técnicas para detectar creencias nucleares y creencias intermedias.....	116
3.7.2	Técnicas y recursos terapéuticos de la terapia cognitivo conductual para evaluar y modificar los pensamientos automáticos y creencias.....	117
3.7.3	Tareas de Auto-Ayuda (entre sesiones).....	118
3.8	Características De La Terapia Cognitivo-Conductual.....	122
3.9	Componentes Clave del tratamiento	127
3.9.1	Psicoeducación.....	127
3.9.2	Relajación /Manejo Somático.....	129
3.9.3	Reestructuración Cognitiva.....	130
3.9.4	Resolución de Problemas.....	131
3.9.5	Tareas de Exposición.....	133

3.9.6 Prevención de recaídas.....	143
3.10 Programa del Gato Valiente.....	146
3.11 La Terapia Cognitivo-Conductual: descripción de los estudios empíricos.....	149

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Planteamiento del problema.....	161
4.2 Objetivos de la investigación.....	161
4.2.1 Objetivo General.....	161
4.2.2 Objetivos Específicos.....	161
4.3 Preguntas de investigación.....	163
4.4 Justificación.....	163
4.5 Viabilidad de la investigación.....	165
4.6 Tipo de investigación.....	165
4.7 Diseño de investigación	166
4.8 Variables de la investigación	167
4.9 Definición conceptual de las variables.....	167
4.9.1 Variable independiente.....	167
4.9.2 Variable dependiente.....	168
4.10 Definición Operacional de las variables.....	170
4.10.1 Variable independiente.....	170
4.10.2 Variable dependiente.....	170
4.10.3 Variable control.....	170
4.11 Población y muestra.....	171
4.11.1 Población.....	171
4.11.2 Muestra.....	171
4.12 Criterio De Inclusión.....	180
4.12.1 Conformar los dos grupos muestrales.....	180
4.12.2 Decisión sobre el grupo experimental y grupo control.....	180
4.13 Escenario.....	181
4.14 Recolección de los datos.....	181

4.14.1	Instrumentos y técnicas de medición.....	181
4.14.1.1	Entrevista Clínica.....	181
4.14.1.2	Escala de Ansiedad manifiesta en niños CMAS-R: Desarrollo de la CMAS-R	181
4.14.1.2.1	Descripción General.....	182
4.14.1.2.2	Aplicación.....	182
4.14.1.2.3	Puntuación.....	183
4.14.1.2.4	Subescalas de Ansiedad.....	185
4.14.1.2.5	Revisión De la Escala.....	187
4.14.2	Batería de Socialización (BAS)1,2 y 3.....	187
4.14.2.1	Antecedentes.....	187
4.14.2.2	Las escalas básicas tienen su origen en estudios de factorización.....	190
4.14.2.2.1	Escalas de aspectos Facilitadoras.....	190
4.14.2.2.2	Escalas de aspectos perturbadores//inhibidores.....	191
4.14.3	Instrucciones para la aplicación.....	192
4.14.4	Normas de corrección y puntuación.....	193
4.14.5	Validez y confiabilidad.....	195
4.15	Métodos de Intervención.....	196
4.15.1	Descripción del programa de Intervención.....	196
4.16	Procedimiento Estadístico.....	197
4.17	Diseño Estadístico.....	198
4.18	Hipótesis de la Investigación.....	200

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1	Hipótesis y Procedimiento Estadístico.....	205
5.2	Resultados de las puntuaciones de las Escalas.....	218
5.3	Resultados de la Escala de Actitudes Disfuncionales.....	227
5.4	Análisis de los Resultados.....	228
5.4.1	Resultados de la entrevista e historia.....	228
5.4.2	Resultados más relevantes durante el tratamiento.....	230
5.4.3	Resultados obtenidos en la escala de ansiedad manifiesta en niños.....	232
5.4.4	Resultados obtenidos en la Batería de Socialización BAS.....	233
5.4.5	Acerca de las hipótesis estadísticas.....	234

CONCLUSIONES.....	237
RECOMENDACIONES.....	240
BIBLIOGRAFÍA.....	241
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Todos los niños en su proceso normal de desarrollo, tienden a establecer vínculos afectivos con sus cuidadores primarios para sentirse seguros, cuidados y protegidos. Cuando los niños no cuentan con buenos cuidadores que le proporcionen una base segura, pueden desarrollar un estilo de apego inseguro desorganizado, tienen experiencias relacionales tempranas tan dolorosas y caóticas que ni siquiera pueden organizarse en responder de una forma regular y característica en su relación con sus cuidadores. Main y Solomon (1990) fueron los primeros en reconocer y caracterizar este cuarto estilo de apego (D) en niños que no correspondían a ninguna de las clasificaciones de apego tradicionalmente conocidas, propuestas por Ainsworth. Alrededor el 75 a 80% de la población de niños maltratados presenta estilos de apego desorganizado. Dantagnan (2005).

Es por ello que desarrollan ansiedad y la canalizan mediante comportamientos hostiles y de rechazo. De esta manera, el resultado será la vivencia repetida de angustia, miedo y desesperanza. La ansiedad es una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, sea real o no la amenaza. También es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro. Los temores se convierten en parte de la vida del niño cuando éste comienza a alejarse de la madre y empieza a explorar el mundo por sí solo.

Los trastornos de ansiedad en niños son comunes (Bernstein y Borchardt, 1991). La investigación sugiere que aproximadamente 10 a 20% de los niños en la población general y de atención primaria muestran niveles de ansiedad clínica, (Chavira, Stein, Bailey y Stein 2004 Costello, Musatillo, Kler y Angold, 2004).

Los niños con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tienen recurrentes temores y preocupaciones que encuentran difícil de controlar. Pueden tener preocupaciones acerca de casi todo o nada, como la escuela, los deportes, están a tiempo, o incluso las catástrofes naturales. Pueden ser inquietos, irritables, tensos, cansados, y pueden tener dificultad para concentrarse o dormir. Los niños con TAG son normalmente deseosos de complacer a los demás y pueden ser supersticiosos, tienden a maximizar sus dificultades y pensar que no tienen recursos.

Este trabajo se realiza para lograr una mejor comprensión de lo que es el Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños de las Aldeas SOS de Panamá, cuyo objetivo es valorar que tan efectiva es la terapia cognitiva conductual para disminuir la ansiedad de estos niños.

La utilidad de esta investigación permitirá conocer más sobre la ansiedad en estos niños tan vulnerables por los problemas personales y afectivos que ya tienen. Además los trastornos de ansiedad no tratados a tiempo conllevan a trastornos de depresión, a consumos de sustancias tóxicas y al suicidio.

El primer capítulo trataremos el trastorno de ansiedad generalizada, causas, signos y síntomas, Además los criterios diagnósticos según el DSM-IV –TR y el CIE y los diferentes tratamientos. En el segundo capítulo estudiaremos las Aldeas SOS, su funcionamiento y objetivos.

En el tercer capítulo a tratar será la terapia cognitiva conductual y la intervención terapéutica utilizada y en el cuarto capítulo se presentará la metodología utilizada para la realización de este trabajo.

El quinto y último capítulo expondremos los resultados de esta investigación y al final expondremos nuestras conclusiones, recomendaciones y bibliografía.

Los resultados son muy importantes porque se trata de una población muy sensible y que requiere de contar con aportes que permiten a los especialistas de la materia conocer más a fondo la problemática y contar con mejores recursos para brindar alternativas a estos niños(as) criados en hogares sustitutos

CAPÍTULO I

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (INCLUYE EL TRASTORNO POR ANSIEDAD EXCESIVA INFANTIL)

1.1 Antecedentes

Los trastornos de ansiedad pueden darse en cualquier persona, simplemente unos estarán más predispuestos que otros dependiendo de su personalidad y su vulnerabilidad biológica, así como del soporte social en el que se desenvuelvan. De este modo, los sujetos con una organización estable de la personalidad necesitarán estímulos intensos o persistentes para descompensarse, mientras que las personas inestables pueden desequilibrarse ante estímulos irrelevantes.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un problema de alta prevalencia, caracterizado por la preocupación excesiva o la ansiedad sobre los eventos y problemas diarios, hasta el punto de que el individuo presenta considerable sufrimiento y dificultad para cumplir las tareas diarias. Para cumplir los criterios del Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV-TR) (Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales)¹ para el TAG, la ansiedad y la preocupación deben ir acompañados de hiperactividad autonómica (frecuencia cardíaca rápida, disnea, sensación de sequedad en la boca y mareos), mayor tensión motriz (fatiga, agitación, temblores y tensión muscular) y mayor vigilancia (deterioro de la concentración y sensación de tensión) centro de la ansiedad y la preocupación no se limita a las características de otro trastorno del Eje I, como tener un ataque de pánico (como en el trastorno de pánico), estar incómodo en

¹ American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition Washington DC: American Psychiatric Association Press

público (como en el trastorno por ansiedad social) o estar contaminado (como en el trastorno obsesivo-compulsivo). Los síntomas deben presentarse al menos uno de cada dos días, durante un período de seis meses o más. La aparición de los síntomas de TAG es generalmente gradual, aunque puede precipitarse por eventos vitales estresantes.

La gravedad del TAG, tiende a fluctuar (Schweizer, 1997) y se presenta de forma recurrente y crónica, con una baja tasa de remisión y recuperación.² Frecuentemente es difícil de diagnosticar debido a la aparición frecuente de afecciones concomitantes médicas o psiquiátricas. Hasta el 90% de los pacientes con TAG muestran síntomas concomitantes de depresión, distimia, somatización, trastorno bipolar o abuso de sustancias.³

Algunos estudios han detectado una predisposición familiar al sufrir este trastorno. A pesar de ello, estos resultados no son todavía consistentes y no se ha demostrado un patrón determinado de agregación familiar.⁴ La ansiedad como rasgo muestra una evidente incidencia familiar, estudios más recientes llevados a cabo con gemelos sugieren una contribución genética al desarrollo de este trastorno.

² Tonks A (2003) Extracts from "Best Treatments" treating generalized anxiety disorder BMJ 2003, 326 700-2

³ Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zao S, y col (1994) Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R psychiatry disorders in the United States Archives of General Psychiatry 1994, 51(1) 8-19

⁴ Kaplan, M, Sadock's, M (2000) Synopsis of Psychiatry, American Psychiatric Press, 9° edition

Existen algunos estudios de neuroimagen en que se han hallado ciertas diferencias con los individuos sanos, a pesar de ello, no se trata de resultados concluyentes. No es infrecuente encontrar en estos paciente trastornos de la personalidad, principalmente de tipo evitativo, histriónico, dependiente u obsesivo. Existen también diversas teorías psicológicas de la angustia, como son la teoría psicodinámica, la teoría conductual y la teoría cognitiva.⁵

El estudio de las fobias específicas y de la ansiedad en niños presenta una relevancia histórica en el desarrollo de la conceptualización de la ansiedad tanto en el campo del psicoanálisis como en el del conductismo.⁶

El caso del “pequeño Hans” o “Juanito de S. Freud ha sido una piedra angular de la teoría psicoanalítica (Freud, 1909/1955) por un lado y por el otro, el “Pequeño Alberto” dio origen al concepto de que el temor de un niño a un estímulo previamente neutro (por ejemplo: un conejo), podía darse mediante la asociación del mismo con otro estímulo inversivo, como un golpe que emitiera un ruido atemorizante (Watson y Rayner, 1920). Este último trabajo permitió que se enfatizara la importancia de la teoría del aprendizaje, la cual dio lugar a futuros estudios y teorizaciones que sustentan los modelos teóricos actuales como el cognitivo.

⁵ García, B, García, M, García P y otros (2001) Trastorno de ansiedad Generalizada Editorial Tricastilla, Madrid; España, pág 224

⁶ March, J (1995) Anxiety Disorders in Children and Adolescents New York the Guilford press

Desde puntos de vista fisiológicos se han postulado diversas hipótesis respecto a la implicación de determinados *neurotransmisores* y sus receptores cerebrales. Podemos mencionar la posible alteración en el sistema de regulación de serotonina (neurotransmisor cerebral), o bien, la teoría basada en el posible mal funcionamiento del receptor benzodiacepínico ligado al receptor del neurotransmisor GABA (ácido gamma-aminobutírico).⁷

1.2 Concepto

Los trastornos de ansiedad más comunes de 8 a 10 años de edad son: la ansiedad de separación, la fobia específica, la fobia escolar y la ansiedad excesiva infantil.

Algunas de las manifestaciones típicas son: los temores referentes a una posible separación, daño y/ o pérdida de las figuras de apego, la evitación de situaciones sociales y formativas, quejas sobre síntomas físicos como dolor de estómago, náuseas, cefaleas, etc. La Cuarta versión del manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría afirma que en los niños, la ansiedad puede traducirse en llantos, berrinches, inhibición o abrazos.⁸

La ansiedad es una reacción emocional que se da ante la percepción de una amenaza o peligro y tiene como finalidad la protección del individuo.

⁷ Schatzberg, A, Nemeroff, Ch Tratado de psicofarmacología Ediciones Elsevier Barcelona España pp 1384

⁸ American Psychiatric Association (1994) Op cit, 4th Edition, Washington, DC American Psychiatric Association Press

Las personas que padecen trastornos de ansiedad creen estar expuestas a una amenaza física o social. Si la amenaza está objetivamente presente o no, es irrelevante para la experiencia de la ansiedad, ya que lo esencial es la interpretación de la situación como amenaza personal, es la significación de los hechos lo que determina la emoción más que los hechos mismos.⁹

Peter Lang (1968) postula una teoría tripartida de la ansiedad, en la cual se pueden dar simultáneamente:

- **Síntomas fisiológicos**, como los cardiovasculares: taquicardia, elevación de la presión arterial, opresión en el pecho, síntomas respiratorios como ahogo y gastrointestinales como las náuseas.
- **Cognitivos o mentales** como: ideas o imágenes catastróficas, sensación de inseguridad sentimientos de inferioridad.
- **Síntomas conductuales** como evitación, inquietud y parálisis.

Cabe destacar que no toda ansiedad es patológica, sino que se puede diferenciar entre la ansiedad adaptativa vs patológica, la cual muy frecuentemente se caracteriza por ser desproporcionada respecto al estímulo, y duradera, produciendo limitaciones en la vida diaria de la persona que la padece.

⁹ Keegan, E (1998) Trastorno de Ansiedad La perspectiva cognitiva Vertex Revista Argentina De Psiquiatría, IX, 197-209

Cuadro N° 1. Comparativo entre Ansiedad Adaptativa y Patológica

Ansiedad Adaptativa	Ansiedad Patológica
Preocupaciones presentes o del futuro inmediato.	Basada en una apreciación irreal o distorsionada de la amenaza.
Desaparece tras resolver el problema	Desmedida, persistente
	Restringe la autonomía

Fuente: Bunge, Gomar; Mandil. *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes* ¹⁰

La ansiedad generalizada se puede considerar como una forma crónica de ansiedad, de tipo predominantemente cognitivo y de naturaleza incontrolable, cuyo diagnóstico en la infancia requiere que el niño manifieste esa ansiedad y preocupación excesiva al menos durante 6 meses con referencia a una gran diversidad de situaciones o momentos. La impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, alteraciones del sueño o la tensión muscular son algunos de los síntomas que suelen acompañar al trastorno (DSM-IV-TR, 2002).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se refiere a una condición que se caracteriza por una preocupación excesiva. Es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Se presenta con preocupación Y tensiones crónicas aún cuando nada parece provocarlas.

¹⁰ Bunge, E. Gomar, Mandil, J. (2010) Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Aportes Técnicos 2da. Edición. Editorial Librería Akadía

El padecer de este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia, el trabajo o nada en particular. A veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad.

Las personas que padecen de TAG, no parecen poder deshacerse de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad, es más intensa de lo que la situación justifica.¹¹

Quienes padecen de TAG también parecen no poder relajarse. Frecuentemente tienen dificultad en conciliar el sueño o en permanecer dormidos. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire.

Pueden sentir náusea o que tienen que ir al baño frecuentemente o pueden sentir como si tuvieran un nudo en la garganta.¹²

¹¹ Anderson J. C., Williams, S., Mc Gee, R. Y. Silva P. A. (1987) Disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. Archives of general Psychiatry, 44, 69-76

¹² Benedito Ma C., Botella, C. (1992) El tratamiento de la Ansiedad Generalizada por medio de procedimientos cognitivo-comportamentales. Psicothema vol. 4, Pp 479-490

Muchos individuos con TAG se sobresaltan con mayor facilidad que otras personas. Tienden a sentirse cansados, les cuesta trabajo concentrarse y a veces También sufren de depresión Los niños y adolescentes con este trastorno se preocupan en extremo por sus actividades, ya sea por su rendimiento académico, deportivo o incluso por ser puntual. Esta clase de personas suelen ser muy responsables, se sienten tensos y necesitan mucha seguridad. Pueden quejarse de dolores de estómago, de cabeza u otras afecciones que no parecen tener una causa física.¹³

A diferencia de muchos otros trastornos de ansiedad, las personas con TAG no necesariamente evitan ciertas situaciones como resultado de su trastorno. Sin embargo, si éste es severo, el TAG puede ser muy debilitante, resultando en dificultad para llevar a cabo hasta las actividades diarias más simples.¹⁴

El trastorno se presenta gradualmente y puede empezar en cualquier momento del ciclo de la vida, aunque el riesgo es más alto entre la niñez y la mediana edad. Se diagnostica cuando alguien pasa al menos 6 meses preocupándose excesivamente por un número de problemas cotidianos. Hay evidencia de que el factor genético juega un papel modesto en el trastorno.¹⁵

¹³ Morris, T. L., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Storch, E. A. (2004) Developmentally sensitive assessment of social anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 13-28

¹⁴ Rynn M, Siqueland L, Rickels K (2001) Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001;158 (12)2008-2014.

¹⁵ Anderson J. C., Williams, S., McGee, R. Y., Silva P. A. (1987) Op Cit. *Archives of general Psychiatry*, 44, 69-76

El trastorno de ansiedad generalizada puede estar acompañado de otro trastorno de ansiedad, depresión o abuso de sustancias; éstos deben tratarse juntamente con el trastorno. La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.

A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vayan a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.¹⁶

Las teorías psicológicas han señalado a la preocupación excesiva y patológica como el síntoma patognomónico del TAG, esto es, su marca de identidad. Se estima que aproximadamente el 90% de las personas que sufren de este problema responden afirmativamente a la siguiente pregunta simple: "¿Se preocupa usted en exceso sobre cuestiones menores?"

¹⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992) Clasificación Internacional de Enfermedades 10 revisión De los trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas de diagnóstico OMS, Ginebra

Sabemos que la tendencia a preocuparse se vincula íntimamente con una sobreestimación del riesgo percibido, especialmente en situaciones ambiguas. Pero esto no es ningún dato novedoso. En efecto, todos los trastornos de ansiedad comparten de una u otra forma un común denominador conocido como vulnerabilidad psicológica incrementada.¹⁷

En pocas palabras, esto se resume en que las personas con problemas de ansiedad tienden a percibir las situaciones exageradamente más amenazantes y peligrosas al tiempo que minimizan sus habilidades para enfrentarse a las mismas. Naturalmente, nos referimos a un proceso automático, con escasa o nula mediación consciente.

En el TAG, la vulnerabilidad psicológica aumentada adopta la forma de preocupaciones recurrentes, sea sobre temas importantes o triviales. Es característico un pensamiento poco claro, con imágenes catastróficas difusas y frases incompletas; el paciente piensa en destellos y fragmentos, con términos altamente globales e inespecíficos. Expresiones tales como "y si me pasa algo...", "y si las cosas salen mal...", "y si...", suelen jugar la introducción de cadenas cognitivas que realzan la amenaza, el peligro, el riesgo. (DSM-IV -TR, 2002)

¹⁷ CETECIC (2003) Minici, Anel, Rivadeneira C y José Dahab Trastorno de Ansiedad Generalizada. Tratamiento Cognitivo Conductual Revista 5 de Terapia Cognitivo Conductual

1.3 Causas

La etiología del trastorno se debe a una combinación de elementos:

- Vulnerabilidad biológica, por ejemplo: un bajo umbral de activación del “arousal” afectivo.
- Procesamiento sesgado de la información por parte del niño, por ejemplo: magnificar los peligros y desvalorizar los recursos de afrontamiento.
- Transmisión cultural del “sesgo catastrófico” en ambientes significativos como la familia.
- Experiencias de aprendizaje, por ejemplo: un patrón de apego ansioso en la crianza.

Se puede distinguir entre los factores predisponentes como los genético-hereditarios, el temperamento y el aprendizaje infantil, por un lado, y por el otro, los factores precipitantes, los acontecimientos aversivos actuales.

Borkovec (1994) ha distinguido dos componentes en la vulnerabilidad psicológica: La percepción de amenaza generalizada (o la visión del mundo como peligroso) y el sentirse incapaz de afrontar eventos amenazantes. Esta vulnerabilidad ha podido surgir a partir de la experiencia de ciertos traumas y de vivencias de rechazo por parte de los padres.

En comparación a sujetos sin TAG, sujetos con TAG han informado de una mayor frecuencia de eventos traumáticos en el pasado tanto en general como de tipo concretos de trauma (enfermedad/daño/muerte, agresión física/sexual, acontecimientos emocionales con familiares y amigos, varios). Otros factores históricos asociados al TAG han sido la pérdida de un progenitor antes de los 16 años, padre alcohólico, maltrato verbal y haber tenido que cuidarse anticipadamente de los padres y de sí mismo en la infancia.¹⁸ Los sujetos análogos y pacientes con TAG pueden presentar también una vinculación o apego más seguro a su principal ser querido en la infancia.

Concretamente han puntuado más alto en las escalas de sentirse más rechazados por dicho ser querido, sentimientos fluctuantes hacia el mismo (aprecio, enfado), necesidad de protegerlo y miedo de perderlo, equilibrio/perdón ("a pesar de todo lo pasado, aún nos llevamos bien") y falta de recuerdos sobre la infancia. La existencia de conflicto interno viene expresada por la relevancia simultánea de enfado y perdón en los sentimientos actuales hacia el ser querido, lo cual sugiere unas relaciones inseguras y perturbadas hacia sus seres queridos.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una afección común. Estudios más recientes llevados a cabo con gemelos sugieren una contribución

¹⁸ Bokovec T D & Roener (1995) Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry 26, 25-30

genética al desarrollo de este trastorno. El estrés también puede contribuir a la aparición del trastorno de ansiedad generalizada. Habitualmente estos trastornos de ansiedad pueden ser multifactoriales.¹⁹

Cualquier persona puede sufrir este trastorno, incluso los niños. La mayoría de las personas que sufren este trastorno dicen que han estado ansiosas desde que tienen memoria. El trastorno de ansiedad generalizada es un poco más frecuente en las mujeres que en los hombres.²⁰

En síntesis, el TAG se entiende como un desorden psicopatológico complejo y multifacético. La investigación científica ha develado gran parte de los procesos psicológicos que explican su funcionamiento, derivando de ellos tecnologías de intervención cada vez más precisas. En consonancia con ello, los tratamientos consisten en programas multicomponentes que incluyen las técnicas aquí mencionadas, esto es, entrenamiento en resolución de problemas, exposición funcional cognitiva y reestructuración cognitiva; pero también otras estrategias de intervención tales como el control estimular de la preocupación o la relajación muscular autoaplicada, entre otras.²¹

¹⁹ Portela, A., Vetere, G. y Rodríguez B. (2007) Perfil de Personalidad de pacientes con trastorno de Ansiedad Generalizada Vertex Revista de Psiquiatría, vol XVI, pág. 129-134

²⁰ Eisen A. R. y Silverman, W. K. (1998) Prescriptive treatment for generalized anxiety disorder in children Behavior therapy, 29, 105-121

²¹ Ayuso, G. L. (1992) Manual de psiquiatría España: McGraw Hill. Pág. 192

1.4 Etiopatogenia

Las extensas conexiones entre el sistema reticular y el vermis cerebeloso apuntan a la posibilidad que estén implicados en la regulación autonómica de la tensión y ansiedad. Los estudios de sueño registran un aumento en la latencia del sueño con aumento de las etapas I y II, disminución del sueño profundo, disminución del REM y del tiempo total de sueño.²²

Parece existir algún componente genético modesto, aunque otros estudios no han encontrado evidencia (Torgersen, 1983; Kendler et al., 1992a). Sin embargo, cerca de un 20% de los parientes de primer grado de un paciente con trastorno de ansiedad generalizada sufren del mismo trastorno (vs. 5% de la población general), pero sin mayor riesgo para trastorno de pánico (Noyes et al., 1987). Un individuo con un trastorno de ansiedad tiene un riesgo incrementado de tener otro trastorno de ansiedad o depresión.²³

Los estudios con PET muestran incremento del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo cuando el paciente presenta síntomas leves a moderados de ansiedad, pero se produce vasoconstricción ante síntomas severos. La ansiedad produce hiperventilación, reducción del CO₂ y disminución del flujo sanguíneo cerebral.

²² Bowman, D., Scogin, F., Floyd, M., Patton, E. y Gist, L. (1997) Efficacy of self-examination therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Counseling Psychology, 44, 267-273

²³ Papp L.A., Klein D.F., Gorman J.M. (1995) Carbon Dioxide Hypersensitivity, hypersensitivity, and panic disorder. Am J Psychiatry 150: 1149-1157

Desde la teoría cognitiva, el Trastorno de ansiedad generalizada se desarrolla a partir de la colocación de los recursos de atención en una amenaza, fácil acceso y obtención rápida de información relacionada con la amenaza, autoconciencia o excesiva preocupación acerca de cómo lo perciben los otros a uno mismo, exagerado y excesivo miedo a las sensaciones corporales asociadas con ansiedad y un trastorno para percibir los grados de estrés o la dificultad de una tarea.²⁴

1.5 Síntomas

El síntoma principal del trastorno de ansiedad generalizada es la presencia casi constante de preocupación o tensión, incluso cuando hay poca o ninguna causa. Las preocupaciones parecen flotar de un problema a otro, como problemas familiares o de relaciones interpersonales, cuestiones de trabajo, dinero, salud y otros problemas

Incluso estando consciente de que sus preocupaciones o miedos son más fuertes de lo necesario, una persona con trastorno de ansiedad generalizada aún tiene dificultad para controlarlos.

²⁴ Bokovec T D & Roemer (1995) Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry 26,25-30

Entre los síntomas del trastorno de Ansiedad Generalizada según el CIE-10 (1992) tenemos:

- a. **Síntomas autónomos (4):** Palpitaciones aceleradas o taquicardia, sudoración, temblor o sacudidas, sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).
- b. **Relacionados con pecho y abdomen (4):** dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal.
- c. **Relacionados con el estado mental (4):** Sensación de mareo, irritabilidad o desvanecimiento; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia, miedo a morir.
- d. **Síntomas Generales (6):** sofocos o escalofríos; aturdimiento o sensaciones de hormigueo; tensión, dolores o molestias musculares; inquietud o incapacidad para relajarse; sentimiento de estar al límite o bajo presión, o de tensión mental; sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
- e. **Otros síntomas no específicos (4):** respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos; dificultad para concentrarse o "mente en Blanco" debido a la preocupación o la ansiedad; irritabilidad persistente; dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

A continuación mencionaremos los síntomas más habituales en las personas que sufren un TAG:

- Se preocupan excesivamente por diversos temas, incluso aquéllos de muy poca importancia.
 - Poseen un amplio y variado conjunto de temores que los mantienen constantemente "alertas".
 - Anticipan e imaginan eventos negativos permanentemente, es decir esperan "lo peor".
 - Sufren de tensión muscular, lo cual muchas veces conduce a fuertes dolores y contracturas.
 - Muestran dificultades para concentrarse y, como consecuencia, también frecuentemente para tomar decisiones.
 - Sienten fatiga, irritabilidad y muy a menudo, sufren de insomnio.
 - Inquietud y a menudo se siente con mucha facilidad sobresaltado.
- Junto con las preocupaciones y las ansiedades, también pueden estar presentes muchos síntomas físicos, como tensión muscular (temblor, dolor de cabeza) y problemas estomacales, como náuseas o diarrea. (DSM-IV-TR, 2002).

1.6 Criterios para el Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada

Se describen los criterios de clasificación para el TAG a partir de los dos grandes sistemas de clasificación actuales: el DSM-IV-TR y el CIE 10. DSM IV-TR (APA, 1995). El DSM- IV-TR clasifica al Trastorno de Ansiedad Generalizada dentro de lo que corresponde al eje I, de acuerdo al sistema multiaxial de este manual, que son los trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención en la clínica. El TAG, forma parte del apartado de "trastornos de

ansiedad", junto a otras 12 clasificaciones de trastornos. El DSM- IV-TR toma como característica esencial del TAG la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) centradas en una amplia gama de acontecimientos y situaciones.

Esto debe durar seis meses y la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto y un malestar clínicamente significativo. Las alteraciones no son por el efecto de una enfermedad médica, los efectos fisiológicos de una sustancia y no aparecen durante el curso de un trastorno del estado de ánimo o un trastorno psicótico.

Se trata de una ansiedad excesiva o no adecuada a la edad del niño, relacionada con la separación del hogar o de figuras importantes. Se debe dar en al menos 3 de estas circunstancias: American Psychiatric Association 2000.

1.6.1 Criterios del DSM-IV-TR para el Diagnóstico de Ansiedad Generalizada

- a. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- b. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

- c. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
- Inquietud o impaciencia
 - Fatigabilidad fácil
 - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - Irritabilidad
 - Tensión muscular
 - Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
- d. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

- e. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- f. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

1.6.1.1. Diagnóstico diferencial

El trastorno de ansiedad generalizada debe diferenciarse **del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica**, en que los síntomas se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente (p.ej. hipertiroidismo).

El diagnóstico debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. **El trastorno de ansiedad inducido por sustancias** se diferencia del trastorno de ansiedad generalizada por el hecho de que la sustancia (p.ej. drogas, fármacos y tóxicos) se considera etiológicamente relacionada con los síntomas de ansiedad.

Por ejemplo, la ansiedad de carácter intenso que sólo debe considerarse cuando el origen de la ansiedad y de la preocupación no está relacionado con el

trastorno subyacente, es decir la inquietud excesiva del individuo no se relaciona con la posibilidad de sufrir una crisis de angustia como en el **trastorno de angustia**, pasarlo mal en público como en la **fobia social**, contraer una enfermedad, como en el **trastorno obsesivo-compulsivo**, engordar como en la anorexia nerviosa, padecer una enfermedades como la hipocondría, a presentar múltiples síntomas físicos como en el trastorno de somatización o la preocupación por el bienestar de las personas queridas o por el hecho de estar alejado de las o de casa como en el Trastorno de ansiedad por separación.

Por ejemplo, la ansiedad en la fobia social se centra en futuras situaciones sociales en la que el individuo debe actuar en público o ser evaluado por los demás, mientras que las personas con trastorno de ansiedad generalizada experimentan ansiedad sean o no objeto de evaluación.

Varias características de las ideas obsesivas del trastorno obsesivo-compulsivo, los pensamientos de carácter obsesivo no compulsiva, meras preocupaciones por problemas diarios de la vida real, sino bien intrusismos egodistónicos que suelen tomar la forma de urgencias, imágenes e impulsos añadidos a estos pensamientos.

Finalmente, la mayoría de las obsesiones se acompañan de actos compulsivos cuyo propósito es reducir la ansiedad que generan dichas obsesiones.

La ansiedad se encuentra invariablemente presente en el trastorno por estrés postraumático. No debe diagnosticarse un trastorno de ansiedad generalizada si esta ansiedad sólo se pone de manifiesto en el curso de un trastorno por estrés postraumático. También puede aparecer ansiedad en el Trastorno adaptativo, si bien esta categoría es de carácter residual y sólo debe utilizarse cuando no se cumplen los criterios diagnósticos de cualquier otro trastorno de ansiedad (incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada).

Es más, en el trastorno adaptativo la ansiedad aparece como respuestas a estresantes vitales y no se prolonga más de 6 meses después de la desaparición de la situación estresante o de sus consecuencias. La ansiedad generalizada es característica frecuente del **trastorno del estado de ánimo** y de los **trastornos psicóticos**, y no debe diagnosticarse de forma independiente si sólo aparece coincidiendo con alguno de estos trastornos.

Varios aspectos distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la Ansiedad patológica. En primer lugar, las preocupaciones del trastorno de ansiedad generalizada son difíciles de controlar e interfieren típicamente y significativamente en la actividad general del individuo, mientras que las preocupaciones normales de la vida diaria son más controlables e incluso pueden dejarse para otro momento.

En segundo lugar, las preocupaciones del trastorno de ansiedad generalizada son más permanentes, intensas perturbadoras y duraderas, apareciendo a menudo en ausencia de factores desencadenantes. Cuantas más preocupaciones tenga el individuo (económicas, salud de los hijos, rendimiento laboral, reparación del automóvil, más probable es el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Por último, las preocupaciones normales de la vida diaria no suelen acompañarse de síntomas físicos (p.ej. fatiga excesiva, inquietud motora, impaciencia, irritabilidad), aunque esto es menos cierto en los niños.

1.6.2 Criterios CIE-10 para el Diagnóstico de Ansiedad Generalizada

TAG se incluye dentro de la subcategoría de "Otros trastornos de ansiedad". La CIE-10 1992, toma como característica esencial del TAG a la ansiedad persistente y generalizada, que es una "angustia libre flotante", no está limitada ni predomina en ninguna situación particular. Su curso tiende a ser fluctuante y crónico, es variable.

Según el CIE-10 (OMS, 1992), para poder ser diagnosticado el TAG, los síntomas de ansiedad deben estar presentes la mayor parte de los días, o por lo menos varias semanas seguidas y debe existir:

- **Aprensión** (preocupación por el rendimiento en el trabajo o en la escuela, la salud propia o de otras personas, sentirse al límite, dificultad en concentrarse). Una anticipación constante de problemas y calamidades.

- **Tensión muscular** (agitación e inquietud psicomotora, incapacidad para relajarse, cefaleas, temblor, etc).
- **Hiperactividad vegetativa** (mareo, sudoración, taquicardia, molestias epigástricas, vértigo, resequedad en la boca, etc).

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.

A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar, vayan a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio

depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42).

1.7 Manifestaciones Clínicas del TAG

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad persistente y generalizada disparada por preocupaciones. Esta tensión ansiosa no tiene relación con situaciones concretas, aunque condiciones de distrés precedan o acompañen su inicio. Las preocupaciones que presenta el sujeto son desproporcionadas con respecto al suceso que vive como amenazante, son persistentes y difíciles de controlar.

El sistema autónomo se activa apareciendo síntomas somáticos diversos. Las personas que presentan TAG, suelen tener una sensibilidad especialmente alta hacia cualquier imprevisto o percance de la vida cotidiana, e invierten así grandes cantidades de energía y esfuerzo para combatirlos.

En los trastornos de ansiedad los individuos ponen en juego tres sistemas de respuesta que interactúan entre sí en un proceso complejo. Estos sistemas son el cognitivo, el comportamental y el fisiológico. En los trastornos de ansiedad su interacción es disfuncional creando así un círculo vicioso. La organización de los síntomas del TAG de acuerdo a estos sistemas, se orienta hacia el desarrollo de programas de tratamiento que se puedan adaptar a las necesidades de cada paciente.

Así, para que la terapia se vuelva efectiva es necesario realizar intervenciones de distinta índole rompiendo con diversos puntos del círculo vicioso²⁵

La disminución del tono parasimpático se relaciona con la pobre concentración atencional y la distractibilidad, ambas características presentes en el trastorno de ansiedad generalizada²⁶ Los síntomas de estas tres áreas, brevemente expuestos, son ampliados y detallados a continuación.

1.7.1 Síntomas Cognitivos

La cognición es la adquisición, el procesamiento, la organización y la utilización del conocimiento que cada uno tiene sobre sí mismo, y sobre el mundo, es el acto de conocer. Los esquemas mentales o los sistemas de creencias son los que organizan este modo de verse a sí mismos y al mundo circundante. Así mismo dirigen la atención y la percepción selectiva de los estímulos externos, cotejando estos estímulos con representaciones de la experiencia previa.

²⁵ Cia, A H (2002) La Ansiedad y sus Trastornos. Manual Diagnóstico y Terapéutico Buenos Aires Editorial Polemos

²⁶ Borkovec T D Newman M G (1998) Worry and generalized anxiety disorder En A S Bellack & M Hersen (Eds.), Comprehensive Clinical Psychology (Vol 6) (pg 439-461) Gran Bretaña, Pergamon

Si existen creencias irracionales arraigadas, en el cotejo de la información pueden existir deformaciones sistemáticas de la percepción y de la atención, produciéndose distorsiones variadas²⁷

Existen parcialidades ("biases") cognitivas, atencionales y del juicio en todos los trastornos de ansiedad, aunque el contenido de éstas difiera de trastorno a trastorno. Las parcialidades cognitivas se basan en la selección y en el procesamiento no verídico de la información emocional²⁸

Las tendencias en la atención de los individuos ansiosos es atender al material amenazante, pero luego evitar su codificación en la memoria. Otras de las parcialidades en la atención, están dadas por los efectos de interferencia que se producen, cuando los pensamientos de ansiedad están presentes (por ejemplo, no poder concentrarse). En cuanto a las parcialidades del juicio, tienden a una alta estimación del riesgo personal, lo cual invariablemente lleva a la experiencia de ansiedad y a un aumento de la disponibilidad de la información amenazante.²⁹

La preocupación excesiva es el síntoma cardinal del TAG (Falcoff, 2000). Otros síntomas cognitivos son la dificultad para concentrarse resultante de la ansiedad excesiva, la dificultad para controlar esta preocupación constante, la

²⁷ Cia A H (1994) Ansiedad, estrés, pánico, fobias. Trastornos por ansiedad. Buenos Aires, Argentina. Estudio Sigma

²⁸ Dugas M J Ladouceur R (2000) Treatment of gad targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. Behavior Modification. 24 (5), 635-658

²⁹ Craske M G Pontillo D C (2001) Cognitive biases in anxiety disorders and their effect on cognitivebehavioral treatment. Bull Menninger Clinical. 65 (1), 58-77

hipervigilancia con una exagerada respuesta de alarma y el sentirse al límite o al borde de un peligro³⁰

Dugas et. al. (1998) demostraron en un estudio realizado con personas con TAG y personas sin este trastorno como grupo de control, que las primeras demostraban mayor preocupación por hechos lejanos del futuro. Esto representa una característica distintiva de los sujetos con TAG, y demuestra una respuesta desadaptativa, ya que esta preocupación no lleva a la resolución del problema futuro y puede interferir también con la resolución de problemas inmediatos.

Cuando una situación se evalúa como amenazante, los pacientes con TAG ejecutan la preocupación como un medio de anticipar la amenaza y de lidiar con ella. Por lo general, este tipo de preocupación se dispara a partir de un pensamiento automático (por ejemplo, "¿Y si cuando se va tiene un accidente?") que puede ser una respuesta a un estímulo externo o interno. La utilización de la preocupación como una estrategia es problemática.

En primer lugar, se pueden pensar una infinidad de escenarios negativos, y esta generación constante de posibilidades negativas lleva a una mayor sensación de vulnerabilidad y de peligro.

³⁰ Leahy R L. Holland S T (2000) Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders New York Guilford Press

En segundo lugar, la rutina de preocuparse incrementa la detección de información amenazante, lo que lleva a nuevos disparadores de preocupación. Por otro lado, el uso de la preocupación parecería que mantiene o exagera pensamientos intrusivos. Por último, cuando la catástrofe no ocurre el sujeto lo puede atribuir, a que, él usó su preocupación e hipervigilancia para evitarla, reforzando las creencias positivas acerca de la preocupación.³¹

La preocupación en el TAG se asocia a dificultades en el procesamiento de la información, sobre todo del procesamiento de información emocional. Los pensamientos de preocupación excluyen el procesamiento emocional. Más aún, la preocupación luego de un evento traumático lleva a un fracaso en el procesamiento adaptativo del material emocional.

Una de las funciones inmediatas de la preocupación es evitar imágenes adversivas, ansiedad somática y otras emociones negativas. Al hacerlo, la preocupación es reforzada. Una de las consecuencias de esta función evitativa es que se mantienen los significados que provocan ansiedad, sin acceder a información correctiva en la exposición diaria a esta información amenazante.

³¹ Dugas M J, Freeston M H, Ladouceur R y col (1998) Worry themes in primary GAD, secondary GAD and other anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders 12 (3), 253-261

Por lo tanto, a pesar de que se presente evidencia real de que los resultados temidos por el sujeto no ocurren, éste no logrará acceder a la información real y continuará preocupado. Es decir, que la preocupación funciona como una respuesta de evitación cognitiva frente a material amenazante o emocional. La preocupación sería un medio para evitar emociones más penosas. Las emociones o contenidos evitados se asocian muchas veces a cuestiones relacionadas con lo interpersonal (problemas interpersonales actuales, experiencias de apego negativas o traumas pasados interpersonales).³²

Las características del procesamiento de información de los sujetos con TAG, interfieren con que se aprenda nueva información y por consecuencia mantienen los significados que provocan ansiedad.

Estas características serían:

- a. Atención tendiente a detectar el material amenazante.
- b. Una rápida evitación cognitiva de ese material.
- c. Interpretaciones y predicciones negativas de información ambigua.

En síntesis, la preocupación es un mecanismo que se usa como estrategia para lidiar con situaciones percibidas por el sujeto con TAG como amenazantes.

³² Borkovec T D Newman M G (1998) *Op cit*. En A S Bellack & M Hersen (Eds), *Comprehensive Clinical Psychology* (Vol 6) (pg 458-460) Gran Bretaña, Pergamon

Las consecuencias que esto trae reforzar la preocupación y las creencias positivas asociadas a ésta. Las personas que padecen TAG suelen preocuparse por eventos futuros lejanos los cuales no pueden solucionarse y más aun dificultan la resolución de los problemas inmediatos.

Otra de las funciones de la preocupación está dada por la evitación cognitiva de emociones penosas o de información amenazante. Las características del procesamiento de información de las personas con TAG llevan a que este trastorno se mantenga.

1.7.2 Síntomas Fisiológicos

Frente a los estímulos internos y externos se producen cambios psicofisiológicos diversas sensaciones físicas de placer o desagrado, que conforman las emociones.³³ Las personas que padecen TAG, presentan un componente fisiológico de ansiedad, concordante con los síntomas cognitivos y comportamentales ya descriptos. La excesiva y a veces severa sobreactividad fisiológica es un componente importante en este trastorno.³⁴

La ansiedad y la preocupación prolongada pueden conducir al cansancio crónico, dolores de cabeza por tensión, irritabilidad, insomnio de conciliación. Si bien estos síntomas se superponen a los del trastorno de pánico, la diferencia se

³³ Cía A H (1994) Op.cit. Trastornos por ansiedad Buenos Aires, Argentina Estudio Sigma

³⁴ Barlow D (1988) Anxiety and its Disorders the nature and treatment of anxiety and panic New York, Guilford Press

encuentra en que en el TAG se presentan de forma más persistente y más leve, son asociados a pensamientos preocupantes sobre situaciones cotidianas y es poco probable que ocurran espontáneamente.

Las creencias positivas y negativas sobre la preocupación coexisten en las personas que padecen TAG no suelen temer a los síntomas físicos en sí mismos, más allá de que les resulten molestos, y sufren los componentes ansiosos durante periodos prolongados.³⁵

La actividad del sistema autónomo incluye tanto al sistema simpático y al parasimpático. Los pacientes con TAG se caracterizan por una inflexibilidad autonómica, que se debe a una deficiencia crónica del tono parasimpático, la cual a su vez puede ser causada por la preocupación. Esta deficiencia se relaciona con la pobre concentración atencional y la distractibilidad, ambas características presentes en el TAG. Esta característica distintiva de inflexibilidad cobra sentido cuando se tiene en cuenta las situaciones psicológicas que los sujetos con TAG enfrentan.

Las amenazas que perciben son ilusorias, existen sólo dentro de sus mentes, se refieren a un futuro no existente y se basan en el temor a sucesos que tienen poca probabilidad de suceder. Los sujetos se encuentran, por lo

³⁵ Cía A H (2001) Trastorno de Ansiedad Generalizada. Buenos Aires Buenos Aires, Argentina Polemos

tanto, frente a un problema irresoluble frente al cual la activación de “huir o pelear” es inhibida, ya que no hay nadie con quién pelear o nada a qué huir³⁶

Los síntomas fisiológicos en el TAG son dados por el componente de ansiedad, y se basan en una hiperactividad vegetativa, en la tensión motora, en la hipervigilancia y en las consecuencias de la preocupación prolongada (cansancio crónico, cefaleas de tensión, entre otras).

Los sujetos que padecen este trastorno presentan una inflexibilidad autonómica, debido a una disminución del tono parasimpático, lo cual da lugar a una pobre concentración atencional y a distractibilidad. Dadas las características de las amenazas percibidas, el sujeto no puede ni pelear o huir, lo cual le da sentido a esta inflexibilidad de los sistemas simpático y parasimpático³⁷

1.8 Modelos Desarrollados para el Estudio de la Preocupación Patológica en el Trastorno de Ansiedad Generalizada

Los estudios sobre la preocupación patológica se han centrado en modelos que explican desde distintos puntos de vista cómo la preocupación se convierte en

³⁶ Borkovec T D Newman M G (1998) Op cit. En A S Bellack & M Hersen (Eds), Comprehensive Clinical Psychology (Vol 6) (pg 460-463) Gran Bretaña, Pergamon

³⁷ Rapee R M (1991) Psychological factors involved in Generalized Anxiety En R M Rapee & D H Barlow (Eds), Chronic anxiety Generalized anxiety disorder and mixed anxiety – depression (pg 76-94) New York The Guilford Press

patológica. No son modelos excluyentes, sino que hacen énfasis en diferentes aspectos del proceso.

1.8.1 Modelo de Michéek Dugas

- Principal característica del TAG: Intolerancia a la incertidumbre, es decir, “una predisposición a reaccionar negativamente ante una situación incierta, independientemente de su probabilidad de ocurrencia y de sus consecuencias asociadas”.
- Asimismo, creencias erróneas sobre la utilidad de la preocupación (“positivas”), una defectuosa orientación a los problemas (“es incontrolable y no puedo resolverlo”) y un estilo cognitivo de evitación (evitar pensar en “eso” genera un efecto rebote que mantiene la preocupación).” ¿Y si...pasa esto o aquello?).

1.8.2 Modelo de Thomas Borkovec

- Se basa en su demostración de que la preocupación puede convertirse en una conducta de evitación. Este modelo se ha completado con el presentado por Roemer y Orsillo (2002) que considera que la preocupación patológica es fundamentalmente una evitación experiencial.
- La evitación experiencial es un intento de escapar o evitar la forma, frecuencia de los sucesos internos o la sensibilidad hacia ellos,

incluso cuando el intento de hacerlo cause daño psicológico. Hay dos formas principales de hacerlo: la supresión y la huida o evitación de la situación. La supresión es el intento activo de controlar y/o eliminar la experiencia inmediata de un suceso interno negativo, tal como pensamientos, sentimientos, memorias o sensaciones físicas no deseados. Se convierte en patológica, es decir, en un trastorno de evitación experiencial, cuando las consecuencias a largo plazo de la evitación sean negativas para el individuo.

1.8.3 Modelo de Adrian Wells

- Preocupación tipo I: la evitación negativa de algo concreto social o físico es continua y persistente. Tipo II meta-preocupación: la misma preocupación genera más preocupación.
- La tipo I se da cuando se activan una serie de creencias que asumen que preocuparse sirve para algo, ("creencia positiva") genera vulnerabilidad e instrucción de pensamientos no deseados y evitación.
- Cuando las preocupaciones son muy frecuentes, perseverantes o intensas, se generan "creencias negativas", es decir, la persona se preocupa por su preocupación, siente que es incontrolable y la considera peligrosa. Se intensifica la carga emocional negativa. Trata de suprimir la preocupación.

- Según Wells el cese de la preocupación solo es posible mediante la aparición de otro suceso incompatible que distraiga a la persona o le aporte información adicional, útil para eliminar la incertidumbre.

1.8.4 Modelo de David H. Barlow

- Se evocan ciertas proposiciones ansiosas a partir de una situación concreta.
- Se genera un estado de afecto negativo. Puede haber vulnerabilidad biológica o psico-social.
- Este estado afectivo desplaza la tensión hacia uno mismo.
- La activación aumenta y con ella la auto evaluación.
- Se activa un esquema aprensivo de incapacidad futura.
- La hiper-vigilancia activa la preocupación.
- Con la preocupación, puede producirse un fallo en el rendimiento por falta de concentración o una conducta de evitación, por ejemplo, anticipar pobre desempeño o posible enfermedad, puede generar evitación de ir a la escuela.

No son modelos contradictorios entre sí, sino que explican distintos procesos por los que la preocupación se convierte en patológica.

1.9 Modelo Cognitivo de la Ansiedad Generalizada: Teoría de Beck (1985)

El postulado fundamental de la TCC es que “el modo en que las personas interpretan las situaciones ejerce una influencia en las emociones y la conducta”³⁸

No significa esto que todo lo que uno siente depende de sus pensamientos, sino que entre pensamiento, emoción y conducta habría una relación circular de interacción mutua. Se considera entonces que los individuos responden al significado que adjudican a las situaciones, más que a las situaciones en sí. El principio subyacente en el modelo de Terapia Cognitiva de Beck consiste principalmente en la interpretación basada en la realidad de la información.

El enfoque desarrollado por Beck tiene como objetivo facilitar al paciente poder centrarse en los datos de la realidad basada en la interpretación de las transacciones del entorno. Esta es una manera técnica de decir que es importante la interpretación de lo que está pasando alrededor de ellos con precisión. Las personas bajo estrés tienden a concentrarse en un asunto negativo, no pueden estar pensando correctamente.

³⁸ Beck, A TTM (2000) Terapia Cognitiva Y Los Trastornos Emocionales Nueva York: International Universities Press, Inc.

Las personas estresadas pueden llegar a estar muy a la defensiva y ver críticas hacia su persona en todas partes. Tienen que ser conscientes de ello para que se pueda iniciar el proceso de recuperación del control.

El objetivo es mover al paciente fuera de los pensamientos (cogniciones) negativos y guiarle hacia los procesos de cognición positiva. A menudo sorprende a la gente, cuánto control e influencia se pueden ejercer sobre sus patrones de pensamiento, este avance se produce cuando el paciente se da cuenta de lo mucho que influye el condicionamiento y el hábito.

Beck (1979) fue quien formuló un modelo de trabajo de la reestructuración cognitiva (cambiando la forma y manera en que pensamos). De hecho, el énfasis de su trabajo fue sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad y estrés ³⁹

De acuerdo a Beck y Emery (1985), "los pacientes ansiosos, en los términos más simples creen que algo malo va a suceder que no será capaces de controlar. "La experiencia de muchos terapeutas en la práctica privada ha demostrado que la mayoría de las personas se preocupan por cosas que nunca van a suceder, o llegado el caso que no analizó toda la información disponible. El desglose de este enfoque es necesario para asegurar que un terapeuta no es demasiado simplista. ⁴⁰

³⁹ Beck, A , Rush, A.J, Shaw, B & Emery, g (1979) Cognitive Therapy of Depression New York Guilford Press

⁴⁰ Beck, Op. Cit.

Factores tales como las diferentes situaciones ambientales y los factores sub-ambientales, las diferencias individuales, etc, garantizan que los clientes responderán de manera diferente a las preguntas estratégicas diferentes. Los terapeutas deben estar preparados para ser lo más flexibles posible.

Estas técnicas de interrogatorio, pueden ayudar enormemente a los pacientes, que además se beneficiarían de una mayor claridad y comprensión de sus procesos de pensamiento. Este modelo o estilo cognitivo, también se puede adaptar a la vida cotidiana de los pacientes.

Mediante el empleo de técnicas adecuadas de interrogatorio, se puede ayudar a identificar y descubrir maneras de hacer frente y corregir los patrones de cognición negativa y de un razonamiento erróneo.

El objetivo de hacer preguntas es ayudar al paciente a abrir sus opciones y alejarle de los procesos de pensamiento cerrado. Los resultados positivos son que el paciente desarrolla formas alternativas de ver las cosas, aprender a diferenciar entre fijos (cosas que no tienen ningún control sobre ellos) y variable (cosas sobre las que se puede ejercer algún control parcial o total). Otro objetivo debe ser ayudar al paciente a encontrar el lado positivo de su experiencia enfoque es necesario para asegurar que un terapeuta no es demasiado simplista.⁴¹

⁴¹ Jarret R. Band, Rush A. J. Cognitive Therapy for panic disorder and anxiety disorder Cognitive Therapy Berlin 1988

Esta estrategia reúne las habilidades de afrontamiento y estrategias de resolución de problemas. Hay que tener en cuenta que esto no es una licencia para decirle a un cliente lo que debe hacer es más bien para ayudarles a desarrollar sus propias habilidades y procesos. Beck (1985) sugirió que el paciente y el terapeuta trabajan juntos para desarrollar una variedad de estrategias que el paciente puede utilizar. El objetivo último de la terapia Cognitiva debe ser, ayudar al paciente a desarrollar habilidades de autonomía con respecto a los ámbitos mencionados.

Además se parte la idea, de que el sujeto a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento (a nivel cognitivo), que produciría a su vez la activación- arousal emocional (a nivel conductual). Beck (1985) refiere que la percepción del individuo es incorrecta, estando basada en falsas premisas.

Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos. Los esquemas cognitivos subyacentes suelen ser idiosincráticos, aunque son frecuentes los

contenidos temáticos referentes a amenazas sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución-rendimiento, autonomía y salud ⁴²

Las distorsiones cognitivas que aparecen en el trastorno por ansiedad generalizada son:

1. **Inferencia arbitraria-Visión catastrófica:** Consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto.
2. **Maximización:** El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño.
3. **Minimización:** El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

Beck (1985) añade que en los trastornos por ansiedad, pánico y fobias, la activación cognitiva de los esquemas de amenaza, produciría una especie de "bypass cognitivo": una especie de evitación, cortocircuito o dificultad para que operar el pensamiento racional del sujeto; el sistema primitivo de procesamiento de la información competiría con el sistema racional y evolucionado de procesamiento. Esto explicaría el típico "conflicto neurótico" entre la razón y la "irracionalidad" percibida por el sujeto en sus cogniciones.

⁴² Beck A & Emery G (1985) Anxiety Disorders and Phobias New York Basic Books

El problema de las interpretaciones no radica en su verosimilitud o la falta de ella, sino en las consecuencias comportamentales y emociones que de ellas se desprenden, especialmente cuando el mismo estilo se utiliza frecuentemente y de modo rígido en distintas situaciones. Saber cuándo estos procesos reflejan cogniciones significativas para el paciente puede ser una tarea compleja ⁴³

Algunos autores mencionan cómo diversas experiencias de aprendizaje en la infancia producen la formación de esquemas de pensamiento. Estos pueden activarse a partir de una situación determinada dando lugar a una modalidad de procesamiento característica de cada patología.

Kendall (2000) afirma que el pensamiento de los niños ansiosos sobre sí mismos y el mundo, suele manifestarse como cogniciones desadaptativas, incluyendo temores de ser lastimados o heridos, pensamientos autocríticos y de peligro o amenaza. El objetivo de los tratamientos cognitivos en niños no consiste en reemplazar sus pensamientos por pensamientos positivos, sino en ayudarlos a identificar y cuestionar su pensamiento negativo. Lo que él mismo llama: "El poder de no pensar negativamente." ⁴⁴

Beck, Emery y Greenberg (1985) afirman que la ansiedad es el resultado del grado en que:

⁴³ Friedberg, R. D. McClure M.J. Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales (2005) Editorial Paidós España Barcelona

⁴⁴ Kendall, P. (2000). Child and adolescent therapy. New York London Editorial The Guilford Press

- Se sobrestima la amenaza y el costo o significado que se le asigna (por ejemplo: "mi madre se va ir" y "no volverá nunca").
- Se subestima la propia capacidad de afrontamiento y los factores de rescate (por ejemplo: "sin ella no voy a saber qué hacer" y "nadie me va a ayudar").

La ansiedad tiende a mantenerse debido a:

- Las conductas de evitación.
- La atención selectiva de las amenazas
- Las medidas de seguridad.

Estas conductas y modos de procesamiento impiden la desconfirmación de las creencias catastróficas. Por ejemplo, evitar ir a lugares sin la madre, estar pendiente de si se aleja y aferrarse a ella cada segundo durante la fiestecita de cumpleaños de un niño, impedirá que el paciente se habitué a su ansiedad, que compruebe que su malestar disminuye con el tiempo y que puede desenvolverse solo como el resto de los chicos, que su madre, aunque se retire no lo dejará por siempre, etc.

1.10 Tratamiento

El objetivo de la terapia es ayudar al paciente a desempeñarse bien durante la vida diaria. Una combinación de terapia cognitiva conductual (TCC) y medicamentos funciona mejor.

Los medicamentos son una importante parte del tratamiento. Una vez que el paciente empieza a tomarlos, no los puede suspender sin hablar con el médico. Los medicamentos que se pueden utilizar abarcan:⁴⁵ Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) generalmente son la primera opción en medicamentos. Los inhibidores de la recaptación de la serotonina y norepinefrina (IRSN) son otra opción.

Se pueden usar otros antidepresivos y algunos anticonvulsivos para casos graves.

- Las benzodiazepinas como alprazolam (Xanax), clonazepam (Klonopin) y Lorazepam (Ativan) se pueden usar si los antidepresivos no ayudan lo suficiente con los síntomas. La dependencia prolongada de estos fármacos no es recomendable.
- También se puede usar un medicamento llamado buspirona.

1.10.1 Psicoterapia

La psicoterapia se utiliza en el tratamiento de los trastornos de ansiedad para ayudar a las personas a adquirir mejores mecanismos de afrontamiento de situaciones adversas, reorganizar actitudes inadaptadas, adquirir nuevas habilidades y cambiar el estilo de vida.

⁴⁵ Brawman-Mintzer O Pharmacologic treatment of generalized anxiety disorder Psychiatric Clin North Am 2001, 24(1):119-37

La terapia conductual y la terapia cognitiva conductual (TCC) son las formas que han mostrado a evidencia experimental más clara de eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, y frecuentemente se utilizan combinadas. La automonitorización es necesaria para que estas terapias sean eficaces, y se anima a las personas con trastorno de ansiedad a que reconozcan situaciones que las hacen sentir ansiosas, aprender a detectar la aparición inicial de los síntomas e identificar conductas, pensamientos, imágenes, emociones y reacciones fisiológicas manifiestas.⁴⁶

Dos tipos de terapias han sido efectivas en el tratamiento del TAG:

- Entrenamiento de relajación: una relajación sistemática de los principales grupos de músculos del cuerpo.
- Terapia cognitiva conductual que ayuda a los pacientes a identificar pensamientos que contribuyen a producir ansiedad.

Las terapias cognitivas conductuales ayudan a entender los comportamientos y cómo controlarlos. Durante la terapia, aprenderá cómo:

- Entender y controlar puntos de vista distorsionados de estresantes en la vida, como el comportamiento de otras personas o eventos en la vida.

⁴⁶ Boulenger J P y Capdevielle D Semiología de los trastornos de ansiedad y fóbicos 1997

- Reconocer y reemplazar los pensamientos que causan pánico y disminuir la sensación de indefensión.
- Manejar el estrés y relajarse cuando se presenten los síntomas.
- Evitar pensar que las preocupaciones menores se transformarán en problemas muy graves.⁴⁷

La mayoría de los estudios en psicoterapia para la ansiedad en niños y adolescentes investigan la eficacia de la Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) y la Psicoterapia Conductual.

En líneas generales puede afirmarse que para los miedos y fobias en la infancia y la adolescencia, la de sensibilización sistemática en vivo, la práctica reforzada y el modelado participante son tratamientos “bien establecidos” sensibilización sistemática en imaginación, mediante movimiento ocular y las auto-instrucciones de valentía son tratamientos “probablemente eficaces”.⁴⁸

Diversos tratamientos han mostrado eficacia en el abordaje de la timidez y la fobia social en la infancia. No obstante, según los criterios de Task Force on Promotion and Dissemination Of Psychological Procedures(1995) , solamente el

⁴⁷ Barret, P M (2000) Treatment of childhood anxiety Developmental aspects Clinical Psychology review 20, 479-494

⁴⁸ Pérez A, Fernández Hermida Y Col (2003) Guía de Tratamientos psicológicos eficaces II Infancia y adolescencia Madrid Ediciones Pirámides ,

modelado simbólico d O' Connor (1969) para el tratamiento de la timidez en niños en edad preescolar, puede ser considerado un tratamiento bien establecido.

Este tratamiento atiende a los principios del condicionamiento vicario y al potencial del aprendizaje observacional. El niño puede ver a través de un video un modelo que se aproxima al estímulo fóbico sin que ocurran consecuencias adversas. Es decir que, observar la conducta de afrontamiento, facilita su adquisición.

Características del modelo simbólico de O' Connor (1969) ⁴⁹

Cuadro N° 2 Modelo de tratamiento en niños preescolares

Medio utilizado y duración	Película de 20' aprox.
Tipo de modelado	Múltiple
El contenido Y jerarquización	Once escenas de relación con niños preescolares
Tipos de refuerzo	Refuerzo social, material y lúdico
Contexto en que se desarrolla	Guardería

1.10.2 Tratamiento Cognitivo Conductual Clásico del Trastorno de Ansiedad Generalizada

El tratamiento cognitivo-conductual es uno de los más empleados. El objetivo es que el niño adquiera determinadas habilidades para reconocer su

⁴⁹ Pérez Álvarez, F, Hermida, Fernández R & Vázquez (2003) Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces III Infancia y adolescencia Madrid Ediciones Pirámides

ansiedad y afrontarla. De este modo, aprende a distinguir los síntomas (pensamientos y problemas físicos) que desarrolla cuando tiene miedo a separarse de sus cuidadores y puede interiorizar diferentes recursos para manejar la ansiedad.

Es habitual que se le pida que redacte una lista de las situaciones que le causan más ansiedad (que los padres le dejen solo en casa o que se vayan de fin de semana sin él, al cuidado de otras personas). Se ordenan las situaciones en función del grado de ansiedad y se afrontan de forma progresiva a partir de la circunstancia que causa menos ansiedad. Para facilitar el aprendizaje, se utilizan estrategias como juegos de rol o técnicas de relajación.

Los métodos cognitivo conductuales que se han empleado clásicamente para manejar el trastorno de ansiedad generalizada son técnicas para reducir los aspectos somáticos de la ansiedad, técnicas de afrontamiento, y reestructuración cognitiva para reducir la percepción de amenaza que dispara la preocupación.

El plan de tratamiento incluye generalmente: Psicoeducación, detección pronta de los signos de ansiedad y manejo de la respuesta ansiosa, relajación, exposición en la imaginación, de sensibilización, ensayos de afrontamiento de conducta y reestructuración cognitiva.⁵⁰

⁵⁰ Roemer, L , y Orsillo, S M (2002) Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. Clinical Psychology Science and Practice. 9, 54-6

De las revisiones realizadas por la Task Force mencionada y por Chambless et al. (1996) aparecen como ejemplos de tratamientos bien establecidos para el TAG los trabajos de Butler, Fenell, Robson y Gelder (1991) y de Borkovec et al. (1987) sobre eficacia de las terapias cognitivo-comportamentales (TCC) para tratar el TAG. El estudio de Butler et al. (1991) contrastó la eficacia de la terapia cognitivo-comportamental de Beck y Emery (1985) versus terapia de conducta (TC) y un grupo de control de lista de espera (CLE), para reducir el TAG.

El grupo de TC recibió un tratamiento que consistía en relajación muscular más exposición gradual y realización de tareas agradables para restituir la confianza del cliente. El grupo de OTCC recibió, además de las estrategias de Beck y Emery reconocimiento y análisis de pensamientos ansiogénicos y de falta de auto-confianza, búsqueda de alternativas útiles, y seguimiento de cursos de acción a partir de esas alternativas), asignaciones comportamentales.

Las sesiones fueron hasta 12, con evaluaciones en el post tratamiento, a los 6 y 18 meses, realizadas por observadores independientes, y con criterios rigurosos de cambio en varias escalas de ansiedad, depresión y funcionamiento cognitivo. Los dos tratamientos fueron superiores al CLE en el post tratamiento y en los seguimientos, con ventaja adicional para la TCC.

Los expertos aseguran que del 9% al 15% de los menores entre 7 y 11 años que acuden a las consultas de atención primaria reúnen criterios de trastornos de ansiedad generalizada, por separación, por estrés postraumático, fobias, pánico y trastorno obsesivo compulsivo.⁵¹

La ansiedad se desarrolla en los niños ante nuevas situaciones que no pueden gestionar y, sobre todo, cuando tienen sensación de inseguridad. Además de la oscuridad y de los ruidos fuertes, los niños aumentan su nerviosismo cuando detectan que algo no va bien.

Los niños con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tienen recurrentes temores y preocupaciones que encuentran difícil de controlar. Pueden tener preocupaciones acerca de casi todo o nada, como la escuela, los deportes, están a tiempo, o incluso las catástrofes naturales. Pueden estar inquietos, irritables, tensos, cansados, y pueden tener dificultad para concentrarse o dormir.

Los niños con TAG son normalmente deseosos de complacer a los demás y pueden ser supersticiosos.⁵²

Aunque el trastorno de ansiedad en los niños no está claramente entendido, hay muchas maneras de tratarla. El enfoque sin embargo, varía mucho con cada

⁵¹ Bragado, A. C. (1994) Terapia de Conducta en la Infancia Trastornos de Ansiedad Fundación Universidad Empresa, Madrid España, 168 pág

⁵² Echeburria, E. (1993a) Ansiedad crónica Evaluación y tratamiento Madrid Eudema.

niño y las causas subyacentes y las características de su caso particular de trastorno de ansiedad. Los niños mayores (11-13 años) refieren más síntomas físicos que los de menor edad (9-11años)⁵³

A los niños les cuesta compartir sus experiencias sobre estos sentimientos de ansiedad, confusos y a veces vergonzosos. Muchos en situaciones de ansiedad luchan para pensar claramente, ya sea buscando un lugar solo o actúan impulsivamente.

Los niños se ponen tensos y tiesos en muchos contextos y circunstancias, algunas pueden buscar reafirmación constante y sus preocupaciones pueden interferir con sus actividades: está más concentrado en su propia preocupación, que en la actividad misma que están desarrollando, ya que los niños ansiosos pueden ser también niños quietos, conformistas y deseos de complacer.

Son niños que si bien, pueden reunirse como muchos otros niños y pueden parecer que llevan una vida divertida y alegre, detrás de muchos de sus motivaciones, está el temor y la ansiedad.

⁵³ Kendall, P.C. & Pimentel, S. (2003) On the Physiological Symptom constellation in youth with generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 211-221

CAPÍTULO II

ALDEAS SOS

2.1 Aldeas Infantiles S.O.S. y sus Antecedentes

El nombre "Aldea Infantil" se emplea hoy día, para designar instituciones dedicadas a labores muy diversas de asistencia y cuidado de los niños huérfanos y abandonados. Sin embargo, aquello que distingue y caracteriza a las Aldeas Infantiles SOS es tratar en lo posible de brindarle al niño(a) un hogar cálido.

Las Aldeas Infantiles forman una institución que le brinda al niño huérfano y abandonado la posibilidad de desarrollar una vida normal, reemplazándole la familia que ha perdido. Para ello ayuda a estos niños salvaguardándolos de las penosas consecuencias y de los posibles riesgos que acarrea su situación. Se propone protegerlos, ayudarles y buscarle atención física y psicológica. En esto se sustenta la base educativa y asistencial de la labor de las Aldeas SOS: esencialmente, la creación y el desarrollo de "familias" que se asemejen, en la mayor medida posible, en cuanto a su estructura y su función a una familia auténtica.

Es una organización no gubernamental internacional y sin fines de lucro. Fue fundada en el año 1949 por el austriaco Hermann Gmeiner en la ciudad de Imst, Austria, y su sede central aún se encuentra en Innsbruck, Austria.

La organización se especializa en el cuidado de niños(as) basado en un modelo familiar. Está dirigida a niños(as) que se encuentren en situaciones de riesgo por haber perdido a sus padres o porque los padres no pueden hacerse cargo de ellos.

En las Aldeas Infantiles SOS son admitidos, en primer lugar, los niños(as) psíquica o físicamente perturbados, como consecuencia de la pérdida de sus padres. También tienen prioridad los grupos de hermanos (la no separación de los hermanos biológicos es uno de sus principios). No hay una edad determinada; se trabaja con bebés en los hogares maternos y con jóvenes mayores de dieciocho años, ya que una de las peculiaridades de Aldeas Infantiles SOS, es continuar trabajando con los jóvenes más allá de su mayoría de edad. Son niños que por determinadas circunstancias no pueden vivir con sus padres.

Así, la Aldea Infantil SOS no es tan sólo una ayuda a los niños desamparados, sino también una fórmula feliz que permite a las mujeres solas dar un sentido a sus vidas: Ejercer las funciones de madre en una Aldea Infantil SOS es una nueva profesión femenina. Centenares de mujeres en todo el mundo han aceptado y tomado a su cargo una familia SOS, y desempeñan así una "maternidad social", para un grupo de niños huérfanos y desamparados.

Aparte de talento o capacidad para educar, las mujeres que desean ser madres en una Aldea SOS deben, sobre todo, dar prueba de

su gran ternura, pues los niños que son admitidos en una Aldea infantil SOS presentan problemas emocionales. Sufren, por ejemplo, de complejos de inferioridad o de superioridad, manifiestan una profunda necesidad de atención y ternura, padecen de miedos y angustias.

Muchos de esos pequeños seres humanos confiados a una madre SOS, han sido abandonados, golpeados, dejados y olvidados. La educación de estos niños exige, ante todo, ayudarlos y curarlos. Son conscientes de la importancia que tiene las relaciones primarias para el desarrollo normal del niño, de allí lo significativo de la figura materna. Sólo en virtud de esta relación se puede establecer la base necesaria para la educación.

La Aldea SOS quiere, ante todo, restituir al niño abandonado el amor de una madre. Ella constituye el centro de la labor educativa. Por supuesto no basta sólo con el amor, es claro que amor sin firmeza, sin precisión de las exigencias presentadas al niño y sin conocimientos ni capacidades pedagógicas no puede tener éxito. Pero no hay buena educación si no hay amor. Si el niño no se siente querido y seguro en su nuevo ambiente, serán inútiles las medidas educativas. Más bien podrían conducir a nuevas complicaciones y a crear nuevos complejos.

Los primeros contactos con el fin de construir una Aldea Infantil SOS, en este país se entablaron a principios de los años ochenta. Con el apoyo de un

grupo de personas locales y extranjeras, en 1981 se fundó la asociación nacional Aldeas Infantiles SOS Panamá. Ese mismo año se iniciaron las obras de construcción de la primera Aldea Infantil SOS, en un barrio periférico al noroeste de Ciudad de Panamá.

Ésta fue edificada en uno de los primeros terrenos que fueron devueltos a Panamá debido al Tratado Torrijos-Carter (1977) entre los Estados Unidos y Panamá, para la reglamentación del derecho de soberanía sobre el Canal de Panamá y la Zona del Canal. El 20 de abril de 1982 se abrió dicha Aldea, con la presencia de Hermann Gmeiner en la ceremonia de inauguración.

A mediados de los años ochenta, la situación política y la agudización de la crisis con los Estados Unidos, llevaron al país a una grave crisis socioeconómica. Para poder asegurar el sustento familiar, tanto el padre como la madre se vieron forzados a trabajar, y madres solteras tuvieron que mudarse a grandes centros urbanos para encontrar trabajo.

Bajo estas condiciones los más afectados fueron los niños y adolescentes, que no tenían la atención apropiada y en muchos casos eran abandonados. Como respuesta dicho panorama, que aún se mantiene vigente, Aldeas Infantiles SOS, reaccionó en las décadas siguientes con la construcción de Aldeas Infantiles SOS e instituciones de atención adicionales.

La décima cumbre Iberoamericana llevada a cabo en la Ciudad de Panamá en noviembre del año 2000 atrajo la atención de numerosas personalidades políticas que luego de visitar la Aldea SOS de Ciudad de Panamá expresaron su compromiso con las generaciones venideras y su valoración de la labor de Aldeas Infantiles SOS.

Actualmente en Panamá hay tres Aldeas Infantiles SOS (Ciudad de Panamá, Penonomé y David), estando en proceso de creación la Aldea Infantil SOS de Colón. También existen tres Hogares Juveniles SOS y un Centro de Formación Profesional.

La Aldea Infantil SOS de Penonomé, abrió sus puertas el 29 de abril de 1991. Se construyó en forma de círculo en un terreno de aproximadamente 5 hectáreas que fue donado por la familia Araúz. La Aldea consta de 14 casas en las que viven 126 niños y niñas. También hay una casa de huéspedes, la casa del director, un salón comunitario, oficinas, parque de juegos infantiles, así como un campo de fútbol y otro de béisbol. Desde 1996 el centro de la ciudad de Penonomé, dispone de un Hogar Juvenil SOS, en el que los jóvenes, asesorados por un tutor, se preparan para su futura vida independiente. El centro juvenil cuenta con 4 casas ubicadas en el poblado de Penonomé.

La segunda Aldea Infantil SOS de Panamá, se encuentra al lado de la carretera Panamericana, a unos 150 kilómetros de Ciudad de Panamá, capital del

país, en las afueras de Panamá, capital de la provincia. Se optó por este lugar debido a la difícil situación social de muchas familias en la región.

2.1.1 Visión

Lo que queremos para las niñas y niños del mundo: "Cada niña y niño pertenece a una familia y crece con amor, respeto y seguridad."⁵⁴

2.1.2 Misión

Es integrar social y familiarmente a los niños que nos sean confiados de forma eficaz y positiva, impulsando su autonomía y emancipación en igualdad de derechos y obligaciones que el resto de jóvenes, consiguiendo que sean y se sientan ciudadanos válidos para la sociedad.⁵⁵

2.1.3 Objetivo

Es ofrecer a los niños(as) que nos son confiados un entorno familiar, un hogar estable y una formación sólida para darles un futuro prometedor y seguro. Adoptamos un modelo familiar de carácter universal, cuyo contenido está definido por las características sociales y culturales propias de cada país.

⁵⁴ Aldeas de Niños SOS. Nuevas informaciones de las Aldeas de Niños. Enero, 2000. Publicación: editorial SOS Kinderdorf, Staffertrasse 19", A-6020 Innsbruck. Austria. Redacción: Ing. Herbert Genser. Sappl, Kufstein

⁵⁵ Aldeas de Niños SOS. Op.Cit. . Enero, 2000. Publicación: editorial SOS Kinderdorf, Staffertrasse 19", A-6020 Innsbruck. Austria. Redacción: Ing. Herbert Genser. Sappl, Kufstein

2.1.4 Componentes de las Aldeas Infantiles SOS

Los cuatro principios concebidos por Hermann Gmeiner, el fundador de Aldeas infantiles SOS, son los cuatro pilares pedagógicos en los que se cimenta esta labor y son: la madre, los hermanos, la casa y la Aldea

2.1.4.1 Madre

Las madres/tías de las Aldeas Infantiles SOS de la República de Panamá, son mujeres que han asumido voluntariamente ejercer este rol tan crítico y delicado como es el maternaje de niños que han sido abandonados por sus progenitores, muchos de ellos víctimas de maltrato físico y emocional, abusos de toda índole, traumas, etc.

Los niños y niñas son acogidos en una familia liderada por una madre, que sustituye en su lazo afectivo permanentemente, y le proporciona la seguridad que necesitan. La madre asegura el cuidado y desarrollo de los niños y niñas, llevando su familia en forma independiente. Ella reconoce y respeta los antecedentes familiares, sus raíces culturales y su religión. También se capacita permanentemente y cuenta con el apoyo de colaboradores pedagógicos que respaldan su labor. En Panamá las madres SOS son en su mayoría mujeres solteras, divorciadas o viudas.

En Aldeas Infantiles SOS tradicionalmente hablamos de la "Madre SOS" como un símbolo, la cual representa el amor, protección, cariño y seguridad que padres, madres y otros responsables del cuidado de los niños y niñas deben proporcionar.

Basados en estos principios los 600 niños, niñas y jóvenes acogidos en las 4 Aldeas Infantiles SOS Panamá, ubicadas en las ciudades de Panamá, Penonomé, David y Colón, tienen la oportunidad de crecer en un hogar seguro, saludable donde puede desarrollar al máximo sus habilidades y lo más importante cuentan con el amor de una madre SOS, que los hace sentirse como es su propia casa y llenos de amor.

La organización de Aldeas Infantiles SOS, se dedica al desarrollo de la profesión de Madre SOS en cada país, con un proceso de selección competitivo, un alto estándar de formación y capacitación, así como un acompañamiento continuo, asegurando con estos pasos que la madre SOS, tenga un desarrollo de su capacidad mejorando de acuerdo a su potencial.

Por ello las madres SOS lideran las familias SOS, guiando a sus hijos/as hacia la autonomía e independencia y liderando además el proceso de toma de decisiones.

2.1.4.2 Hermanos

El segundo principio pedagógico de las Aldeas Infantiles SOS, establece que el niño(a) no sea agrupado con otros pupilos de la misma edad, sino en el seno de una comunidad de hermanos. Todo niño podrá encontrar en su familia el lugar que le corresponde según su temperamento, su edad y su grado de madurez: El niño acogido en la familia SOS, no carecerá de contacto. Aparte de la madre, los niños pequeños tienen hermanas y hermanos mayores, de los cuales reciben cariño y de los cuales pueden aprender.

También los mayorcitos cuentan con una cantidad de oportunidades, para establecer contactos y asumir responsabilidades en el seno de la pequeña comunidad. Allí está, por ejemplo, ese muchachito de catorce años que con tanta paciencia y alegría enseña a hablar a su hermanita de dos años; horas enteras juega con ella y la atiende con sorprendente naturalidad. Advierte que ella le necesita y que puede ayudarla y protegerla. La madre consulta a veces algunos de sus problemas con él. Y el niño(a) le agradece su confianza, ayudándole con esmero en las tareas hogareñas.

Está francamente orgulloso de asumir ciertas responsabilidades. Es sabido que nada forja mejor el carácter que el asumir responsabilidades adecuadas a las capacidades de cada uno; maduran al niño(a) y le ayudan a desarrollarse como un ser social. En este caso, es un mal menor, confiar eventualmente demasiado en la capacidad de responsabilidad de un niño, que retirarle totalmente la confianza.

En cada familia vive una madre, con un grupo aproximado de ocho niños y niñas de distintas edades que crecen juntos. Los hermanos biológicos permanecen unidos en la misma familia. Los niños y niñas y su madre, establecen lazos emocionales que perduran toda la vida. Estos niños y niñas que son acogidos en una familia son derivados a través del Juzgado de Menores. Muchos son huérfanos, o tienen padres que no pueden ocuparse de ellos.

El principio mismo de que los niños admitidos en la Aldea se críen juntos, como hermanas y hermanos, conlleva lógicamente a la coeducación. En tanto que se trata de una coeducación "planeada y dirigida", es de gran valor en el desarrollo de nuestros niños(as) en las Aldeas SOS, sobre todo para la formación de una actitud sana hacia el sexo opuesto. La planificación fundamentalmente necesaria, debe tenerse en cuenta ya desde el momento de formar la familia SOS, es decir, al elegir por edad y por sexo a los niños(as), que han de vivir en una misma comunidad familiar.

Es de suma importancia poner en práctica en las Aldeas Infantiles, esta planificación consciente. Las investigaciones científicas hechas al respecto, han servido de ayuda en el seguimiento de este principio, ya que un sin número de factores dependen de la buena composición de la familia SOS, por edad y sexo. En Austria, Alemania y en Francia, donde hay centenares de familias SOS en las Aldeas Infantiles SOS, no existen dificultades para colocar al niño en la familia que le resulte más conveniente. La coeducación practicada en las familias de las

Aldeas SOS, plantea a la madre y a los educadores problemas diferentes a los de la coeducación escolar.

No es posible establecer una comparación con la familia normal, en la que hijos de ambos sexos conviven generalmente sin problemas. En una familia compuesta artificialmente, como la de las Aldeas Infantiles SOS, es muy importante establecer un límite entre los dos sexos. Sólo así podrán suprimirse los graves riesgos de la coeducación.

"Nuestra experiencia de varios años nos ha confirmado que las dificultades pueden ser vencidas y que las ventajas para nuestros niños superan por mucho a los inconvenientes."⁵⁶ Y a al principio, cuando se tomó la decisión en favor de la coeducación en las Aldeas SOS, se determinó albergar a aquellos niños que hubieran cumplido los 14 o 15 años de edad, en centros para aprendices o estudiantes pertenecientes a las Aldeas Infantiles SOS. Las niñas mayores pueden permanecer en su familia respectiva, junto a la madre o trasladarse a las llamadas residencias juveniles para niñas. El principio de la convivencia como "hermanos" y la coeducación ofrecen una ventaja más, digna de atención. Hermanos de sangre pueden, ser acogidos. En la misma familia de la Aldea SOS y permanecer juntos.

⁵⁶ SOS Panamá Asociación de Aldeas Infantiles SOS de Panamá Redacción y edición: Ayneth G. Cuellar Cenci
Departamento de Relaciones Públicas y Padrinazgo. Impreso Central Print 1999.

2.1.4.3 La Casa

La familia de la Aldea Infantil SOS, debe vivir en su propia casa. La casa es una vivienda de familia corriente. Respondiendo al espíritu de la educación SOS, las características de una casa semejante no serán tan sólo funcionales, es decir, no se limitará a ser un sitio en el que se recibe comida y en el que se puede dormir.

Será para el niño, como dice Wolfgang Metzger "el nido, el refugio, el cascarón protector de su aún frágil vida"⁵⁷ El niño adquiere más fácilmente el sentido del orden en una casa donde cada habitación tiene una función concreta, cuando el niño tiene su sitio en la mesa familiar, su cama, su rincón para jugar, para hacer sus tareas escolares. El centro de la casa familiar SOS es la sala de estar, donde se reúne la familia. Allí se trabaja y se festeja, se ríe y se llora; se come y se reza.

Pestalozzi (1815), señaló repetidas veces en sus escritos la importancia de la sala de estar. Ella puede en gran medida el comportamiento emocional del niño frente al mundo. En ella se reciben, por así decirlo, de primera mano las nociones de los valores culturales y se aprenden a amar las virtudes cuyo cultivo es la más alta expresión de la humanidad. En la sala de estar el niño adquiere,

⁵⁷ W. Metzger, Der Auftrag des Elternhauses (1960) citado por F. Oeter, en Familie im Umbruch, página 29)

sobre todo, el contacto social, tan importante para su vida futura. Promueve el desarrollo y el ensayo de las fuerzas creadoras de la sociabilidad.

Más tarde, cuando el niño sea adulto e independiente, se esforzará por lograr crear o mantener aquel ambiente sano, feliz y ordenado, tal como lo conoció en la Aldea Infantil SOS, algo que él hizo suyo y que le sirve de norma segura a lo largo de su vida. Como la familia de la Aldea SOS gobierna su propio hogar, posee también su propia cocina. Siempre nos ha parecido imposible que la madre SOS, educadora y ama de casa a la vez, pueda desempeñar sus múltiples tareas si no contara con ese objeto clave de todo hogar bien organizado.

Hay niños abandonados que en la Aldea SOS, llegan a conocer por primera vez lo que es tener una cocina propia. La sensación de intimidad, de relajamiento y de placer que esta difunde. Viendo a la madre atareada en la cocina se advierte que para satisfacer las necesidades primarias de la vida es necesario invertir esfuerzo y trabajo.

Cada familia tiene su propia casa, la cual representa para los niños y niñas su nuevo hogar estable, en el cual disfrutan de seguridad y pertenencia. Los niños y niñas crecen y aprenden juntos, compartiendo responsabilidades y aspectos de la vida cotidiana que crean el marco adecuado para el desarrollo de sus relaciones familiares. Cada casa disfruta de su propio ritmo de vida y actividades cotidianas.

2.1.4.4 La Aldea

Es una comunidad formada por doce casas familiares. La Aldea constituye el puente de integración de los niños y niñas hacia la comunidad externa, a través de una vida normal, con vecinos y amigos, practicando deportes y estudiando en los colegios de la zona. Cada Aldea es liderada por un director y un Comité de Aldeas formado por las mismas madres. En una Aldea SOS viven generalmente de 14 a 20 familias. La Aldea SOS está compuesta de igual número de casas familiares, tiene además una " casa comunal" y un jardín de infantes.

Rara vez son necesarias otras construcciones. La vida en su casa y en el seno de su familia transmite al niño la seguridad y la sensación de recogimiento que necesita. La Aldea es una apertura hacia el mundo exterior, controlada y dirigida. Es, después de la familia, la comunidad educativa más grande a la que pertenece el niño y le ofrece a éste la posibilidad de establecer, a un nivel más amplio, contactos que promueven su desarrollo.

La Aldea SOS, sirve de puente con el mundo que la rodea. En cuanto a su localización, su arquitectura así como en todos los otros aspectos, la Aldea SOS debe estar estrechamente relacionada con su medio ambiente. Debe evitarse cualquier situación de aislamiento, aun cuando ello comporte ciertos inconvenientes. De otro modo, se les estaría rindiendo muy mal servicio a los niños que están a nuestro cuidado. En definitiva, el niño abandonado no desea otra cosa que: ¡ser como los otros niños del mundo y vivir como ellos!

Por eso la "institución" de Aldeas Infantiles SOS, no debe perder la medida en cuanto a lo que ofrece a sus niños. Una posición de ventaja de los niños de la Aldea SOS, frente a los demás niños, por ejemplo, favoritismo en la escuela, o un nivel de vida superior al del estándar corriente, crearía una situación de excepción. El modo de vida de los niños SOS, debe ser modesto, sencillo y adaptado a las condiciones de vida locales.

2.2 Características de los niños de las Aldeas SOS

Todo niño tiene una necesidad innata de solicitud maternal. La sensibilidad es exclusivamente receptiva; para la cabal comprensión de las relaciones entre el niño y la madre no debe perderse de vista, que los impulsos formativos de la personalidad del niño, impulsos susceptibles de orientar su vida futura, corresponden más al amor materno, que lo promueve constantemente, que a la pedagogía.⁵⁸

Mucho de estos niños sufren de complejos de inferioridad, necesidad de consideración y ternura, enfrentan traumas de diversa índole, odios y rencores. Mucho de los niños confinados a una madre de Aldeas SOS, simplemente han sido olvidados, abandonados, golpeados y hasta corrompidos.

⁵⁸ Dulanto, G (2000) La familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. México. Brevarios de Pediatría. Ediciones médicas del Hospital Infantil de México

Los niños acogidos en una Aldea Infantil SOS, a menudo tienen experiencias traumáticas marcadas por la violencia cariño y confianza para servir de soporte a estos niños.⁵⁹

2.3 Responsabilidad en la Aldea Infantil SOS

2.3.1 Madre SOS

Es la que dirige la familia SOS y es responsable directa del cuidado y el desarrollo de cada niño/a que le ha sido confiado. Ella responde directamente ante el director/ra de La Aldea.

Responsabilidades fundamentales:

- Crear un hogar.
- Guiar el hogar y la familia.
- Asegurar el bienestar del niño/a brindándole un cuidado maternal.
- Desarrollar el propio bienestar.
- Llevar a cabo las tareas domésticas.
- Orientar a los niños y jóvenes para que asuman responsabilidad.
- Contribuir a la comunidad e interactuar con ella.

⁵⁹ Manual Para la Organización de las Aldeas Infantiles SOS, 1 de marzo de 2003.

2.3.2 Acompañante de Jóvenes

Es la responsable de apoyar el desarrollo de las y los jóvenes y de guiarlos hacia la independencia. Además, responde directamente ante el o la director/ra de Aldea. Los acompañantes generalmente viven en las Comunidades Juveniles o muy cerca de estos. Aseguran que las y los jóvenes tengan la orientación y atención adecuada en todo momento.

Responsabilidades principales:

- Guiar el desarrollo personal, educativo y de carrera de las y los jóvenes.
- Liderar la planificación de desarrollo individual para las y los jóvenes que viven en las Comunidades Juveniles.
- Se asegura que haya cooperación y contacto permanente con las Madres SOS, cuyos hijos e hijas estén viviendo en Comunidades Juveniles.
- Apoyar a las Madres SOS desarrollando programas para jóvenes en la Aldea.
- Coordinar los servicios dirigidos a la comunidad y las actividades recreacionales entre los jóvenes.

2.3.3 Colaboradora/res de apoyo al desarrollo del niño y de la niña

Son responsables de proveer el desarrollo de sus niñas/os. Este personal incluye a pedagogos/as, psicólogas/os y trabajadores/as sociales.

Responsabilidades principales:

- Cooperar con las Madres SOS en la planificación del desarrollo individual del niño y niña y en la priorización de recursos, para la implementación de los planes que han sido elaborados.
- Garantizar que las Familias SOS obtengan servicios de apoyo profesional como ser apoyo pedagógico y psicológico o refuerzo escolar, para niños con dificultades de aprendizaje.
- Apoyar el proceso de admisión del niño al recoger información acerca del origen del niño/a y la situación presente, siguiendo formalidades legales, y trabajando con la familia biológica del niño.

CAPÍTULO III
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Los modelos y las técnicas en el campo de las psicoterapias han experimentado una constante evolución durante el siglo pasado, basados en las investigaciones en el campo de la psicología y en las teorías del aprendizaje. En la primera mitad del siglo XX las psicoterapias presentaban sólo dos alternativas: El modelo psicoanalítico versus el conductual.

3.1 Antecedentes

3.1.1 Psicoanálisis de Freud

El trastorno es producto de un conflicto no resuelto, lo más probable en relación a sus cuidadores primarios, el cual ha sido olvidado, pero que permanece interfiriendo en la vida del sujeto desde el inconsciente.

El objeto del tratamiento es reeditar la historia del sujeto. Es decir, que esa historia se repita mediante la transferencia y contra transferencia, de manera que el conflicto tenga una nueva oportunidad de ser solucionado en forma diferente y más sana.

La asociación libre y la interpretación de los sueños son los métodos para acceder los contenidos inconscientes.

3.1.2 Conductismo

Durante el siglo XVII-XVIII las teorías conductistas y del aprendizaje se basaron en el empirismo de John Locke, George Berkeley y David Hume.

La teoría del conductismo se concentra en el estudio de conductas que se pueden observar y medir (Good y Brophy, 1990) Ve a la mente como una "Caja negra" en el sentido de que las respuestas a estímulos se pueden observar cuantitativamente ignorando totalmente la posibilidad de todo proceso que pueda darse en el interior de la mente.

Al modificar un comportamiento, lo importante eran los factores de mantenimiento del problema actual, más que el origen asumido. El foco de la investigación debería ser lo observado, operacionalizado y medible.

Según esta teoría todo el conocimiento se origina en la experiencia, al nacer la mente es una pizarra en blanca donde la experiencia sensorial (estímulos) escribe en una variedad de formas diferentes.

La razón es vista como una facultad que ayuda a organizar y ver las implicaciones de lo que ofrecen los sentidos.

La conducta se da en función al estímulo. Lo que me pase es responsable de mis trastornos. El conocimiento es una copia o reproducción de la realidad según es experimentada por los sentidos.

Para Skinner el término de caja negra se refiere a algún sistema o mecanismo de contenido desconocido o sin interés para el análisis y del cual sólo podemos conocer lo que lo afecta y produce.

3.1.3 Racionalismo

Desde el punto de vista de René Descartes, (Gottfried Wilhelm Leibniz, Baruch Spinoza, 1596): el racionalismo es lo opuesto al conductismo. Niega que los sentidos sean el origen de todo conocimiento, y que la razón por su solo medio y sin el concurso de instancia trascendente, ni la experiencia pueda obtener conocimientos verdaderos.

Emmanuel Kant (1724) trasciende el empirismo y trata de conciliar el empirismo y al racionalismo.

Según él, "es la representación que hace que el objeto sea posible, más que el objeto sea el que hace la representación posible".⁶⁰

La mente humana es un originador activo de experiencias, más que solo un recipiente pasivo de percepciones.

⁶⁰ Gómez, J (1770) Principios Formales del mundo sensible y del inteligible Ediciones Akal

3.1.4 Construccinismo

Kant da las bases al construccionismo. El constructivismo es una corriente post moderna, personalizada en Bateson, Gergen, Watzlawick, Maturana, White y otros.⁶¹ El constructivismo considera que el cerebro no es un mero recipiente donde se depositan las informaciones, sino una entidad que construye la experiencia y el conocimiento, los ordena y da forma, es el resultado de un proceso dinámico e interactivo a través del cual la información externa

Esto significa que conocemos la realidad a través de los modelos que construimos para explicarla, y que estos modelos siempre son susceptibles de ser mejorados o cambiados. La conducta no se da en función del estímulo, sino en función de lo que yo pienso del estímulo.

3.1.5. Psicología Cognitiva

El nacimiento de las ciencias cognitivas, y en especial, dentro de estas la psicología cognitiva inspirada en el constructivismo, dio otra orientación a la psicología. Conjunto de principios teóricos y programas de investigación relativos al funcionamiento de la mente en general y a la adquisición de conocimientos en particular. Lo cotidiano del ser humano en los procesos de obtener información (todo está penetrado de información), la organizan y le da significado. Mente es igual a un sistema procesador de información.

⁶¹ Maturana, H (1996) Biología del Amor Seminar at the Catalan Society of Family Therapy Barcelona

En base a lo anteriormente señalado, varios clínicos comienzan a darse cuenta de la aplicabilidad de los postulados de la psicología cognitiva para la clínica.

La terapia cognitivo-conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo).

Ambos tipos de intervención se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y el objetivo de la terapia es desaprender lo aprendido y/o proporcionar experiencias de aprendizaje nuevas y más adaptativas.⁶²

Albert Ellis (1990) y Aaron Beck (1979) desarrollan de manera relativamente independiente, sus dos modelos de intervención terapéutica denominados, respectivamente, Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual.

⁶² Camanni, Julio Obst (2005). Op.Cit Primera edición Argentina

Ambos hacen hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones.⁶³

Esta corriente fue presentada por primera vez por Albert Ellis en 1956 con el nombre de "Rational Therapy" luego reemplazado por el "Rational –Emotive Therapy" o "RET" y finalmente a partir de 1994, denominada "Rational Emotive Behavior Therapy" o "REBT" o en español Terapia Racional Emotiva Conductual o "TREC").

3.2 Objetivo de la TREC

No sólo se interesa en la eliminación de los síntomas, sino que busca conseguir un cambio emocional y conductual basados en un trabajo profundo. Intenta alcanzar una nueva base psicológica que permita no sólo sentirse mejor o aliviar sus síntomas actuales, sino también lograr un punto de vista totalmente revisado frente a todas las situaciones nuevas, pasadas y futuras.

Promueve la tolerancia hacia si y los demás, la aceptación de la incertidumbre, el pensamiento científico, la flexibilidad, el asumir riesgos y compromisos. Ayuda al cliente a adquirir una filosofía que le haga no dependiente y no conformista, menos condicionable externamente y más autocondicionable y en control.

⁶³ Ellis, A (1962) Razón y Emoción en Psicoterapia Bilbao editorial Desclee de Brouwer

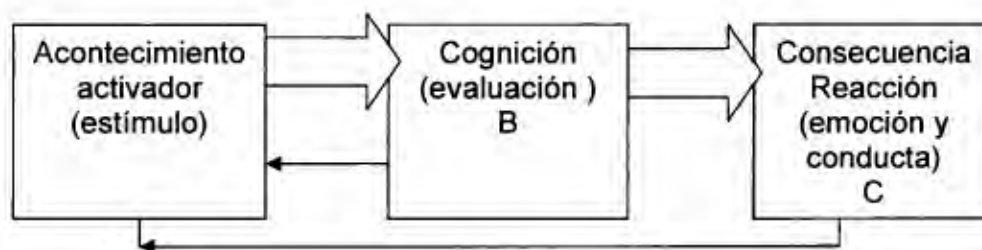
3.2.1 El "A-B-C" de la Teoría

Ellis (1955) considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epíteto: "las personas no se alteran o por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Recordó que "entre A y C siempre esta B".⁶⁴

"A" (por Activating Event") representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conductas sensación, emoción, etc.).

"B" (por "Belief System") representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo (pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofías de vida, etc).

"C" (por Consequence") representa la consecuencia o reacción e ocasión de la situación "A". Las "C "pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).



Fuente: Esquema tomado del Diplomado en Terapia Cognitiva- conductual

⁶⁴ Ellis, A (1962) Op Cit

3.2.2 Acontecimientos Activadores (A)

Los pensamientos e imágenes (Cogniciones) pueden ser provocados o surgir a partir de:

- Un acontecimiento externo: Acciones de otros, palabras de otros, emociones de otros, eventos y acontecimientos naturales.
- Una emoción (propia), una conducta (propia), una sensación corporal, un síntoma y un recuerdo (imagen).

Cuando un cliente describe un acontecimiento perturbador, éste tiene tres elementos:

- ¿Qué sucedió?: La realidad objetiva o realidad confirmable es igual al consenso social de lo que sucedió.
- ¿Cómo percibió lo que sucedió?: Como la describe el cliente, como supuestamente cree que es.
- ¿Cómo evaluó lo sucedido?

3.2.3 Las Consecuencias ("c")= Cc (conductas) + Ce (emoción)

Con respecto las consecuencias, al TREC distingue entre las "apropiadas" ("funcionales o "no perturbadas") y las "inapropiadas" ("disfuncionales, "perturbadas" o "auto saboteadoras").

El concepto sostenido por la corriente cognitiva conductual, es que las emociones, son muy importantes y cumplen funciones imprescindibles.

Para alertarnos de nuestras necesidades para nuestros objetivos y como medio de comunicación ¿qué emociones o conductas cambiar? Las "disfuncionales" o "auto-saboteadoras" (las que no ayudan a nuestros objetivos). ¿Qué pensamientos corregir? Los que causan las citadas emociones o conductas.

3.3 Emociones

Las emociones son importantes, útiles, necesarias para alertarnos de nuestras necesidades o informar desequilibrios. ¿Qué emociones hay que cambiar las autosaboteadoras, las disfuncionales que no nos ayudan a nuestro objetivos.

Cuadro N° 3 Comparación entre Emociones Funcionales y Disfuncionales

Funcionales	Disfuncionales:
Preocupación, tristeza, enfado, remordimiento, pesar, frustración.	Ansiedad, depresión, ira clínica, culpa, vergüenza
Intensidad acorde a situación	Causa sufrimiento innecesario o desproporcional
Favorece o no es adversa a: Preservar la vida Preservar la salud Evitar sufrimiento Resolver problema Logro de metas	Lleva a comportamientos "auto-saboteadores" Dificulta conductas necesarias para lograr los objetivos personales.

Fuente: Tomado del Diplomado en Terapia Racional Emotiva I módulo.

CuadroNº4 Emociones Negativas Racionales apropiadas vs Negativas Irracionales inapropiadas

CONTEXTO (Percepción de A)	EMOCIÓN IRRACIONAL	EMOCION RACIONAL
Como amenaza o peligro	Ansiedad, angustia	Preocupación
Como pérdida o falla (con implicaciones para el futuro).	Depresión	tristeza
Como frustrante, como ruptura de una regla personal (por otros o si mismo).	Ira	Enojo, enfado
Como ruptura del código moral propio	Culpa	Arrepentimiento
Como reveladora de un defecto personal	Vergüenza	Pesadumbre, pesar
Como traición de otros	Sentirse herido	Sentirse disgustado

Fuente: Tomado del diplomado en Terapia Racional Emotiva I módulo

3.3.1 El pensamiento como camino a las emociones

Es la forma referenciada por la TCC: Los procesos actitudinales y cognoscitivos nos llevan a definir algo como bueno o malo, agradable o desagradable, beneficioso o perjudicial y son causas comunes de emociones que nos movilizan a acercarnos o alejarnos de ese algo. Los pensamientos se expresan como diálogos internos.

3.3.2 Tipos de procesos

- a. Juicio reflexivo: cuando nos hemos parado a pensar, o razonar, lo que implica una postura filosófica o conocimiento. Estos suelen ser mantenidos. Prima más lo filosófico que lo sensorial y trata de analizar

todos los elementos disponibles. No me como una manzana dañada porque sé que sabe mal puedo sentir asco con sólo pensar en ello.

- b. Juicio de los sentidos: al apañar un balón, vemos dónde va el balón, calibramos nuestros movimientos para apañarlo (si reflexiono, no juego)-implica experiencia previa, entrenamiento.
- c. Apreciación o estimación (evaluación –Ellis): implica una expresión emocional que está próxima al juicio de los sentidos. La apreciación es aparentemente directa y relativamente inmediata, no reflexiva, no intelectual, automática o impulsada por experiencia previa, recuerdos y filosofías basadas en información parcial y prejuicios que se relaciona con la respuesta emocional y conductual, pero priva más lo sensorial (me sentiré terrible o me sentiré fantástico) que lo filosófico. Al que tiene a este tipo de reacción le llamamos persona emocional.

3.3.3 Tres de Contenidos Cognitivos

- Inferencias y supuestos (Ellis y Beck), lo que afirmo, porque lo supongo, o lo infiero, y puede ser cierto erróneo (verdadero o falso).
- Demandas: tienen derivados evaluadores nucleares. exigencias que derivan en las "tremendizaciones" y en la poca tolerancia a la frustración ("no –soportitis") según Ellis. Implica una filosofía inflexible o rígida que dificulta la adaptación.

- **Condena Global:** destaca la auto-condena global. para Ellis no son nucleares, sino sub-productos de las nucleares.

El elemento principal en los trastorno está en la Creencias irracionales evaluativos sobre sí, los demás y el mundo que se conceptualiza a través de exigencias absolutistas.

3.3.4 Las creencias irracionales (demandas)

- Son absolutistas y dogmaticas: se expresan con "necesito", "debo", "debe", "no puedo", o términos que equivalga a exigencia o demanda absolutista.
- En lo pragmático: autosaboteadoras, en vez de ayudar a lograr los objetivos, lo impiden, dificultan o logran lo contrario.
- En lo empírico: inconsistentes con la realidad, no concordantes con los hechos, distinto a lo observable.
- En lo lógico: lógicamente inconsistentes, parten de premisas falsas o de formas incorrectas de razonamiento. Producen emociones perturbadoras. No ayudan a conseguir los objetivos.

Se considera como creencias irracionales a un conjunto de afirmaciones, cosas de las cuales la gente estaba absolutamente segura y convencida, sin tener ningún fundamento lógico ni comprobación empírica que los respaldara.

Tengo que actuar muy bien y/o tengo que merecer la aprobación de los demás por mi perfecta forma de actuar, o de lo contrario me considero o seré considerado como inútil, malo, etc. (Depresión, ansiedad y culpa).

1. Los humanos adultos tenemos una imperiosa necesidad de ser amados y/o aprobados por toda otra persona significativa.
2. Uno debe ser absolutamente competente, adecuado, y exitoso en todas las cosas importantes o, caso contrario, uno es una persona inadecuada o inservible.
3. Debo tener un alto grado de orden y certeza en el mundo que me rodea para ser capaz de sentirme cómodo actualmente.
4. Para actuar bien, necesito desesperadamente a los demás para confiar y depender de ellos, porque permaneceré siempre tan débil.
5. Para considerarme bueno o responsable debo hacer las cosas bien, realizar acciones que merecen la pena, y que las personas, normalmente me acepten.
6. Si me deprimó, me pongo ansioso, me avergüenzo, estoy enfadado o cedo débilmente a los sentimientos de perturbación ante un acontecimiento o persona, actuaré incompetente y vergonzosamente. No debo hacerlo y si lo hago soy una persona débil e inútil.
7. Las opiniones (sobre cómo actuar) de personas consideradas respetuosas o autoridades por la sociedad no deben cuestionarse; y si

hago lo contrario, las personas tienen derecho a condenarme; castigarme; y no puedo soportar su desaprobación.

8. Invariablemente existe una correcta, precisa y perfecta solución para los problemas humanos y es tremendo si nos e puede encontrar.
9. Las perturbaciones de las otras personas son horribles y uno debe sentirse sumamente alterado por ellas.
10. Si algo es o puede ser peligroso o temible uno debe estar constante y extremadamente preocupado por ello y seguir haciendo hincapié en la posibilidad de que ocurra.

Los demás deben actuar de forma amable, considerada y justa, o de lo contrario son unos canallas, etc (ira, conductas pasivo-agresivas o violentas):

1. Las personas deben absolutamente actuar honradamente y consideradamente y sino lo hacen, son unos villanos condenables. La gente es sus actos malos.
2. La gente debe tratarme justamente y darme lo que necesite.
3. La gente tiene que cumplir mis expectativas o sino es terrible.
4. Si las personas se comportan inapropiadamente, se convierten en idiotas o malos totales y se deben sentir totalmente avergonzados de sí mismos.

Las condiciones en que vivo deben ser buenas y fáciles, para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad, o

de lo contrario el mundo se convierte en despreciable, y la vida casi no merece vivirla (lástima de sí mismo, problema de autodisciplina):

1. Es tremendo y horrible cuando las cosas no son exactamente como uno desearía ardientemente que fueran.
2. Uno no puede enfrentar las responsabilidades y dificultades de la vida y es más fácil evitarlas, y pasarla bien ahora.
3. Mis perturbaciones emocionales son causadas externamente o por mi genética y las personas tienen poca o ninguna capacidad para aumentar o disminuir sus sentimientos y conductas disfuncionales; por lo que no vale la pena vivir.
4. Nunca debo ser lastimado. para que yo actué debo tener la absoluta certeza de que no me lastimarán.
5. Para lograr mis metas debo estar motivado día a día.
6. Nuestra historia pasada es un importante determinante de nuestra conducta actual y, si algo ha afectado alguna vez fuertemente nuestra vida, deberá tener indefinidamente similar efecto.

Ellis, dice que si existe una perturbación secundaria se debe trabajar primero porque el trabajar los primeros reduciría las consecuencias primarias evitando que se convierta en situación secundaria impidiendo trabajar el nivel secundario. Es decir que una perturbación emocional/conductual C ej: ansiedad) se puede convertir en una A2 que es evaluada B2, produciendo nuevas

consecuencias C2 (problemas por tener problemas, ansiedad por estar ansiosos, tristes por estar tristes, miedo al miedo, enfadados por estar enfadados).

Las emociones y conductas, son reacciones pero también son situaciones o sensaciones sobre las cuales se piensa y ante las cuales se reacciona.

Más que autoestima que implica darse un valor "x"(a partir de éxitos o fracasos, u opiniones de otros). Pero es imposible calificar globalmente pues todos hacemos cosas bien y cosas mal. Además siempre podemos dejar de hacer o empezar a hacer. Lo saludable es la auto- aceptación (amor incondicional a sí mismo).

Las personas suelen enfrentar el conflicto entre lo que Ellis denomino Hedonismo a corto plazo y Hedonismo alargo plazo. Exagerar cualquiera de los dos no es sano, Lo sano es Hedonismo responsable.

Ellis propone ampliar el modelo del ABC a ABCDEF:

"D" (por disputing) la discusión de las creencias o refutación de las creencias irracionales.

"E" (por "effective Belief") La incorporación de una nueva creencia de carácter eficaz, funcional y saludable ("racional").

"F" (por "feeling"). El nuevo sentimiento o emoción, luego de haber modificado creencias.

3.3.5 Tres Niveles del Sistema Cognitivo

El sistema automático (involuntario o pre-consciente) se encarga de los procesamiento rápidos destinados a consecuencias de breve plazo y se desarrolla pasiva y no conscientemente.

El sistema consciente incluye los procesos más lentos de elaboración, es de carácter analítico y capaz de dominar o modificar al más primitivo o "automático".

El sistema "metacognitivo" opera reflexivamente "pensando acerca del pensamiento". Es el responsable de instalar y alcanzar las metas a largo a pesar de los malestares a corto plazo ("conflicto temporal de consecuencias"). Es justamente al sistema metacognitivo al que puede recurrir una persona (y su terapeuta) para modificar sus distorsiones cognitivas o pensamientos disfuncionales provocando una disonancia cognitiva.

3.3.6 Tres insights necesarias

1. Yo me perturbo a mi mismo. (no son "los otros" ni "las circunstancias").
2. Si aprendí una forma, puedo aprender otra. (el cambio es posible).
3. El cambio requiere de mi esfuerzo. (requiere trabajo, constancia y a veces sufrimiento).

3.3.7 Practica del TREC

Estrategias básicas del debate que es lo central de la TREC. Llevar al cliente a examinar y cuestionar su forma de pensar, y llevarles a desarrollar nuevos y más funcionales modos de pensar.

Existen diferentes tipos de debate según el objetivo:

- Debate empírico o inferencial: cuando tiene como propósito los pensamientos automáticos (inferencias, atributos, etc)-errores de inducción, donde se llega a conclusiones de sobre generalización basados en datos insuficientes.
- Debate filosófico: Debate o cuestionamiento de las ideas irracionales los esquemas subyacentes.

El primer punto es determinar cuál es la cognición que se abordará en la sesión:

El debate deber preferiblemente recaer en cogniciones que:

- Se relacionan con el problema que se está abordando en esta sesión.
- Son características del paciente.
- Son claramente distorsionadas y disfuncionales.
- Se asocian con una emoción claramente negativa.
- Sea el momento oportuno
- La alianza terapéutica está suficientemente consolidada para abordar ese tema.
- Si es una demanda, sea la "de fondo", la que sustenta a las otras.

- Si es un supuesto, asegurarnos que no estamos obviamente o confirmado la demanda, la tremendización.

3.3.8 Formas de discusión de la demanda (Ellis)

Pragmática o funcional (¿sirve?): Debate Pragmático: "carecen de consecuencia, de objetivo". Su propósito es ayudar al paciente a evaluar de forma práctica, las consecuencias de continuar pensando irracionalmente, a darse cuenta de que mientras mantenga sus "debo rígidos y las conclusiones que se deriban de ellos también mantendrá su perturbación emocional.

Empírica (¿Coincide con los hechos?): Debate empírico: "La realidad no lo comprueba". La meta principal es ayudar al paciente a observar la evidencia empírica, la veracidad de los hechos, la objetividad de los datos que está utilizando, para comprobar sus hipótesis.

En general los "debo" absolutistas son casi siempre inconscientes con la realidad empírica. Si la realidad nos muestra que las cosas no son siempre como pretendemos nuestra demanda no es realista. Si alguien siempre ha actuado de cierta manera, no es realista pretender que no sea así. (¿Qué prueban los datos? ¿Es cierto que siempre ha sido así o, aunque en número elevado, esto corre sólo un porcentaje de las veces? ¿Cuál es la probabilidad de ocurrencia?).

Lógica (¿Se deduce de algo?). Debate filosófico: "no hay una fundamentación lógica". El propósito es ayudar al cliente a entender que el pensamiento irracional es ilógico, contradictorio e inconsciente, ya que la conclusión no corresponde a las premisas sobre las que está basado o que no hay un argumento del cual se deduzca que algo necesariamente va a ser como pretendemos que sea.

3.4 Estilo del Terapeuta

- a. Socrático (preguntando): Tiene como meta principal el cuestionamiento de las creencias irracionales a través de preguntas enfocadas hacia su carencia de funcionalidad (pragmática), inconsistencia empírica y falta de lógica. Su propósito es incitar y animar al paciente a pensar por sí mismo en vez de aceptar el punto de vista del terapeuta. Puede incluir breves aclaraciones para corregir errores en el punto de vista del paciente. Ayuda al terapeuta a desarrollar la habilidad de escuchar.
- b. Didáctico: es explicar el modelo ABC, en algunos trastornos, explicar como el modelo opera en forma específica. Explicar la filosofía implicada en un proceso, explicar una técnica (relajación) o tarea en casa, explicar por qué una creencia irracional en particular es auto-destructiva. Por qué un pensamiento alternativo podría ser más productivo a largo plazo.

- c. Chistoso /juguetón: Puede ser muy eficaz exagerar una creencia irracional, funcionando paradójicamente y ayudarle a ver lo no empírico y ayudarle a ver lo no empírico irracional de lo que dice. So lo se utiliza si hay una buena relación ya establecida, si hay evidencia previa de que tiene sentido del humor, se es claro de que lo jocoso se dirige al pensamiento irracional y no al cliente como persona.
- d. Estilo Revelador de sí mismo: Poderosa arma utilizado correctamente. Puede ayudar a disminuir el énfasis en las diferentes entre terapeuta /cliente y facilitarle utilizar al terapeuta como modelo.

Apropiado cuando el terapeuta ha experimentado un problema similar, el terapeuta pensó de un manera irracional similar y el terapeuta reemplazó dicha manera de pensar por una creencia racional y resolvió el problema.

Sólo una parte de los pacientes, generalmente los más dominados por el razonamiento, suelen superar su demandas mediante los argumentos científicos de Ellis que explicamos (empírico, pragmático y lógico). En los otros casos debe recurrirse a otros recursos: Entre ellos está el buscar los significados de la demanda y las inferencias. Y finalmente usar recursos emotivos y experiencias fuertes para modificarlos.

Es necesario siempre preguntar (o preguntarse) “por qué” se demanda eso. Esto sería preguntarse algo como: “si esto no fuera así que pasaría”. Lo cual nos permitiría entender la verdadera y más profunda demanda que realmente se está expresando.

3.5 Los pasos de Ellis para las demandas

1. Elegir y definir el problema a tratar.
2. Definir la “C” y la “A” correspondientes al problema.
3. Verificar si hay “C” secundaria (pues casi siempre tiene prioridad).
4. Investigar las “B” (todas, pero especialmente las demandas).
5. Mostrar la relación $B \rightarrow C$ y explicar el concepto del “ABC”
6. Refutar las “B” disfuncionales (empezando por las demandas).
7. Asegurarse lograr el objetivo de la refutación.
8. Proponer la alternativa (preferencial).
9. Ensayar el nuevo pensamiento con una “Imaginación racional Emotiva”.
10. Si fuera útil hacer role-playing u otros ejercicios apropiados al caso.
11. Explicar la necesidad de las tareas de auto-ayuda.
12. Acordar y definir las tareas de auto-ayuda a realizar.
13. Pedir “feedback” y conclusiones de la sesión.

3.5.1 Técnicas Emotivo-Conductuales:

- Imaginación Racional emotiva: Es un ejercicio que consiste en evocar nuevamente la situación que le genera la emoción disfuncional y luego

emplear sus nuevos pensamientos o creencias racionales para disminuir su emoción disfuncional o reemplazarla por una funcional (emplear por treinta días).

- **Ataque de vergüenza:** es una técnica cognitiva destinada a superar los problemas de timidez y ansiedad social, basada en la exposición interpersonal. Con ella, se insta al paciente a hacer alguna "tontería" en público con el objetivo de que desaparezca el miedo a ser observado o criticado.
- **Juego de roles o dramatización:** La actuación dramática es un estado intermedio entre la fantasía y la realidad: la modalidad ficticia nos permite hacer las cosas que aún se encuentran afuera de nuestro alcance en la vida real, tales expresar emociones temidas, cambiar patrones de conductas, vivenciar nuevamente situaciones pasadas, ensayar actuaciones futuras, colocarnos en el lugar de otras personas, etc. La experiencia emotiva real nos permite conectarnos con los pensamientos que generan dichas emociones y también ensayar nuestras conductas posibles en condiciones emotivas equivalentes a las reales en las situaciones representadas.

3.5.2 Las Tareas de Auto-Ayuda:

Es una herramienta muy útil en el proceso terapéutico, su propósito principal es ayudar al paciente a reforzar lo adquirido durante las sesiones. Pensar

que podría hacer mi cliente en la semana para poner en práctica lo aprendido en esta sesión

1. Su nueva filosofía (E)
2. Su habilidad de debatir(D)

Generalizar lo aprendido a la vida cotidiana, permite revisar sistemáticamente el progreso del paciente en cuanto al grado de comprensión del modelo como de su habilidad para aplicarlo.

Algunos ejemplos de tareas:

- **Escribir:** registros de pensamientos automáticos, creencias, listas de opciones, explicaciones posibles, pro y contra.
- **Leer:** Textos sobre el tema, libros, artículos, etc.
- **Escuchar:** Sesiones grabadas, conferencias, testimonios, etc.
- **Experimentos:** Actividades para comprobar supuestos o resultados de conductas alternativas, esperar antes de...
- **Ejercicios de Exposición:** a situaciones fóbicas, órdenes paradójales.
- **Prácticas de IMAGINACIÓN:** de conductas alternativas de exposiciones, de echar adelante el casete, etc.
- **Ejercicios ESPECÍFICOS:** relajación, "ataque a la vergüenza", "toma de riesgo", "sensibilización", resolución de problemas, etc.

Otros Recursos:

- Registro de "ventajas y desventajas"

- Exposición progresiva
- Role-play "racional – irracional"
- Diseñar experimentos
- Registrar casos, verificar
- Actuar "como si"
- Consultar con otros. Encuesta
- Ensayar una nueva conducta y ver "qué pasa"
- Dramatizaciones
- Relajación
- Hipnosis
- Desensibilización sistemática
- EDMR
- Hipnosis
- Psicodrama cognitivo conductual
- Entrenamiento en asertividad
- Entrenamiento en solución de problemas
- Toma de decisiones y desarrollo de otras competencias.

3.6 La Terapia Cognitiva

La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de

los eventos. No es una situación en y por Sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación.⁶⁵

La Terapia cognitiva surgió en los años setenta de la mano de Aaron T. Beck (1979) como un abordaje de tratamiento para la depresión. A partir de entonces se produjeron diversas investigaciones que probaron su eficacia para diversos trastornos, sobre todo en los de estado del ánimo y ansiedad.

El postulado fundamental de la TCC es que lo que nosotros interpretamos de la realidad depende de lo que pensamos y esto influyen nuestros sentimientos y conducta, lo cual no significa que todo lo que uno siente depende de sus pensamientos, sino que entre pensamiento, emoción y conducta habría una relación circular de interacción mutua.

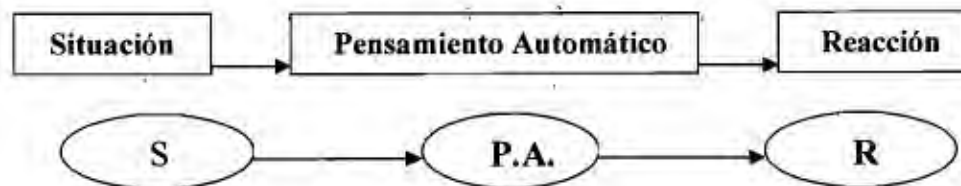
Se considera entonces que los individuos responden al significado que adjudican a las situaciones, más que a las situaciones en sí. Esto no equivale a decir que los factores cognitivos ejerzan un rol causal exclusivo en la etiología de todos los trastornos. Cuando se afirma que "lo que usted piensa puede determinar lo que usted siente", significa que en la interacción del individuo con su entorno pueden darse una serie de acontecimientos que pueden ser tantos positivos, neutros o negativos y cada uno interpretará estos hechos con una serie de pensamientos que fluyen continuamente en su mente.

⁶⁵ Beck, A. (1964) Thinking and depression 2. Theory and therapy. En: *archives of general Psychiatry* / 10,561

Lo que queda claro es que la interpretación que se hace de la situación influirá en la emoción y el comportamiento de la persona.

Por lo tanto, la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma por sí misma no determina directamente como se sienten; su respuesta emocional esta mediada por su percepción de la situación⁶⁶

“La psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan.”⁶⁷



Las reacciones pueden ser: Emotivas, conductuales o fisiológicas.

Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal (lo que se dice uno mismo y/o visual (imágenes).

⁶⁶ Beck J (1995) Cognitive Therapy Basic and Beyond New York. Guilford press

⁶⁷ Padesky D (1990) Terapia cognitiva con parejas Sarasota, FL. Intercambio profesional de los recursos

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. A veces los pensamientos automáticos son las mismas creencias y a veces son derivados de las creencias.

Las creencias más centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas no tienen clara consciencia de ellas, se desarrollan desde la infancia, consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo. Representan el contenido de los esquemas.

Las creencias intermedias están constituidas por: reglas (normas, actitudes y supuestos.

La premisa básica del modelo de la terapia cognitiva es que la principal causa de los afectos y las conductas disfuncionales de los adultos reside en la distorsión atributiva y no en la distorsión de las motivaciones o las respuestas⁶⁸.

"Por cuanto los significados son construidos por las personas y no son componentes directos de la realidad, son relativamente acertados o erróneos en relación con un determinado contexto y a las metas de la persona"⁶⁹.

⁶⁸ Beck, A. Freeman, A. y col (1990) Terapia cognitiva y Desordenes de Personalidad. Nueva York Guilford Press

Los esquemas organizan la experiencia y la conducta. "Los sentimientos y la conducta disfuncionales se deben en gran medida a la función de ciertos esquemas que tienden a producir juicios sistemáticamente tendenciosas y una constante tendencia correlativa a cometer errores cognitivos en ciertos tipos de situaciones"⁷⁰.

Dattilio y Padesky (1990) consideran que el terapeuta apunta a lograr cambios en tres niveles.

El superficial (los Pensamientos Automáticos).

El intermedio (los supuestos subyacentes constituidos por las "reglas condicionales" y las creencias transituacionales".

El profundo o nuclear (los esquemas).

La Terapia Cognitiva busca facilitar la remisión de los síntomas y prevenir la recaída propiciando que el paciente modifique los pensamientos y creencias disfuncionales que generan sus problemas. Este proceso tiene tres fases:

Fase Inicial

- Desarrollar una firme alianza terapéutica
- Identificar y especificar los objetivos de la terapia

⁶⁹ Alford, B. Beck, A. (1997) The Integrative Power of cognitive therapy new York: Guilford Press.

⁷⁰ Beck, A. Freeman, Op. Cit.

- Resolver los problemas puntuales con que viene el paciente.
- Enseñar el modelo cognitivo
- Lograr la activación del paciente, en caso de estar deprimido o poco motivado.
- Instruirlo acerca de su trastorno en las sesiones y utilizando la biblioterapia.
- Enseñarle a identificar, evaluar y responder a sus Pensamientos Automáticos. Utilizar el Registro de Pensamientos Disfuncionales.
- Socializarlo acerca de las tareas de autoayuda, la programación de las sesiones y la retroalimentación al terapeuta al final de la sesión.
- Enseñarle estrategias para enfrentar sus problemas. Por ejemplo, habilidades sociales.

Fase Intermedia

- Continuar trabajando en los anteriores puntos.
- Identificar, evaluar y modificar las creencias disfuncionales.
- Utilización de técnicas racionales, emocionales y conductuales..»
- Enseñarle habilidades prácticas para alcanzar objetivos.

Fase Final

- Preparar al paciente para la terminación de la terapia.
- Trabajar la prevención de recaídas.
- Programar las sesiones de seguimiento cada vez más espaciados.

La secuencia terapéutica va de lo superficial a lo profundo, empezando por los Pensamientos Automáticos(PA), cogniciones que están más cerca de la conciencia y son más fáciles de examinar y cambiar, aunque algunas veces será necesario empezar por identificar la emoción o la conducta asociada.

El terapeuta enseña al paciente a identificar, evaluar y modificar sus pensamientos para producir un alivio de los síntomas. Después apunta a las creencias que sustentan estos pensamientos y que abarcan o tocan muchas situaciones y posibilidades.

“El cambio de esquema es sumamente importante, pero los esquemas son difíciles de modificar. Están firmemente fijados por elementos conductuales, cognitivos y afectivos. El abordaje terapéutico debe adoptar un enfoque tripartito. Un abordaje estrictamente cognitivo e intentar discutir con los pacientes sus distorsiones no dará resultado.

Hacer que los pacientes exterioricen emotivamente en la sesión sus fantasías o recuerdos tampoco será eficaz por sí mismo. Es esencial un programa terapéutico que apunte a las tres áreas” ⁷¹

⁷¹ Beck, J (2000) Terapia Cognitiva, conceptos Básicos y profundización Barcelona Editorial Gedisa

Al evaluar las creencias intermedias y las creencias nucleares más relevantes, ofrecemos al paciente la oportunidad de ejercer opciones y empezar a identificar y ejecutar creencias alternativas, de tal manera, que las percepciones y las conclusiones que el paciente saca de esos eventos y situaciones a los que se enfrenta, cambian.

Esta modificación más profunda de las creencias nucleares más relevantes va a ayudar a que se minimicen las probabilidades de recaída en el futuro. Asimismo irá cambiando hacia lo positivo la calidad de vida del paciente.

Toda esta dinámica se sustenta en el hecho de que las creencias nucleares disfuncionales y las creencias intermedias que les dan sentido, son aprendidas, de tal manera que pueden “desaprenderse” y ser remplazadas en el proceso terapéutico por creencias más a tono con la realidad y las necesidades verdaderas del paciente.⁷²

3.6.1 Contenidos de los principales tipos de creencias disfuncionales de autonomía:

- a. Dependencia: Creer que uno es incapaz de funcionar por uno mismo y necesita el apoyo constante de otros.
- b. Sometimiento/Falta de individualidad: El sacrificio voluntario o involuntario de las necesidades o de las emociones propias para satisfacer las

⁷² Beck, J. (1995) Op Cit New York Guilford pres

necesidades de otros, con un fallo simultáneo para reconocer las propias necesidades.

- c. Vulnerabilidad al daño o la enfermedad: Miedo a que un desastre (natural, criminal, médico o financiero) pueda tener lugar en cualquier momento.
Miedo de perder el control /Miedo al azar: Miedo a que uno no posee o puede perder el control voluntario de su propia conducta, emociones, impulsos, mente, cuerpo, etc.
- d. De privación emocional: Expectativa de que las necesidades propias de cuidado, empatía o afecto nunca serán adecuadamente satisfechas por otros.
- e. Abandono/ pérdida: Miedo de que uno puede perder de modo inmediato a personas cercanas importantes (por abandono, muerte, inestabilidad, o poca fiabilidad) y si eso ocurre, estará aislado para siempre.

3.6.2 Contenidos de los principales tipos de creencias disfuncionales de

Relaciones:

- a. Desconfianza/abuso: expectativa de que otros intencionadamente harán daño mentirán, abusarán, manipularán o se aprovecharán de uno.
- b. Alineación/ Aislamiento Social: Creer que uno está aislado del resto del mundo, es diferente a la otra gente y/o no es parte de un grupo o de una comunidad.

- c. Defectuosidad/vergüenza: Creer que uno es interna o externamente defectuoso o indigno de ser amado por otros significativos si se muestra cómo es. Puede incluir hipersensibilidad a la crítica, al rechazo o a la acusación; sensación de vergüenza ante defectos propios percibidos subjetivamente (por ejemplo ser feo, de estatus bajo, de escasos recursos para la conservación, tonto, aburrido...)

3.6.3 Contenidos de los principales tipos de creencias disfuncionales valía y rendimiento:

- a. Infradesarrollo personal: La idea de que el crecimiento personal está o ha estado limitado (normalmente por haberse entregado o haber estado demasiado ligado a otras personas: padres, esposo.
- b. Fracaso/Incompetencia: creer que uno no puede rendir competentemente en áreas de logro (universidad carrera profesional), en las responsabilidades diarias hacia uno mismo u otros, o en la toma de decisiones.
- c. Culpa/Castigo: Creer que uno es moral o éticamente malo o irresponsable, y merece duras críticas o castigos.

3.6.4. Contenidos de los principales tipos de creencias disfuncionales límites y normas:

- a. Lucha implacable/Grandiosidad: Lucha implacable para conseguir metas extremadamente altas sobre uno mismo, a expensas de la felicidad, el placer, la salud, la sensación de realización o relaciones satisfactorias.

Creencia de que uno es superior a los demás o tiene algunos privilegios especiales.

b. Autocontrol o autodisciplina insuficientes: Creer que uno puede hacer, decir o tener inmediatamente lo que desee. Desconsideración hacia:

- Lo que otros, consideren razonablemente
- Lo que es de hecho factible.
- El tiempo o la paciencia requeridos
- El coste para otros. O dificultad con la autodisciplina.

El problema de las interpretaciones no radica en su verosimilitud o la falta de ella, sino en las consecuencias comportamentales y emociones que de ellas se desprenden, especialmente cuando el mismo estilo se utiliza frecuentemente y de modo rígido en distintas situaciones. Saber cuándo estos procesos reflejan cogniciones significativas para el paciente puede ser una tarea compleja. La terapia cognitiva, para orientarnos en semejante desafío, formula la "hipótesis de especificidad del contenido", la cual sostiene que cada estado emocional va asociado a unas cogniciones características: la depresión, a una visión negativa de sí mismo, el mundo y los demás; la ansiedad, al catastrofismo; etc.⁷³

⁷³ Friedberg, R. D., McClure.M,J(2005) Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales. Editorial Paidós España Barcelona.

La terapia cognitiva conceptualiza los desórdenes psicopatológicos como modos de atribución de significado o procesamiento de la información que tienden a ser sesgados, rígidos y desadaptativos para la persona. Por ello, su objetivo contiene consiste en flexibilizar los modos patológicos del procesamiento de la información y de esta forma lograr que la persona pueda sentir y actuar de manera más adaptativa.

El modo en que se interpretan las situaciones estaría determinado por una serie de elementos: esquemas, creencias nucleares, creencias intermedias y pensamientos automáticos.

Los esquemas son definidos como estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior; más o menos permanente, que guían la búsqueda, codificación, organización, almacenaje y recuperación de la información.⁷⁴ Por lo tanto, juegan un papel fundamental guiando nuestros pensamientos, sentimientos y conductas mediante la interpretación de las demandas ambientales que nos afectan.

Las personas desarrollan sus esquemas, en los cuales incluyen creencias

⁷⁴ Beck, Á., Clark, D. (1997) El estado de la Cuestión en la teoría y la terapia Cognitiva. In I. Caro(Ed): Manual de Psicoterapia Cognitiva. Barcelona:Paidós.

acerca de sí mismos, los demás y el mundo que los rodea a partir de las experiencias infantiles, a través de la interacción con el medio. Dichos esquemas pueden permanecer latentes y activarse ante una situación determinada con el correr de los años. De acuerdo con el modelo cognitivo, los trastornos psicológicos se caracterizan por esquemas idiosincrásicos desadaptativos que se activan ante determinadas circunstancias y determinan el sistema de procesamiento de la información.⁷⁵

Estos esquemas tienden a ser rígidos, impermeables, globales y concretos. Por lo tanto, el tratamiento de los desórdenes psicológicos incluye la modificación de estas estructuras de atribución de significado mediante la desactivación de los esquemas disfuncionales y la activación de modos constructivos más racionales. Los esquemas cuentan con cuatro componentes: comportamientos, emociones, respuestas fisiológicas y finalmente la dimensión cognitiva. El aspecto cognitivo del esquema se divide en: las creencias nucleares, las creencias intermedias y los pensamientos automáticos.⁷⁶

Las creencias nucleares son representaciones de la realidad estable y profunda que las personas consideran como verdades absolutas, aunque la mayor

⁷⁵ Beck, A., Clark, D., (1997) Op.Cit.. In I Caro (Ed). Manual de Psicoterapia Cognitiva. Barcelona: Paidós

⁷⁶ Beck, A. Freeman, A y col (1990) Terapia cognitiva de los Trastornos de personalidad Barcelona editorial paidós.

parte del tiempo no ocupe el foco de la experiencia consciente. El contenido de estas carencias suele referir a disfunciones negativas de la propia identidad (por ejemplo, en un niño depresivo, "soy tonto") o de los otros (por ejemplo, en un adolescente con ansiedad social, "la gente es crítica y malintencionada").

En cuanto a las creencias intermedias, su contenido restringe la manera de pensar, sentir y actuar ante las demandas ambientales de tal manera que, a partir de sus efectos en el entorno, tienden a auto-confirmarse.

Pueden ser de tres tipos⁽⁸²⁾ :a) presunciones o enunciados condicionales del tipo: "si.. entonces..." (Ej.: "si notan que estoy nervioso pensarán que soy débil, si mi ansiedad pasa inadvertida voy a ser aceptado"); reglas o expectativas (Ej.: "tengo que ser el mejor en todo lo que hago, siempre debo ser aceptado socialmente"); y c) actitudes ("ser torpe es algo terrible").

Finalmente; los pensamientos automáticos, se podría decir que son más situacionales y específicos; suelen ser rápidos, casi imperceptibles para las personas de carácter telegráficos y breves.

Se consideran disfuncionales a los pensamientos que, de acuerdo (Beck,1995)

- Distorsionan la realidad.
- Son causa de perturbación emocional (emociones disfuncionales).

- Interfieren con la capacidad del paciente para lograr sus metas.

Es decir que el pensamiento puede ser disfuncional por uno o más de los siguientes criterios:

- No coinciden con los hechos observables (realidad).
- Aunque se ajustan a la realidad en la observación, incluyen conclusiones erróneas.
- Generan consecuencias disfuncionales, indeseables o que dificultan o impiden el logro de los objetivos de la persona.

La terapia cognitiva tiene una visión integrada del origen o causa de los esquemas y respuestas inadaptados: las causas genéticas y orgánicas se suman a las experiencias vividas, el entorno y el aprendizaje social.

Las distorsiones cognitivas o formas no válidas de razonamiento más frecuentes que hemos encontrado mencionadas en la literatura de esta corriente son las siguientes:⁷⁷

1. Pensamiento "de todo o nada" ("pensamiento dicotómico", o "en blanco y negro").
2. Adivinación del futuro ("catastrofización").
3. Descalificar arbitraria.

⁷⁷ Padesky D (1990) Terapia cognitiva con parejas. Sarasota, FL. Intercambio profesional de los recursos

4. Inferencia arbitraria.
5. Razonamiento emotivo
6. Explicaciones tendenciosas
7. Rotulación("etiquetar")
8. Magnificación/minimización. (magnificar lo negativo y minimizar lo positivo).
9. Filtro mental ("abstracción selectiva").
10. Lectura de la mente.
11. Generalización (o "sobre generalización").
12. Personalización
13. Expresiones con "debe" o "debería" (exigencias, demandas).
14. "Visión en túnel".

3.6.5 Las estrategias y los esquemas

Las estrategias son formas de conducta o respuestas destinadas a servir a metas biológicas, son conductas estereotipadas altamente pautadas favorables a la supervivencia individual y la reproducción.

La estrategia propuesta por Aaron Beck (1962) desde el comienzo, reiterada en casi toda la literatura sobre esta corriente y ratificada por Judith Beck (1995) puede resumirse en los siguientes conceptos:

En un nivel amplio el terapeuta apunta a facilitar la remisión de los síntomas y prevenir la recaída mediante la modificación de sus pensamientos y creencias disfuncionales. “La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos (Por ejemplo, al depresión, la ansiedad, las fobias, el problema del dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por la forma en que él estructura el mundo” ⁷⁸

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar, cotejar con la realidad y modificar las conceptuaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales (esquemas) que subyacen a esas cogniciones.

“En líneas generales, la teoría cognitiva estipula que la mejoría sintomática en un trastorno psicológico se logra a través de la modificación de pensamientos disfuncionales y que una mejoría duradera (reducción de recaídas) se logra mediante la modificación de las creencias inadecuadas”.

Esta terapia tiende a ubicarse en el modelo educativo, donde prevalece la idea de aprendizaje de nuevas formas de conocimiento que permitan adquirir nuevas conductas, más apropiadas o útiles para lograr las metas personales.

⁷⁸ Beck, A.T, Rush A, Shawy, Emery, G (1979) Cognitive Therapy of Depression New York The Guilford Press

3.6.6 Estructura de las Sesiones

El modelo estructural básico de las sesiones puede esquematizarse con el siguiente programa.⁷⁹

- a. Breve recuento de lo sucedido (luego de la última sesión) y registro del estado anímico (y de la medicación y/o uso de drogas, si correspondiera).
- b. Enlace con la sesión anterior (consecuencias, asuntos pendientes, etc.).
- c. Fijación de la agenda para esta sesión.
- d. Revisión de la realización de la tarea asignada de autoayuda.
- e. Tratamiento de los puntos estipulados en la agenda.
- f. Fijación de las(s) nueva(s) tarea(s) de autoayuda.
- g. Resumen final y la devolución ("feedback") del paciente.

Los esquemas son estructuras cognitivas que integran y describen el significado a los datos sensoriales percibidos. El contenido de estos esquemas puede referirse a las relaciones interpersonales o a categorías impersonales (objetos inanimados, que pueden ser concretos o abstractos).

3.6.7 Los Principios

Principios de la terapia cognitiva:

- a. La terapia cognitiva se basa en una formulación permanentemente evolutiva del paciente y sus problemas en términos cognitivos. La terapia cognitiva requiere una sólida alianza terapéutica.

⁷⁹ Beck, J. (1995) Op Cit Barcelona Gedesia

- b. La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación.
- c. La terapia cognitiva se orienta hacia metas y se centra en los problemas.
- d. La terapia cognitiva inicialmente enfatiza el presente.
- e. La terapia cognitiva es educativa, apunta a enseñarle al paciente a ser su propio terapeuta y enfatiza la prevención de la recaída.
- f. La terapia cognitiva apunta a ser de tiempo limitado.
- g. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.
- h. La terapia cognitiva le enseña a los pacientes a identificar, evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales.
- i. La terapia cognitiva usa una diversidad de técnicas para cambiar los pensamientos, el estado de ánimo y las conductas.

3.7 Técnicas y Recursos Terapéutico de la Terapia Cognitivo

Conductual

Para identificar los pensamientos automáticos y las creencias:

- Registro de Pensamientos Disfuncionales.
- Cuestionamiento (diversas maneras):
 - ✓ Descubrimiento guiado.
 - ✓ Uso de momentos emocionales durante la sesión ¿por qué cambio de estado de ánimo?, ¿en qué pensó?
- Uso de la imaginación.
- Para ensayar tareas de autoayuda.
- Para inducir estados emocionales o de actividades particulares.

- Para tomar distancia o perspectiva de algo traumático.
- Para inducir estados emocionales o de activación particulares
- Para enfrentar imágenes perturbadoras:
 - ✓ Llegando hasta el final.
 - ✓ Avanzando más adelante en el tiempo.
 - ✓ Resolviendo en la imaginación.
 - ✓ Modificando las imágenes.
- Inferencias de reglas generales o temas comunes.
- Análisis de contenidos de reglas y normas. Por ejemplo "debería", "tengo que".
- Análisis directo de verbalizaciones: ¿Y entonces? ¿Por qué es eso importante para ti?
- Detección de ideas, eslogan y refranes.
- Uso de cuestionarios. Ej. Escala de Actitudes Disfuncionales.
- Técnica de Flechas descendientes (Burns). Preguntas sucesivas acerca del significado de las afirmaciones del paciente.

3.7.1 Técnicas para detectar creencias nucleares y creencias intermedias

- Búsqueda de valores. Indagar la jerarquía de valores del paciente para ver cuáles representan una carga emocional o un puesto de privilegio que puedan alterarse en la terapia. ¿Qué importancia les das a...?

- También hacer preguntas sucesivas sobre preferencias: ¿Qué prefieres: ser independiente o tener una relación de compromiso? Tres deseos a pedirle al "Genio de la Botella" ¿Qué cosa te gustaría cambiar de tu vida? ¿Qué cosa te gustaría mantener? Este tipo de preguntas puede ayudar a identificar una escala de valores y analizar creencias y comportamientos que puedan ser incongruentes con dicha escala y producir insatisfacción o disonancia.
- Exploración de historia de vida de donde proceden tus creencias.
- Lista de sucesos vitales personalmente significativos, positivos o negativos.

3.7.2 Técnicas y recursos terapéuticos de la terapia cognitivo conductual para evaluar y modificar los pensamientos automáticos y creencias:

- Lista de preguntas para los pensamientos automáticos (Judy Beck).
- Discutir listados de Distorsiones Cognitivas. ¿Cuántas aplican?
- Contabilizar los pensamientos negativos
- Diario de cambios anímicos y Pensamientos automáticos o actitudes disfuncionales concurrentes.
- Cuestionamiento Socrático
- Identificar intensidad o grado de creencia (0%-100%).
- ¿Qué pensaría o haría tu amigo (a) en tu lugar?
- Lista de ventajas y desventajas de la creencia.

- “Juego de Roles” (Role-play) (del experimento condutal para confrontar la creencia).
- Planilla de Actividades Diarias.
- Tarjetas de Afrontamiento.
- Técnicas de distracción y cambio de foco.
- Técnicas de relajación (varias acorde a preferencias del paciente):

3.7.3 Tareas de Auto-Ayuda (entre sesiones)

En la terapia cognitiva las “tareas para el hogar” o “tareas de autoayuda” favorecen el cambio, día a día, logrando que el paciente practique una y otra vez hasta que la alternativa sana se haga automática. De no ser así, el cambio no será perdurable. Es así como las carencias disfuncionales cambian a alternativas más sanas y funcionales.

Los objetivos a lograr incluyen:

- Cambiar una conducta disfuncional o establecer una conducta apropiada.
- Modificar las creencias y los pensamientos distorsionados.
- Vencer temores e inhibiciones, mejorando la auto-confianza.

Particularmente en la fobia social y en al agorafobia, donde el paciente va a confrontar su ansiedad y sus creencias disfuncionales a través de la reestructuración cognitiva y la exposición gradual a situaciones catalogadas por él como ansiosas.

Perfeccionar y consolidar mediante la práctica las nuevas conductas.

Las tareas son cruciales para poder lograr un cambio real y perdurable en el proceso terapéutico, ya que la reestructuración cognitiva por sí sola no siempre es efectiva. Los cambios en la conducta a través de la exposición son necesarios para cimentar la alternativa funcional. De acuerdo a Bandura (1977), las mejores en el funcionamiento conductual producen cambios cognitivos.⁸⁰

La intervención terapéutica en Terapia Cognitivo-Conductual se estructura en tres pasos. El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Esas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha, vale decir, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente, la tercera fase, el seguimiento, consiste en la evaluación de la aplicación de programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

Tanto por la variedad de estrategias terapéuticas disponibles como por su eficacia, este enfoque se ha extendido a un amplio rango de trastornos psicológicos, así como a la promoción y prevención en salud.

⁸⁰ Bandura, A. (1977) Teoría de aprendizaje social General Learning Press.

La Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienzan a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones.

Es en la interacción familiar temprana y en el intercambio social y cultural posterior, donde se produce el proceso de adquisición de nuestra manera habitual de pensar, sentir y actuar. Así sentimos miedo en algunas situaciones, alegría en otras, aprendemos a resolver ciertos problemas, mientras que otros se nos van de las manos.

Ahora bien, el proceso de aprendizaje no es unidireccional, se trata de una compleja secuencia de interacciones, por lo que no somos receptores pasivos de la influencia del medio. Todo aprendizaje ocurre siempre en un individuo que trae consigo una determinada constitución genética y una historia personal y única. Esto explica que ante una misma situación cada persona reaccione de manera diferente.

El objetivo de la Terapia Cognitiva es aprender a reconocer y cambiar los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas desadaptadas. Se trata

de una terapia que aborda los problemas que una persona padece desde dos puntos de vista interrelacionados entre sí:

- Lo que una persona piensa, **lo cognitivo**
- Lo que una persona hace, **lo conductual**

El pensamiento, la emoción y la conducta son tres aspectos psicológicos íntimamente relacionados, de tal manera que un cambio en alguno de ellos producirá alguna modificación en los otros dos.

El pensamiento es el determinante más importante de las emociones. Aunque los hechos externos, actuales o pasados, influyen en las emociones, no son la causa de ellas. Son nuestras percepciones y evaluaciones de esos hechos externos los que influyen directamente en nuestra respuesta emocional.

Los individuos construyen su propio mundo. Las creencias en relación con el individuo son las que determinan sus emociones y conductas. Existe, pues, una fuerte relación entre pensamientos y sentimientos.

A lo largo de la infancia las personas van configurando sus "esquemas cognitivos básicos" que son el sistema de creencias que la persona elabora en relación a lo que le rodea. Estas creencias están en la base de toda una serie de

pensamientos automáticos irracionales, de distorsiones cognitivas que actúan a modo de filtro a través del cual deformamos la realidad que nos rodea.

La terapia cognitiva-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad

A continuación vamos a enumerar algunas características de este tipo de psicoterapia:

3.8 Características de la Terapia Cognitivo-Conductual

- Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.
- Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.
- Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no sólo la reflexión sino además la acción.

- Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.
- Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.
- Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.
- Se considera que la terapia es efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.

La terapia cognitiva considera que los conceptos desadaptativos son la característica esencial de los trastornos psicológicos. Por lo tanto, corregir y abandonar estos conceptos es lo que llevaría a la mejoría de la sintomatología.

Las **cogniciones distorsionadas** derivan de los supuestos o creencias desadaptativas, y paciente y terapeuta trabajan para identificarlas. Para que los sujetos realineen su pensamiento con la realidad, estas cogniciones y creencias se someten a un análisis lógico y a una comprobación empírica de la hipótesis. La terapia cognitiva es estructurada, tiene un límite de tiempo y se encuentra dirigida

a cambiar las actividades del procesamiento de la información que sean defectuosas.⁸¹

El abordaje cognitivo conductual de niños y adolescentes integra intervenciones de reestructuración cognitiva y resolución de problemas con estrategias conductuales como el manejo de contingencias y el modelado. El objetivo principal consiste en modificar o mejorar las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales desadaptativas del niño o el adolescente a su entorno, Friedberg y McClure (2002) señalan que aunque la TCC debe adaptarse a las características únicas de los niños, hay varios principios establecidos en el trabajo con adultos que también pueden aplicarse en su tratamiento.

El postulado fundamental de la Terapia cognitivo conductual es que los pensamientos ejercen una influencia en las emociones y la conducta. Se considera que los individuos responden al significado adjudicado a las situaciones, más que los eventos mismos. Esto no equivale a decir que los factores cognitivos ejercen un rol causal exclusivo en la etiología de todos los trastornos. Afirmar lo que usted piensa puede determinar lo que usted siente. Significa que el mundo ante una serie de acontecimientos que pueden ser tanto positivos, neutros o negativos, cada uno interpretará estos hechos con una serie de pensamiento que fluyen continuamente en su mente. A esto se le llama "diálogo interior".

⁸¹ Caro G. I. Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas. Editorial Desclee de Brouwer, España

Estos pensamientos, y no los hechos reales, son los que podrían determinar su estado de ánimo. El objetivo de la Terapia Cognitivo-Conductual se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información y que no padecemos por las situaciones en sí, sino por las interpretaciones rígidas que de ellas hacemos. Existe evidencia empírica concerniente a que la intervención sobre el procesamiento individual de información, presenta importante incidencia sobre las manifestaciones, emocionales y comportamentales⁸²

Estos procesos cognitivos son condicionados por creencias subyacentes que los individuos mantienen acerca de sí mismos, el mundo y el futuro. Las creencias tácitas o esquemas son construidos a lo largo del desarrollo y funcionan como lentes que guían la percepción, recuperación, procesamiento e interpretación de la información. Cuando la respuesta emocional o conductual de un niño a un evento es desadaptativa (es decir, que es inapropiada dado la naturaleza del evento o produce un deterioro en su funcionamiento social) se presume la inferencia de déficits en sus habilidades conductuales o distorsiones en las creencias y procesos cognitivos resultantes.

⁸² Beck, A., Clark, D. (1997) Op.Cit. In I. Caro (Ed) Manual de Psicoterapia Cognitiva Barcelona Paidós

Las intervenciones en la clínica cognitiva con adultos se efectúan a través de la psicoeducación, la implementación de registros organizados de pensamientos, técnicas de cuestionamiento guiado inspiradas en la mayéutica socrática, y la realización de "tareas para el hogar" estructuradas a la manera de experimentos, con el fin de corroborar o falsear los presupuestos a partir de los cuales el sujeto adjudica sentido a sí mismos, el futuro y a su mundo de experiencia. Esta modalidad de relación terapéutica, es definida por A. Beck y colaboradores como un "empirismo colaborativo"

En este punto se establece una importancia diferencia con la terapia cognitiva con niños. Entre las principales dificultades registradas se encuentran las limitaciones relacionadas a la escasa motivación para realizar el tratamiento, el desarrollo intelectual y la capacidad de comunicación que presentan los pequeños.⁸³

⁸³Esto resulta evidente especialmente en aquellos niños que se encuentran en el estadio de desarrollo definido por J. Piaget (1963) como preoperatorio (aproximadamente de dos a siete años), donde el pensamiento es concreto, ilógico y egocéntrico estas restricciones interfieren en el beneficio que los niños pueden obtener de psicoterapias enfocadas en los aspectos verbales. Debido a la limitación para el trabajo cognitivo con él, se realizará un mayor énfasis en el trabajo con los padres o cuidadores.

⁸³ Jacobsen(1994) Interviewing Prepubertal Children about Suicidal ideation and Behavior J Am Ad Child Adolesc Psychiatry 4 33

En cambio aquellos niños que presenten un nivel de pensamiento operatorio concreto (siete a once años) van a estar capacitados para el trabajo con ciertas intervenciones cognitivas simples (modelados, entrenamientos en auto-instrucciones, etc.) y el énfasis en el trabajo con los padres o cuidadores. En cuanto a los niños con un pensamiento del nivel operatorio formal de (once años en adelante), se dará lugar a intervenciones más complejas: se cuentan entre registros de pensamientos automáticos disfuncionales y su autodescubrimiento o validación de los mismos a partir de experimentos guiados, etc.

3.9 Componentes Clave del tratamiento

3.9.1 Psicoeducación

Incluye compartir factores clave sobre la ansiedad (Ej: La naturaleza adaptativa y expresiones típicas de la ansiedad) con el niño. Este nuevo conocimiento favorece las expectativas positivas del niño y distingue las primeras señales de ansiedad.

Primer paso: Saber cuándo y cómo aplicar los mecanismos de autocontrol que aprenderá más adelante en el tratamiento.

Durante las etapas iniciales de Psicoeducación, los jóvenes generalmente adquieren la terminología y las herramientas para identificar una variedad de

diferentes estados afectivos en ellos y en los demás. Podemos empezar con la identificación de un rango de sentimientos y luego pasar a una conversación más específica sobre la ansiedad.

La Psicoeducación sobre los síntomas somáticos de la ansiedad, puede validar y dar a los niños mayor entendimiento sobre esta experiencia, y brindarles una perspectiva sobre el punto de vista de sus padres (que no están enfermos y tienen que ir a la escuela).

Además, provee a los niños de una mayor conciencia y vocabulario sobre las experiencias emocionales, para que puedan comenzar a hacer estas conexiones. Los pensamientos, así como las reacciones físicas, pueden ayudar al niño a diferenciar distintos estados afectivos con las mismas señales somáticas (Ej.: la risa puede resultar tanto de felicidad como de nerviosismo).

La Psicoeducación crea las bases para técnicas conductuales posteriores, al ayudar a niños a reconocer, cuándo usar una nueva habilidad (Ej.: relajación). Una vez que los jóvenes aprenden a detectar las señales somáticas y son capaces de diferenciarlas de otras reacciones, pueden implementar más rápida y eficientemente, las habilidades de afrontamiento que aprenderán más adelante en el tratamiento. También puede usarse para alertar al niño sobre los efectos desorganizadores de la ansiedad.

Darle al niño mayor conciencia de los distintos estados somáticos y emocionales crea confianza, normaliza su experiencia ansiosa y facilita el manejo de situaciones al brindarle el lenguaje corriente para expresar mejor sus experiencias y establecer conexiones iniciales entre sus estados emocionales y sus auto-diálogos.

3.9.2 Relajación /Manejo Somático

Los terapeutas de TCC pueden enseñarle al niño una variedad de distintas técnicas de relajación y luego alentarle para que elija cuál prefiere. Dependiendo de la edad del joven, el terapeuta puede participar activamente en los ejercicios de relajación con él. (Ej.: para un paciente más joven) o posicionarse de espaldas al paciente para que éste pueda practicarlos sin sentirse observado (Ej.: para un adolescente). Además, la relajación también puede adaptarse a la edad del niño con diversas versiones, tomando, por ejemplo, la forma de juegos imaginativos para niños menores.

La modificación del entrenamiento de relajación muscular profunda en niños de Ollendick y Cerny (1981) ha sido recomendada e incorporada a la TCC (Stark, 1990; Kendall et al. 1992). La relajación muscular profunda enseña a los niños a apretar y luego relajar secuencialmente varios grupos musculares, mientras toman conciencia de sus síntomas psicológicos de tensión. Las comparaciones repetidas y voluntarias entre el músculo en tensión y relajado ayudan a los jóvenes a reconocer los síntomas tempranos de estrés que antes podrían haber pasado por

alto. Este ejercicio también disipa la idea de que las reacciones somáticas ansiosas son completamente automáticas, impredecibles y están fuera de control. En cambio, el joven puede practicar evocar y amortiguar la tensión a través de una acción focalizada y deliberada. La TCC frecuentemente usa guiones o imágenes planeadas para ayudar a los jóvenes a elegir, tensar y relajar los grupos musculares principales asociados con la ansiedad.

Dado que la relajación puede no ser fácil de incorporar a la vida diaria, debe ser revisada y practicada en varias sesiones y asignada como tarea para el hogar.

3.9.3 Reestructuración Cognitiva

Otra característica de la TCC para jóvenes con ansiedad consiste en ayudar al niño a comprender la conexión entre pensamientos, emociones y conductas.

Es importante para los jóvenes ansiosos reconocer que las auto-verbalizaciones pueden ser positivas o negativas. Para los jóvenes que sufren de ansiedad, estas auto-verbalizaciones suelen ser negativas y refieren a amenazas de peligro personal y físico.

Muchos niños con ansiedad interpretan situaciones como más peligrosas de lo que realmente son y, por ende, tienen pensamientos negativos y ansiosos. El terapeuta puede ayudar al niño a reconocer que este tipo de pensamiento puede alimentar la ansiedad.

El objetivo de enseñar a los jóvenes sobre las autoverbalizaciones ansiosas es:

- Ayudarlos a reconocer sus patrones de pensamiento individuales.
- Ayudarlos a entender que pueden modificar y reestructurar estas autoverbalizaciones.

Los jóvenes con ansiedad suelen caer en patrones de pensamiento caracterizados por expectativas negativas sobre el desenlace de una situación. Estos patrones de pensamiento suelen explicarse como "trampas del pensamiento". Incluyen diversas distorsiones cognitivas, como enfocarse sólo en las características o posibilidades negativas, hacer suposiciones erróneas sobre lo que los demás están pensando, predecir desenlaces catastróficos y pensamientos todo-o-nada.

Una vez que el niño reconoce sus patrones de auto-verbalizaciones ansiosas, el terapeuta puede comenzar a implementar la reestructuración cognitiva como estrategia para desafiar sus auto-verbalizaciones ansiosas.

3.9.4 Resolución de Problemas

El primer paso en la resolución de los problemas es identificarlos: "¿Cuál es el problema aquí? El siguiente paso es pensar en posibles soluciones o formas de afrontamiento. Una característica importante de este paso es retrasar el juicio acerca de las ventajas de cada posibilidad. Los jóvenes ansiosos suelen

"atascarse" porque intentan pensar en la solución perfecta o sólo están dispuestos a considerar determinadas acciones.

Es importante que el terapeuta ayude al niño a pensar "afuera de la caja". El terapeuta puede ofrecer sugerencias que son tontas o exageradas, para facilitar la resolución creativa de problemas (Ej.: posibles soluciones a no encontrar tus zapatos a la mañana podrían ser usar los zapatos de tu padre o caminar con tus manos todo el día).

Este tipo de enfoque ofrece otra oportunidad de introducir el humor para reforzar la relación, así como también ayudar al paciente a aprender a pensar en forma más flexible sobre el problema.

El tercer paso consiste en comenzar a evaluar la lista de posibles soluciones. Se discute cada alternativa, considerando los pro y contra de cada solución (Ej.: "¿Cómo te sentirías? " "¿Tiene posibilidades de funcionar? "). Una vez hechas estas consideraciones, se le pide al joven que elija una alternativa que tenga posibilidades de tener éxito. Al tener varias soluciones de entrada, el niño tiene menos posibilidades de abrumarse si su primer intento de solucionar el problema no tienen éxito.

El paso final en la resolución de problemas consiste en probar las posibles soluciones. Se alienta al niño para que comience con la opción que fue calificada

con mayores probabilidades de tener éxito. Al mismo tiempo, se le enseña a estar listo para implementar segundas y terceras alternativas, si la primera no funciona. El aprendizaje efectivo de un proceso de resolución paso a paso de problemas es importante, ya que le enseña al niño a solucionar sistemáticamente problemas en su vida cotidiana mediante la creación de una lista de posibles soluciones.

Cuando se enseña la resolución de problemas al niño, es útil comenzar con una situación que le sea familiar al niño, como: "¿Qué harías si no pudieras encontrar tu mochila a la hora de salir de tu casa?" o: "¿Qué harías si no te gustara lo que tus padres prepararon para la cena?". La enseñanza de la resolución de problemas de este modo disminuye las posibilidades de que el niño se distraiga con su propia ansiedad, permitiéndole enfocarse en la tarea presente. Una vez que se domina el concepto de resolución de problemas, el terapeuta puede promover la práctica del procedimiento en situaciones que provocan ansiedad.

3.9.5 Tareas de Exposición

La participación en tareas de exposición jerarquizadas es común en varias aplicaciones de la TCC. La exposición es considerada el componente más importante en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Anthony y Swinson, 2000; Barlow, Gormana, Sheary Woods, 2000, Bouchard et al., 2004; Kendall et al., 2005; Rapee, Wignall, Hudson y Schniering, 2000).

Las tareas de exposición son experiencias sistemáticas con situaciones temidas en las que se les brinda a los jóvenes la oportunidad de prácticas habilidades de afrontamiento. Permiten a los jóvenes enfrentar sus miedos mientras desarrollan comportamientos adaptativos en respuesta a un estímulo o situación temida, ayudan al joven a distinguir el peligro real del percibido, a través de la experiencia directa. Desde la perspectiva conductista, los trastornos de ansiedad caracterizan por la evitación, que consiste en intentos continuos de evitar la confrontación de señales que evocan miedo.⁸⁴

Muchas veces, las situaciones temidas son evitadas debido a respuestas no razonables o excesivas a amenazas percibidas, en contraposición a amenazas reales. La TCC para la ansiedad en niños los ayuda a identificar cuando el peligro percibido no es real a través de la exposición a situaciones temidas.

En El Gato Valiente y muchos otros programas de TCC, los jóvenes se enfrentan a sus miedos a través de tareas de exposición jerarquizadas. El objetivo de la exposición es crear fuertes experiencias emocionales involucrando el contacto prolongado, sistemático y repetido con el estímulo o situación evitada.

⁸⁴ Mowre O (1960) Learning Theory and Behavior. Oxford wiley

Dado que la evitación es una característica clave en los trastorno de ansiedad en jóvenes, no es raro que éstos hayan evitado habitualmente situaciones que les provocan ansiedad al momento de comenzar el tratamiento.⁸⁵

En la TCC para jóvenes ansiosos, luego de adquirir la educación en habilidades de afrontamiento necesarias para manejar las situaciones que el provocan ansiedad, el terapeuta, junto con el joven, tiene un rol activo en la que lo apoya, y a la vez planificación y realización de tareas de exposición. El rol del terapeuta es similar de un entrenador que lo apoya, y a la vez lo desafía, cuyo objetivo es ayudarlo a realmente participar en la tarea de exposición (Ej.; no evitar) y poner a prueba las predicciones sobre resultados negativos con el tiempo, la de participación en tareas de exposición ayuda al joven a sentir una sensación dominio y éxito en situaciones donde antes tal vez no la sentía.

La mayoría de los programas se basan en un conjunto común de principios al conducir tareas de exposición.

En años recientes, Bouchard et al. (2004), Kendall et al. (2005) y Rapee et al. (2000) han publicado independientemente compilaciones de lineamientos, junto con tareas de exposición específicas, que recomiendan para el uso con jóvenes ansiosos. Las tareas de exposición tienden a ser más efectivas cuando

⁸⁵ Kendall PC Suveg C (2006) Treating Anxiety Disorders in youth In P.C. Kendall (ed), Child and adolescent therapy. New York, Guilford Press

son prolongadas y llevadas a cabo en situaciones reales. Con respecto a la duración de la exposición, hay un consenso general con respecto a que la situación temida, debe ser soportada hasta experimentar al menos una reducción de la ansiedad.

Kendall y cols. (2005) declaran que es importante para el joven, permanecer en contacto con un estímulo o situación temidos hasta que la ansiedad se reduzca al menos un 50%. Una forma de determinar si el joven ha soportado una situación que le produce ansiedad durante suficiente tiempo, es mediante el seguimiento de sus calificaciones en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Subjective Units of Distress/Discomfort Scale-SUDS en inglés; Wolpe, 1969). Con los jóvenes, la escala SUDS puede ir de 0 a 8 (Kendall y Hedtke, 2006), con 0 indicando "cero malestar" y 8 indicando "el nivel más alto de malestar". Los terapeutas pueden enseñar a los jóvenes a informar su calificación SUDS y pueden también evaluarla basándose en las observaciones del niño.

Durante las tareas de exposición, el terapeuta puede pedirle al joven que califique su máximo nivel de ansiedad. Esto puede hacerse desde el comienzo de una tarea de exposición, en momentos programados dentro de la tarea, dependiendo de las características de la misma. Dado que la disminución de los niveles de malestar puede ser un buen indicador de que el joven se siente más cómodo en una situación temida, la duración de una tarea de exposición puede

ser determinada mediante una reducción en la calificación SUDS del joven o del terapeuta.

Las tareas de exposición le brindan oportunidades al joven de poner a prueba sus predicciones negativas (Ej.: "si me paro frente a un grupo para dar un discurso, alguien se reirá de mí"), así como de experimentar sentimientos de ansiedad y aprenderá disminuir con el tiempo (Ej.: aprender que la ansiedad no dura para siempre). Brindan oportunidades al joven de poner a prueba sus predicciones negativas (Ej.: "Si me paro frente a un grupo para dar un discurso, alguien se reirá de mí"), así como de experimentar sentimientos de ansiedad y aprender que disminuyen con el tiempo (Ej.: aprender que la ansiedad no dura para siempre).

Por ende, las tareas de exposición deben tener una duración adecuada, dado que abandonar una situación demasiado pronto puede impedir que los temores sean desafinados suficientemente, y el mismo nivel de ansiedad puede suscitarse en una situación futura, (Bouchard et al., 2004) y puede ser útil cuando la exposición óptima no puede lograrse dentro del ambiente clínico (Kendall et.al., 2005). La duración y la frecuencia, en el tipo de tarea de exposición a realizarse requieren consideración. Dos tipos de exposición se usan normalmente: imaginaria y en vivo.

La exposición imaginaria consiste en que el joven participe en un juego de roles sobre la situación temida con el terapeuta, considerando los distintos obstáculos que podrían surgir. Dado que los jóvenes ansiosos generalmente experimentan malestar de sólo pensar o hablar de las situaciones que les producen ansiedad.

La exposición imaginaria puede usarse como preparación para las tareas de exposición en vivo, porque le permiten al joven practicar el afrontamiento de situaciones que el producen ansiedad antes de estar realmente expuesto a ellas (Kendall et al., 2005). Las tareas de exposición imaginarias también pueden ser útiles para los jóvenes que tienen preocupaciones más abstractas, como aquellos que sufren de TAG y suelen preocuparse por temas relacionados con su salud o a la muerte. La exposición imaginaria puede realizarse pidiéndole al joven teniendo un accidente de auto, etc), cómo evolucionará la situación y cómo podría terminar (Ej.: "¿Quién te cuidaría si algo les sucediera a tus padres?").

El terapeuta también puede pedirle al joven que escriba una historia sobre un evento temido, describiendo detalladamente qué pasaría, y luego pedirle que lea la historia en voz alta hasta que su ansiedad disminuya. Una vez que el joven ha practicado a través de la exposición imaginaria, pueden comenzar las tareas de exposición en vivo.

Las mismas consisten en confrontar realmente una situación o estímulos temidos y soportar el malestar hasta que se logre una disminución de la ansiedad. Las tareas de exposición en vivo varían en contenido, dependiendo de la naturaleza de la ansiedad del joven, y pueden ser creadas a la medida de las necesidades del individuo.

Por ejemplo, una tarea de exposición en vivo para un joven con preocupaciones perfeccionistas podría consistir en tomarle un examen durante la sesión y no permitirle borrar ni volver a revisar su trabajo. Para un joven con ansiedad de separación, una tarea de exposición en vivo podría ser que se quede en la sesión mientras sus padres dejan el consultorio para hacer mandados.

Además de las características de la ansiedad del joven, también es muy importante considerar la gravedad del trastorno al elegir la tarea de exposición. Para un joven con ansiedad de separación severa, la primera sesión de exposición podría consistir en que el padre se vaya del consultorio durante uno o dos minutos. Esta tarea de exposición puede requerir varias repeticiones durante sesiones siguientes antes de que el joven se sienta cómodo con que el padre se siente en otro piso del edificio durante la sesión o que directamente espere afuera del edificio. Sin importar las características de la tarea de exposición imaginaria o en vivo, es importante que el terapeuta considere las expectativas del joven, lo prepare para los posibles desenlaces y lo ayude a resolver el problema de cómo afrontará la situación.

Muchas tareas de exposición suceden fuera de la sesión. Estas tareas facilitan la generalización de las habilidades y brindan al joven experiencias de dominio afuera del consultorio. Es importante que el terapeuta y el joven colaboren para crear una lista de situaciones que pueden practicarse entre sesiones y para que el joven participe de estas situaciones sin el terapeuta presente.

El terapeuta puede ayudar al joven a prepararse para una exposición en vivo a realizarse entre sesiones, mediante el uso de exposiciones imaginarias. El terapeuta puede tener que consultar con los adultos significativos en la vida del joven, como padres o maestros, para planificar tareas fuera de sesión y facilitar su realización exitosa. Al igual que las tareas de exposición en vivo dentro de la sesión, las realizadas fuera de la sesión deben tener en cuenta la naturaleza y gravedad de la ansiedad del joven. En algunas situaciones puede ser de ayuda o necesario que el terapeuta demuestre cómo llevar a cabo una tarea de exposición a los adultos significativos.

A medida que el niño progresa en la realización de tareas de exposición en vivo cada vez más difíciles, aprenderá a desafiar las expectativas negativas, a afrontar adecuadamente su malestar y a experimentar sensación de dominio.⁸⁶

⁸⁶ Kendall, P. Robin, J. Hedtke, K. y col. Conducting TCC with anxious youth? Think Exposures Cognitive and Behavioral Practice, 12, 136-150

Los lineamientos para guiar tareas de exposición incluyen información sobre su implementación. La mayoría de los programas de TCC para jóvenes ansiosos siguen un formato para sesiones con tareas de exposición que practicarán durante la sesión, la preparación para la tarea, la ejecución de la misma, la evaluación durante la tarea y el premio al esfuerzo. La colaboración en este proceso es importante.

La preparación para una tarea de exposición consiste en conversar sobre la situación que provoca ansiedad, anticipar las posibles reacciones somáticas y cognitivas y determinar las formas en que el joven puede manejar su ansiedad durante la situación. Kendall y Hedtke, (2006) sugieren que como parte de la preparación el terapeuta y el joven realicen un juego de roles, a través de exposición imaginaria, o que practiquen la situación temida usando, de ser necesario, elementos que le permitan al joven practicar el afrontamiento antes de la tarea de exposición en vivo. Durante la etapa de preparación, el terapeuta también puede ofrecerle al joven que elija un premio, que podrá disfrutar una vez finalizada la tarea.

Para determinar la duración de una exposición el terapeuta puede elegir obtener una calificación SUDS del joven inmediatamente antes, varias veces durante e inmediatamente después de la tarea de exposición. Si no es posible obtener una calificación SUDS durante la exposición (Ej.: interfiere con la tarea o

es intrusivo), el terapeuta puede usar su juicio clínico para determinar cuándo la tarea puede finalizar.

Hay que recordar que es muy importante que el terapeuta tolere el malestar del joven (que puede incrementar sus propios niveles de ansiedad) durante las tareas de exposición, Kendall et al. (2005) advierten que la incomodidad en el corto plazo (del joven, del padre o del terapeuta) no debería tener más peso que los beneficios a largo plazo asociados al tratamiento de exposición.

Luego se recomienda que el joven y el terapeuta evalúen los resultados y que el terapeuta premie al joven por su esfuerzo. Al procesar una tarea de exposición, las calificaciones SUDS pueden ser útiles para brindar feedback. Por ejemplo, el terapeuta y el joven pueden graficar los datos SUDS y discutir los sentimientos correspondientes de ansiedad del joven antes, durante y después de la exposición. Ambos pueden discutir las características de la tarea de exposición, incluyendo cómo se sentía el joven, qué pensaba durante la exposición y cómo decidió manejar su ansiedad.

Además, pueden debatir los obstáculos encontrados, los aspectos específicos que simplificaron o complicaron la tarea y si el joven haría algo de otra forma en el futuro. Hay que recordar elogiar al joven por sus esfuerzos y brindarle

un premio. De ser posible, el feedback y el premio deberán ser presentados inmediatamente después de finalizada la tarea de exposición.

3.9.6 Prevención de Recaídas

Los jóvenes realizan tareas de exposición a lo largo de la TCC hasta acostumbrarse al estímulo temido y sentir una sensación de dominio. Los programas de TCC para jóvenes ansiosos varían en duración. Sin embargo, los jóvenes generalmente se gradúan del tratamiento una vez que han realizado con éxito varias tareas de exposición y han demostrado habilidad o para afrontar las situaciones de su vida que les provoca ansiedad. La finalización del tratamiento es un momento emocionante, pero también puede provocar ansiedad en los jóvenes y sus familias. El terapeuta comparte estrategias para mantener los logros del tratamiento y prevenir recaídas.

Se considera que la clave es que el terapeuta fomente la participación continua en las exposiciones. Algunos niños y sus familias esperan poder retomar sus viejas rutinas una vez terminado el tratamiento. Esto puede ser problemático, porque esas rutinas seguramente facilitaban la evitación de situaciones temidas, lo que a su vez puede ocasionar que la ansiedad regrese y se intensifique. En este programa se usa una metáfora de ejercicio con las familias para ayudarlos a entender la importancia de la exposición continua.

Cuando una persona comienza a realizar ejercicio físico suele empezar con una fase intensiva para adquirir un buen estado, pero es el ejercicio constante el necesario para mantenerse en forma. Lo mismo sucede con la ansiedad. Durante el tratamiento, los jóvenes participan de un aprendizaje intensivo y de la exposición a las situaciones temidas, pero para mantener las mejoras deben continuar haciendo ejercicio. Los padres y cuidadores pueden ayudar a los jóvenes a enfrentar situaciones que les provocan ansiedad, así como elogiarlos constantemente cuando hacen un esfuerzo y utiliza sus habilidades de afrontamiento.

Los jóvenes seguirán encontrando situaciones estresantes en sus vidas (Ej.: evaluaciones, graduaciones, transiciones a escuelas nuevas) luego del tratamiento. Durante la terapia adquieren las habilidades necesarias para afrontar estas nuevas situaciones.

El objetivo de la TCC para jóvenes ansiosos es enseñarles habilidades que puedan usar durante toda su vida. A pesar de que la características de las situaciones que les provocaran ansiedad cambiarían (Ej.: reacciones somáticas, auto-diálogos ansiosos probablemente serán similares.

Otro aspecto de la prevención de recaídas es saber qué hacer cuando la ansiedad resurge. No es raro que jóvenes que han terminado satisfactoriamente el programa sufran leves retrocesos. Es importante aprender a diferenciar un

retroceso de una recaída. Los retrocesos son normales y consisten en pequeños pasos hacia atrás.

Es normal que los jóvenes con ansiedad tengan retrocesos durante la vida y esto es indicación de que hay que practicar nuevamente. Los retrocesos son más comunes durante épocas estresantes, donde es normal que la ansiedad reaparezca. Como mencionamos previamente, un poco de ansiedad es normal y hasta adaptativa a veces.

Una recaída, sin embargo, es la reaparición de un problema mayor. Las recaídas pueden suceder cuando el joven deja de practicar o cuando alguien entra en pánico durante un retroceso. Ni un retroceso ni una recaída significan un colapso total y es importante saber que las recaídas y los retrocesos no son poco comunes.

El que ocurra una recaída no quiere decir que el joven no pueda recuperarse. Las habilidades que los jóvenes aprenden durante el tratamiento están disponibles para su uso cuando sea necesario. El joven puede necesitar volver al consultorio para participar de algunas sesiones de refuerzo. A veces, unas pocas visitas es todo lo que se necesita para ayudar al joven a sentirse nuevamente en control. Quienes han participado en programa de TCC para la ansiedad tienden a recuperarse de los retrocesos más rápidamente que antes de haber hechos el tratamiento.

3.10 Programa del Gato Valiente

Una versión de la Terapia cognitiva para la ansiedad en niños, es el programa "El Gato Valiente" ⁽⁹⁶⁾ de 7 años a 13, donde se combinan estrategias cognitivas (Ej: identificar y desafiar los auto-diálogos ansiosos, resolver problemas) con estrategias conductuales (Ej: modelaje, relajación, tareas de exposición y manejo de contingencias) para ayudar a los niños afrontar la ansiedad. (Kendall y Hedtke, 2006)

Para la aplicación del programa se utilizó El manual del terapeuta y el cuaderno del niño el cual ha sido traducido a varios idiomas. Recientemente Argentina ha publicado varias versiones. (Kendall y Kosovsky, 2010a; 2010b)

El programa "El Gato Valiente" es un tratamiento manualizado, cuyo objetivo es ayudar a los niños a identificar, regular y afrontar su ansiedad. El programa consta de 16 sesiones el cual está diseñado para enseñar a los niños a reconocer las señales de ansiedad incipiente y aplicar estrategias para afrontar eficazmente situaciones que le provocan ansiedad

Se utiliza un cuaderno de trabajo del paciente (Kendall y Hedtke, 2006 b), tiene seis componentes: Psicoeducación, relajación/manejo somático, manejo /reestructuración cognitiva, resolución de problemas, exposición a situaciones que provocan ansiedad y prevención de recaídas.

A lo largo del tratamiento el terapeuta sirve de "entrenador, "modelo de afrontamiento" (lo opuesto a modelo de dominio) para el niño. Enseñando al niño habilidades y guiándolo para ponerlas en práctica.

Las primeras ocho sesiones están dirigidas a estrategias de manejo de ansiedad que son presentadas al niño como un conjunto de herramientas, conocidas como el plan TEMOR (FEAR en inglés). Es una sigla diseñada para facilitar al niño la adquisición y recuerdo de varias formas de desafiar la ansiedad que pueden ser aprendidas por el niño y usadas cuando sienten ansiedad. Estas estrategias son enseñadas al niño a través de discusiones colaborativas y actividades lúdicas y son presentadas en una secuencia que permite la construcción de habilidades basadas unas en las otras.

En el primer paso del plan TEMOR, los niños aprenden a identificar sus sentimientos de ansiedad y las experiencias somáticas asociadas con ella. Preguntándose a sí mismos: "¿Tengo miedo?", los niños aprenden a identificar las señales de su cuerpo para reconocer la experiencia de ansiedad. Seguido a esto, aprender a reconocer cogniciones ansiosas (Pensamientos creencias que pueden estar contribuyendo a incrementarla) preguntándose a sí mismos "¿Espero que pase algo malo?

El siguiente paso involucra el desafío de los auto-diálogos /cognición ansiosa y el empleo de auto-verbalizaciones más positivas y afrontativas. Se les pide a los niños que se involucren en estas actividades proactivamente preguntándose a sí mismos: "¿Qué Operaciones (actitudes y acciones) pueden ayudar?". Se usa un proceso de resolución de problemas para ayudar al niño a desarrollar formas alternativas de afrontar las situaciones que le producen ansiedad.

Luego del desarrollo del plan de afrontamiento, los niños implementan el cuarto y último paso: "Resultados y recompensas", los niños evalúan sus esfuerzos para afrontar la ansiedad y reciben un premio.

Se enfatiza y refuerza el esfuerzo del paciente antes que los resultados de cada afrontamiento. Los pasos deletrean las siglas TEMOR y estas siglas son utilizadas por los niños para manejar la ansiedad en situaciones reales:

T= ¿Tienes Miedo?

E= ¿Esperas que pase algo

M= Malo?

O= Operaciones que ayudan (actitudes y acciones)

Luego de aprender el Plan TEMOR, los niños pasan a la segunda etapa del tratamiento, donde practican la aplicación del plan en situaciones que les

producen ansiedad. Una jerarquía graduada de situaciones que la provocan se desarrolla sobre la base de las ansiedades específicas de cada niño.

Al final del tratamiento el niño desarrolla un pensamiento que muestre y enseñe a otros las habilidades aprendidas durante el programa. En esta sesión también se dedica un tiempo para trabajar la prevención de recaídas y los sentimientos del niño con respecto a la finalización del tratamiento.

3.10.1 La Terapia Cognitivo-Conductual: descripción de los estudios empíricos

Los estudios revisados sobre el tratamiento de la ansiedad por separación y ansiedad generalizada en niños y adolescentes utilizan mayoritariamente programas de terapia cognitivo conductual solos, o en combinación con intervención familiar ⁸⁷.

Kendall (1994) comparó un programa de terapia cognitivo-conductual, que el mismo elaboró y al que denominó "El gato valiente", con un grupo control en lista de espera, siendo los sujetos asignados de forma aleatoria a las dos condiciones experimentales. La muestra estaba formada por 47 niños, de edades comprendidas entre 9 y 13 años, que cumplían los criterios del DSM-III-R para el

⁸⁷ Kendall, P. traducción Kosovsky R. Tratamiento Cognitivo-Conductual para trastornos de ansiedad en Niños. Manual para el terapeuta. Librería Editorial Akadia. Buenos Aires, Argentina 2010.

diagnóstico de un trastorno de ansiedad generalizada(n=30), trastorno de ansiedad por separación(n=8) o trastorno de evitación (n=9).

El grupo de tratamiento activo recibió una media de 17 sesiones semanales de entrenamiento individual de entre 50 y 60 minutos de duración:

La primera 1ª parte de la intervención se centraba en la adquisición de habilidades de afrontamiento y pretendía 4 objetivos: reconocer los síntomas de ansiedad y las reacciones somáticas, modificar los pensamientos ansiosos, desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad, y evaluar el cumplimiento y administración de autoesfuerzo.⁸⁸

La 2ª parte del programa consistía en la exposición en vivo a las situaciones que provocaban ansiedad en el niño.

Para la aplicación del programa se utilizó un manual de tratamiento de 85 páginas que recoge los objetivos y el procedimiento de la intervención, un libro de trabajo para el niño con los contenidos de cada sesión. El grupo control en lista de espera fue evaluado con los mismos instrumentos que el grupo de tratamiento. Comparando ambos grupos en el post-test se observó una mejora en los niños que habían recibido intervención terapéutica. Posteriormente, el grupo de control fue tratado con el mismo programa que el grupo experimental.

⁸⁸ Órgiles,M, Méndez X, Rosa,I y InJ. Cándido La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación. Un análisis de su eficacia. Universidad de Murcia, España rev. Anales de Psicología, vol19 nº2 (2003)

El estudio de Kendall fue replicado por el mismo autor y su equipo de investigación unos años más tarde, utilizando para ello una nueva muestra de sujetos (Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindell, Southam-Gerow, Henin y Warman, 1997). Los participantes fueron 94 niños de 9 a 13 años de edad que fueron diagnosticados, con los criterios del DSM-III-R, de los mismos problemas que en el estudio anterior: trastorno de ansiedad generalizada (n=55), trastorno de ansiedad por separación (n=22) y trastorno de evitación (n=17).

La muestra fue asignada aleatoriamente a las dos condiciones que contemplaban el diseño, un grupo de tratamiento y un grupo control en lista de espera. Kendall aplicó su programa de intervención cognitivo-conductual, aproximadamente 18 sesiones semanales de 60 minutos de duración. El grupo control permaneció en lista de espera durante 8 semanas, momento en que fueron evaluados nuevamente y recibieron tratamiento los que lo desearon. La comparación del grupo de tratamiento y grupo control en el posttest indicó una mejoría significativa en los niños que habían recibido tratamiento.

El programa cognitivo-conductual de Kendall fue de nuevo examinado por un grupo de investigación, independiente de Australia (Barrett, Daddy Rapee, 1996). Los participantes en el estudio fueron 79 niños de edades comprendidas entre 7 y 14 años que cumplían los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Para un trastorno de ansiedad generalizada (n=30), trastorno de ansiedad de

separación(n=30) o fobia social(n=19). La muestra fue asignada al azar a las tres condiciones experimentales propuestas: 1) terapia cognitivo-conductual, 2) terapia cognitiva- conductual con intervención familiar y 3) grupo control en lista de espera. En ambos grupos de tratamiento de 12 semanas de duración, se utilizó el manual "El Koala que se las arregla"⁸⁹, adaptación australiana de del manual de Kendall.

El programa incluía procedimientos de reconocimiento de los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas a ésta, reestructuración cognitiva en las situaciones ansiosas, autoinstrucciones de afrontamiento, exposición a estímulos fóbicos y administración de autorrefuerzo. Las primeras 4 sesiones eran de entrenamiento y en ellas se introducían procedimientos de manejo de la ansiedad, mientras que en las 8 sesiones restantes cada niño practicaba las habilidades de afrontamiento aprendidas durante la exposición gradual en vivo a las situaciones temidas

Ambos tratamientos se mostraron efectivos en la reducción de la ansiedad de los niños frente al grupo control, pero el tratamiento que incluía intervención familiar alcanzó resultados significativamente superiores al que sólo utilizaba terapia cognitivo-conductual.

⁸⁹ Barrett P M (1995) Group Coping Koala workook University Australia

Muris y su equipo de investigación (Muris, Mayer, Bartelds, Tierney y Bogie, 2001) pretendieron analizar los efectos del tratamiento cognitivo-conductual en niños con problemas de ansiedad, atendiendo a si su aplicación era individual o en grupo. Otro de sus objetivos fue examinar la sensibilidad al tratamiento de un autoinforme que medía los síntomas diagnosticados de los trastornos de ansiedad definidos en el DSM-IV en la población infantil, "Cuestionario de evaluación de los trastornos emocionales relacionados con la ansiedad infantil" (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED-R; Birmaher, Khetarpal, Brent, Cully, Balach, Kaufman y McKenzie, 1997; Muris, Merckelbach, Schmidt y Mayer, 1999).

Los participantes fueron 36 niños de 10 años de edad media, diagnosticadas de trastorno de ansiedad generalizada (n=14), trastorno de ansiedad o por separación (n=14), fobia social(n=7) o trastorno obsesivo-compulsivo (n=1), los niños fueron asignados de forma aleatoria a la condición de tratamiento individual, a la condición de tratamientos individual, en la que trabajan cara a cara con el terapeuta, o tratamiento grupal, que enfatizaba los procesos de apoyo y refuerzo de los miembros del grupo, el feedback, role-playing, etc.

Ambos grupos fueron tratados mediante terapia cognitivo-conductual, en concreto con el "Tratamiento cognitivo conductual del Koala que se las apaña" (Coping Koala Cognitive-behavioral Treatment), diseñado por Barret (1995). No se encontraron diferencias significativas entre las dos condiciones de tratamiento, ya

que la terapia cognitivo-conductual en ambos formatos, grupal e individual, se mostró igualmente efectiva para reducir los síntomas de ansiedad en los niños.

La terapia cognitivo-conductual debería considerarse como el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad por separación y ansiedad generalizada en niños y adolescentes. Este tipo de intervención, sola o en combinación con intervención familiar, se ha mostrado eficaz frente a condiciones de control y otros tratamientos, manteniéndose los logros terapéuticos en el tiempo.

Los programas de tratamiento cognitivo conductual aplicados en todas las investigaciones revisadas son adaptaciones del original de Kendall(1990), para su utilización de otros países o edades diferentes a las que iba dirigido en su origen el programa. Su eficacia ha quedado demostrada en diversos estudios controlados (kendall,1994,1997) en los que ha alcanzado resultados superiores a grupo control en lista de espera.

Según Kendall (2000), el modelo cognitivo que los elementos que influyen en el cambio conductual son las expectativas anticipatorias asociadas al evento, las atribuciones posteriores, el procesamiento cognitivo de la información y estados emocionales que acompañan el evento. Estos factores deben ser analizados a la luz de los desafíos planteados por el nivel de desarrollo alcanzado. Dicha complejidad de análisis no puede realizarse de un modo abstracto con los jóvenes, sino que debe adaptarse a su estadio evolutivo y contemplar las

diferencias propias de cada etapa. Asimismo, afirma que la TCC con niños y adolescentes es un modelo que cuenta con las siguientes características: orientado a la resolución de problemas, centrado en el procesamiento cognitivo de la información; tiene en cuenta el plano emocional, social e interpersonal; emplea tratamientos estructurados y manualizados; enfatiza las intervenciones basadas en el desempeño y la práctica. A continuación se explican cada una de estas características.

Una terapia orientada a la resolución de problemas implica trabajar con el paciente en la capacidad de identificar un problema, generar alternativas de solución y evaluar competentemente cada opción. La capacidad de resolver problemas es una habilidad centralmente relacionada con la salud mental a lo largo de la vida. Esta modalidad de intervención no es exclusiva de la TCC, sino que muchos modelos cuentan con estas estrategias.

Kendall y Braswell (1993) distinguen, en la clínica con niños y adolescentes, dos grandes grupos de perturbaciones relacionadas con el modo de procesamiento de la información. El procesamiento puede ser disfuncional debido a la distorsión de la información en el caso de los pacientes internalizadores y las deficiencias en el procesamiento de la información para los externalizadores. (99) El énfasis en lo emocional se debe a que las emociones, positivas o negativas, inciden en nuestra cognición y nuestra conducta la resolución de problemas no es una cuestión puramente cognitiva, sino que entraña una dimensión emocional que

puede ser funcional o disfuncional. La experiencia emocional y la capacidad de regulación son críticas para que el paciente pueda lograr un cambio significativo durante el tratamiento.⁹⁰

Asimismo, el plano social e interpersonal no puede ser dejado de lado en los tratamientos con niños y adolescentes. Los problemas que enfrentan los pacientes frecuentemente son de carácter interpersonal, como por ejemplo adaptarse a la familia o al entorno, afrontar las demandas de un cambio de escuela o grupo de pares. (Kendall, 2000).

Los modelos de tratamiento cognitivo suelen hacer énfasis en la estructuración y manualización del tratamiento, ya que un tratamiento estructurado aspira a dar lugar a una serie progresiva de experiencias que permitan la consecución de un cambio.

Los manuales definen los objetivos, las intervenciones, su ritmo e intensidad, en una secuencia lógica hacia las metas alcanzar. Ahora bien, si dentro de las metas pretendidas se quiere que un niño incorpore determinados aprendizajes, se debe hacer énfasis también en la práctica y el desempeño (Kendall, 2000).

⁹⁰ Kendall y Braswell (1993) Cognitive Behavioral therapy for Impulsive Children (2nd ed) New York Guilford Press

Por ello la importancia de contar con objetivos específicos que se quieren alcanzar, y con una estructura lógica que permita incorporar dicho aprendizaje de una manera gradual y más eficiente.

La psicoterapia debe proveer la oportunidad de realizar una serie de aprendizajes, que normalmente no pueden ser adquiridos por medios exclusivamente verbales, como en el caso de los adultos. Por ello practicar, hacer y ejercitar son parte esencial de un proceso de cambio exitoso. Teniendo en cuenta estas particularidades, y siguiendo desarrollos de Stern (2002), se considera que para muchos de los niños y familias que se presentan a consulta: "Las palabras no son suficientes".

Por ello se da un especial valor a la inclusión de la acción y a la experiencia en el trabajo con el niño y a que la actividad sea multisensorial, incluyendo el uso simultáneo de dos o más modalidades sensoriales para recibir o expresar información debido a esto, tanto el juego como los dibujos permiten vehicular gran parte de las intervenciones.⁹¹

Las intervenciones en la clínica cognitiva se efectúan a través de la psicoeducación, la implementación de registros organizados de pensamientos, técnicas de cuestionamiento guiado inspiradas en la mayéutica socrática y la

⁹¹ Stern M (2002) Child friendly Therapy Biopsychosocial innovations for children and familia New York WW Norton &Company

realización de "tareas para el hogar" estructuradas a la manera de experimentos, con el fin de corroborar o falsar los presupuestos a partir de los cuales el sujeto adjudica sentido a su mundo de experiencia.

Este tipo de vínculo terapéutico es definido por Beck y Clark (1997) como "empirismo colaborativo". Es una relación en la cual terapeuta y paciente trabajarán juntos, como un equipo, en busca de evidencias que les permitan someter a revisión aquellas creencias disfuncionales.

- a. Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones: Un requisito para poder comunicar las emociones consiste en poder reconocerlas. Suele ocurrir que los niños apelan a los calificativos: "bien" o "mal" para describir la totalidad de las emociones que pueden sentir. Algunos niños no diferencian emociones como tristeza, aburrimiento o enojo; y lo mismo ocurre con las emociones positivas, no suelen diferenciar la alegría, la tranquilidad, la satisfacción, la euforia, etc. Por ello uno de los primeros pasos consistirá en proveerles un amplio repertorio de emociones con sus respectivos nombres para que puedan identificarlas y diferenciarlas, para luego poder trabajar en cómo hacer para modificar los estados emocionales.
- b. Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos (PA): en todo tratamiento cognitivo, uno de los pasos consiste en orientar al paciente en la detección de los autodiálogos e imágenes disfuncionales que se suscitan en las situaciones problemáticas para luego poder cuestionarlos.

- c. Reconocimiento de la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta los pasos previos apuntan a que el paciente comprenda cómo pensamiento, emoción y conducta se influyen mutuamente; que dichos fenómenos son procesos interrelacionados. Para que el paciente participe activamente del tratamiento e incorpore la metodología colaborativa del trabajo, debe comprender que los nexos entre estos factores pueden ser parte esencial de sus trastornos. El objetivo es que el niño o el adolescente comprendan que ciertos pensamientos conllevan determinadas emociones y modos de actuar.
- d. Reestructuración cognitiva: logrados los pasos anteriores, resta que el niño comprenda que una misma situación puede ser interpretada de diversas maneras. Es por esto que se promueve el auto-cuestionamiento de los pensamientos automáticos disfuncionales, intentando generar alternativas más flexibles y adaptativos. Con niños más pequeños se pueden utilizar marionetas caracterizando auto-verbalizaciones positivas ante situaciones estresantes, historietas con globos con textos psicoeducativos o vacías para que el paciente los llene, realizar cambios de roles donde los niños caracteriza al personaje o una situación temida, etc.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

La metodología es el procedimiento ordenado que se sigue en toda investigación para alcanzar los objetivos planteados previamente. Es a través del uso correcto y adecuado de los métodos científicos que se podrá dar mayor exactitud y confiabilidad al estudio.

4.1 Planteamiento del Problema

¿Es efectiva la Terapia Cognitiva Conductual para disminuir la ansiedad y desarrollar habilidades sociales en niños con Trastorno de Ansiedad Generalizada de las Aldeas SOS de Panamá?

4.2 Objetivos de la Investigación

4.2.1 Objetivo General

Probar la efectividad de la Terapia Cognitiva –Conductual en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y en mejorar las habilidades sociales en los niños (as) de las Aldeas SOS.

4.2.2 Objetivos Específicos:

- Explorar la fase de adaptación psicológica
- Evaluar antes del tratamiento el estado a nivel psicológico de los niños(as) considerando sus niveles de ansiedad y su habilidad social.

- Evaluar los niveles de ansiedad y habilidad social posterior al tratamiento con la Terapia Cognitiva- Conductual.
- Demostrar si existen diferencias entre los niños(as) del grupo control en la primera y segunda aplicación en la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R
- Demostrar si existen diferencias entre los niños(as) del grupo experimental en la primera y segunda aplicación en la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R
- Indicar si existen diferencias entre los niños(as) del grupo experimental y el grupo control en la primera aplicación en la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R
- Indicar si existen diferencias entre los niños(as) del grupo experimental y el grupo control en la segunda aplicación en la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R
- Señalar si existen diferencias entre los niños(as) del grupo control en la primera y segunda aplicación en la Escala de la Batería de Socialización BAS-2.
- Demostrar si existen diferencias entre los niños(as) del grupo experimental en la primera y segunda aplicación en la Escala de la Batería de Socialización BAS-2
- Indicar si existen diferencias entre los niños(as) del grupo experimental y el grupo control en la primera aplicación en la Escala de la Batería de Socialización BAS-2

- Indicar si existen diferencias entre los niños(as) del grupo experimental y el grupo control en la segunda aplicación en la Escala de la Batería de Socialización BAS-2

4.3 Preguntas de Investigación

- a. ¿El grupo control presentará niveles e ansiedad más elevados que el grupo experimental?
- b. ¿Disminuirá los niveles de ansiedad en los niños a través de la terapia cognitiva conductual?
- c. ¿Los niveles de ansiedad del grupo experimental serán los mismos antes y después de aplicado el tratamiento?
- d. ¿La percepción de socialización por las cuidadoras será la misma antes y después de aplicado el tratamiento a los niños?
- e. ¿Se encontrarán puntuaciones altas en la escala de facilitadoras del BAS antes y después de aplicado el tratamiento?

4.4 Justificación

El presente trabajo de investigación considera importante enseñar a los niños (as) Técnicas Cognitivo-Conductual para mejorar la ansiedad puesto que si éstos saben cómo hacerle frente a los temores y aumentar sus recursos de afrontamiento tendrán una mejor calidad de vida.

En relación a este hecho, hacemos referencia a los estudios de (Obst, 1987) donde menciona que informes retrospectivos demuestran que los adultos con trastorno de ansiedad dicen haber sufrido ansiedad significativa de niños. Los trastornos de ansiedad en la niñez están asociados con depresión posterior. (Angold, Costello Y Erkanli, 1999), intentos e ideación suicida (Brent, et al., 1986), y problemas de abuso de sustancias (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2004).⁹²

El bajo rendimiento escolar, como los problemas para relacionarse hace que las personas que padecen del trastorno de ansiedad generalizada sufran y no puedan desempeñarse adecuadamente, esto aunado a que existen poca literatura sobre los estudios en niños con la terapia cognitiva conductual, constituyen una de las razones por la que realizar este estudio serviría de lineamientos para futuras investigaciones.

El propósito de abordar este estudio es el ofrecer procedimiento dirigido a proponer una alternativa para aliviar el dolor y la pena que experimentan estos niños, de tal forma que, contribuyamos desde nuestra disciplina con su desarrollo integral.

⁹² Bunge, E. Gomar, Mandil J. (2010) Op Cit, Editorial Polemos, Buenos Aires

4.5 Viabilidad de la Investigación

La disponibilidad de los recursos materiales, económicos, humanos, tiempo y de información, fueron adecuados. Además contamos con la colaboración de las psicólogas de las Aldeas SOS, que nos comunicaban de cualquier cambio en el cronograma de atención.

4.6 Tipo de Investigación

El tipo de estudio en esta investigación es explicativo porque pretenden conducir a un sentido de comprensión o entendimiento de un fenómeno. Apuntan a las causas de los eventos físicos o sociales. Pretenden responder a preguntas como: ¿por qué ocurre? ¿En qué condiciones ocurre? Son más estructurados y en la mayoría de los casos requieren del control y manipulación de las variables en un mayor o menor grado.

Los estudios explicativos buscan encontrar las razones o causas que ocasionan ciertos fenómenos. Su objetivo último es explicar por qué ocurre un fenómeno y en que condiciones se da éste. Los estudios de este tipo implican esfuerzos del investigador y una gran capacidad de análisis, síntesis e interpretación.

Este tipo de investigación también es descriptiva o de diagnóstico porque sirve para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permite detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la

medición de uno o más de sus atributos. Por ejemplo la investigación en Ciencias Sociales se ocupa de la descripción de las características que identifican los diferentes elementos y componentes, y su interrelación.

También esta investigación es de tipo comparativo ya que se desea evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias.

4.7 Diseño de Investigación

El presente trabajo de investigación se basa en un estudio experimental, que consiste en manipular determinados factores del ambiente del sujeto para estudiar el efecto sobre su comportamiento.

Para la realización de esta investigación se ha utilizado el diseño Experimental, denominado Grupo experimental, Grupo control antes y después. Este consiste en "asignar al azar los sujetos que conforman ambos grupos, los cuales ya presentan trastorno de ansiedad generalizada, luego se aplica una pre-prueba a los dos grupos para evaluar la variable dependiente que se desea estudiar, posteriormente se inicia el tratamiento dirigido al grupo experimental y al final se aplica nuevamente la prueba a dos grupos.

La diferencia entre el grupo control y el grupo experimental es probada estadísticamente".⁹³

El grupo control en lista de espera no recibirá tratamiento sino hasta que el grupo experimental termine el tratamiento, sólo se les dará un seguimiento por teléfono y asesoría general.

4.8 Variables de la Investigación

- Terapia Cognitiva Conductual.
- Ansiedad.
- Habilidades sociales.

4.9 Definición Conceptual de las Variables

4.9.1 Variable Independiente

Terapia Cognitiva Conductual: Es una intervención terapéutica dirigida a identificar y cambiar las ideas erróneas o pensamientos automáticos (aspectos cognitivos) y las conductas no deseadas, limitadas o condicionales por la ansiedad o el temor (aspectos conductuales) que contribuyen a generar síntomas y circunstancias propicias para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad.

⁹³ Kerlinger, F.N., & Lee, H.B. (2002). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales (4ta. Ed.). México: McGraw Hill.

4.9.2 Variable dependiente

Nuestra variable dependiente, es lo que para nuestro estudio entendemos como **ansiedad y habilidades sociales** es decir, son niños de las Aldeas SOS, que muestran síntomas tales como los que señala el Trastorno de Ansiedad Generalizada, según Clasificación de las enfermedades mentales (DSM IV-TR):

- a. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolonga de 6 meses.
- b. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- c. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños se requiere uno de estos síntomas:
 - inquietud o impaciencia
 - Fatigabilidad fácil
 - dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - irritabilidad
 - tensión muscular
 - alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no separador).

- d. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno de Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- e. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- f. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p.ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico, o un trastorno generalizado del desarrollo.

Las habilidades sociales significan para nuestro estudio enseñarles técnicas para que los niños (as) sean asertivos, busquen nuevas amistades y se relacionen mejor.

- El tratamiento se realizó por espacio de seis meses, en las mismas condiciones ambientales con veintiséis atenciones, de las cuáles ocho sesiones fueron grupales (1,2,3,5,6,7,8 y 16) y dieciocho individual (4,9,10,11,12,13,14y15) entrevistas y aplicación de pruebas.

4.11 Población y Muestra

4.11.1 Población

La población escogida fue el de las Aldeas Infantiles SOS, contando con un total de 75 niños a nivel primario, que se encuentran reclusos por negligencia, ya sea por problemas económicos que afectan su vida física, emocional y social o por ser huérfanos.

4.11.2 Muestra

Por muestreo aleatorio simple, se selecciona a 20 niños comprendido entre las edades de 7 a 11 años que conforman la muestra. Este tuvo como finalidad que la decisión sobre qué niño iría a uno u otro grupo, dependiese exclusivamente del azar.

A continuación característica de la muestra:

Tabla N° 1 Cantidad de Niños(as) que participaron en el estudio

Grado Escolar	Niños	Niñas
II	-	1
III	4	-
IV	1	1
V	5	3
VI	2	3
TOTAL	12	8

En la tabla N° 1 observamos la cantidad de niños(as) que participaron en el estudio. La muestra lo conforman 20 niños(as), de los cuales 12 son niños y 8 niñas. En relación al grado escolar tenemos: 1 niña en segundo grado, en este grado no había niños en el estudio. En tercer grado: 4 niños y no participaron en el estudio niñas en este grado. En cuarto grado 1 niño y 1 niña y en quinto grado 5 niños y 3 niñas y en sexto grado 2 niños y 3 niñas.

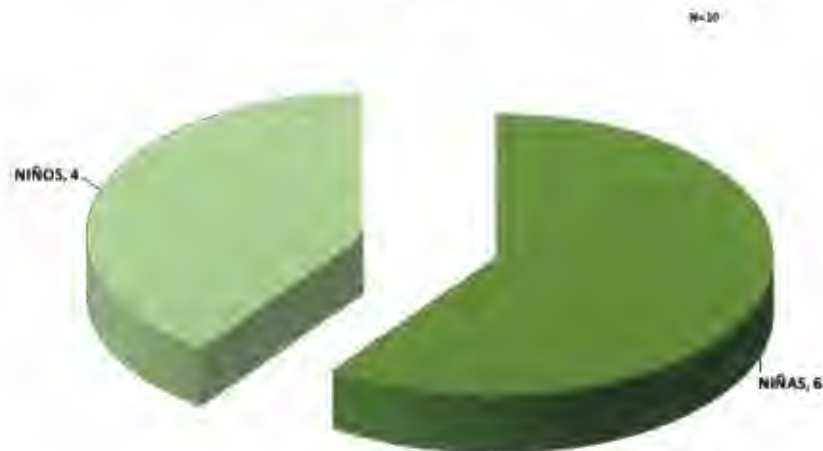


En Grafica N° 1 se observa la muestra distribuida por grado de escolaridad y sexo.



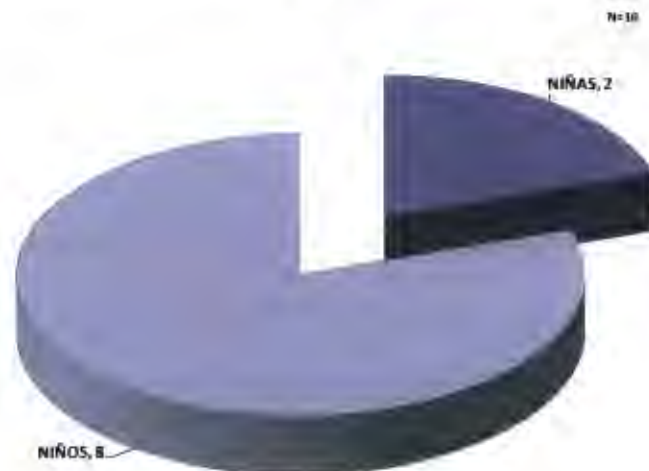
La gráfica N° 2 nos muestra la cantidad de niños según la edad. La mayor cantidad de niños(as) se encuentran en la edad de 10 años, con 8 niños, le sigue los de 11 años con 5 niños, continúan los de 8 años con 4 niños, 9 años con 2 niños y una niña de 7 años.

Gráfica 3 Cantidad de niños(as) que participaron en el Grupo Experimental según el sexo



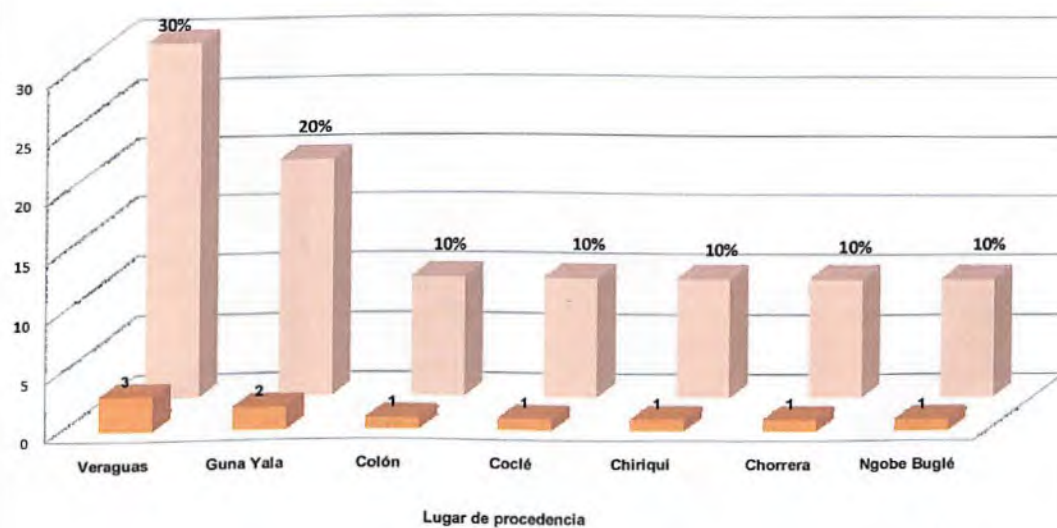
La gráfica N° 3 nos muestra que el grupo experimental, donde participaron 10 niños (as) seis 6 eran niñas y 4 niños.

Gráfica 4 Cantidad de niños(as) que participaron en el Grupo Control según el sexo



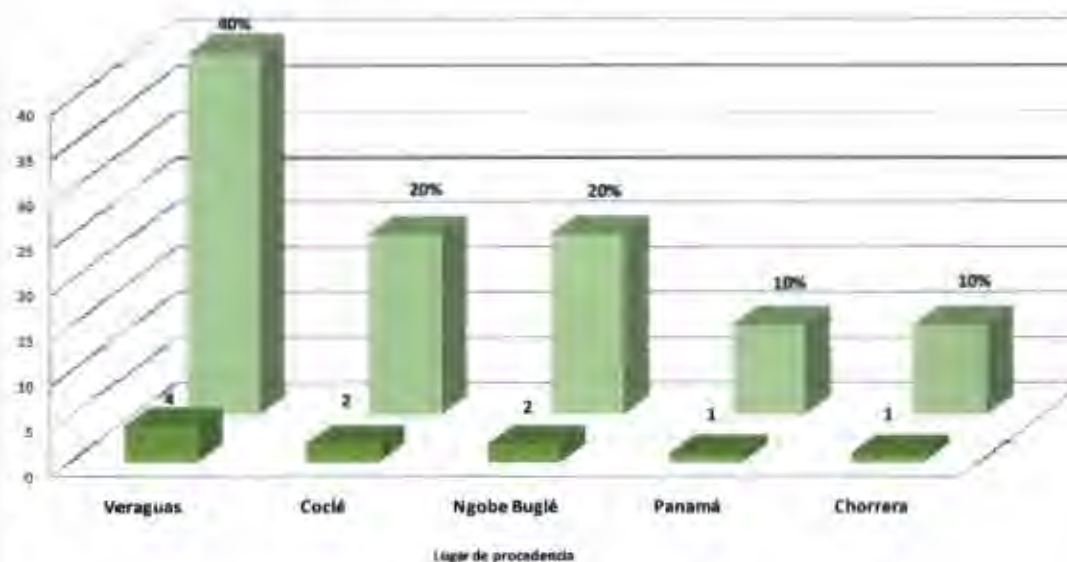
La Gráfica N° 4 nos muestra que en el grupo control participaron 10 niños(as) de los cuales 2 son niñas y 8 son niños.

Gráfica 5. Lugar de procedencia de los niños (as) del Grupo Control

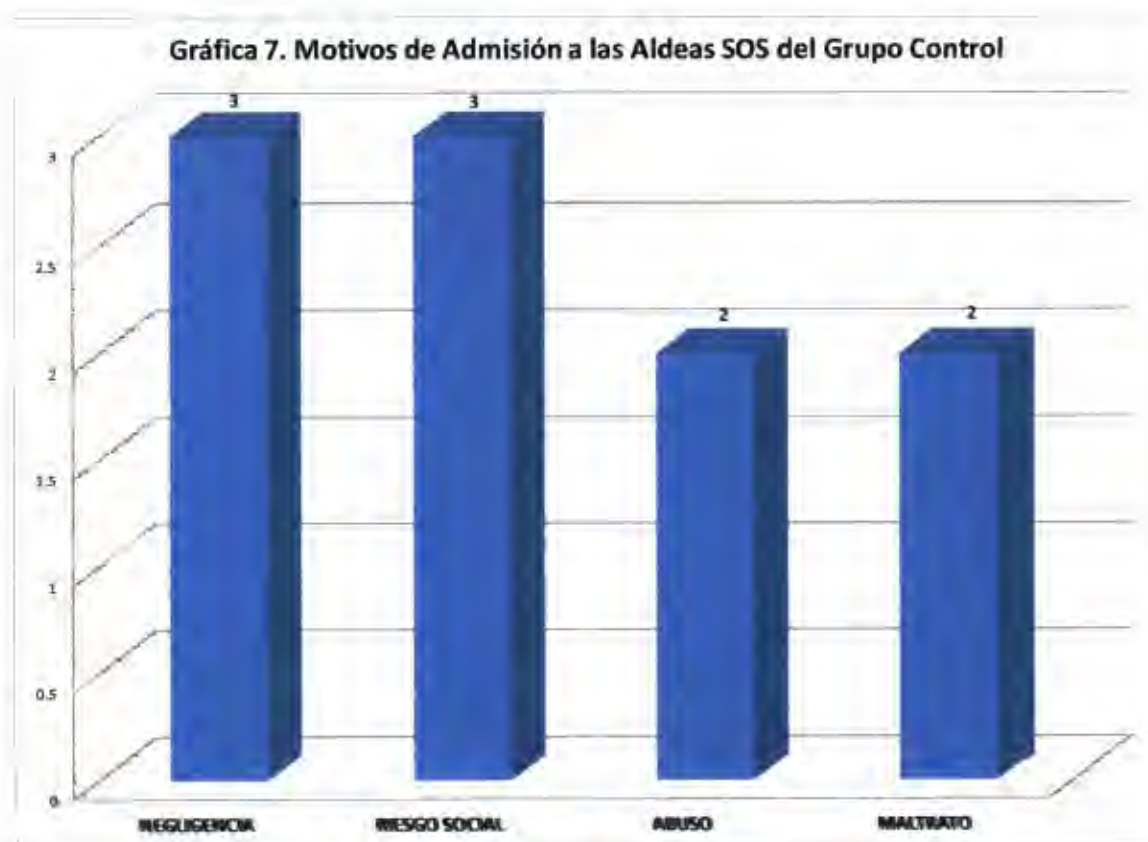


En esta gráfica N° 5 se muestra la cantidad y porcentajes del lugar de procedencia de los niños(as) del Grupo Control. Observamos que la mayoría son de la Provincia de Veraguas con un 30%, le sigue la Comarca Guna Yala que representan el 20%, continúa Colón, Coclé, Chiriquí, Chorrera y la Comarca Ngobe Buglé con un 1% niño(a) cada una.

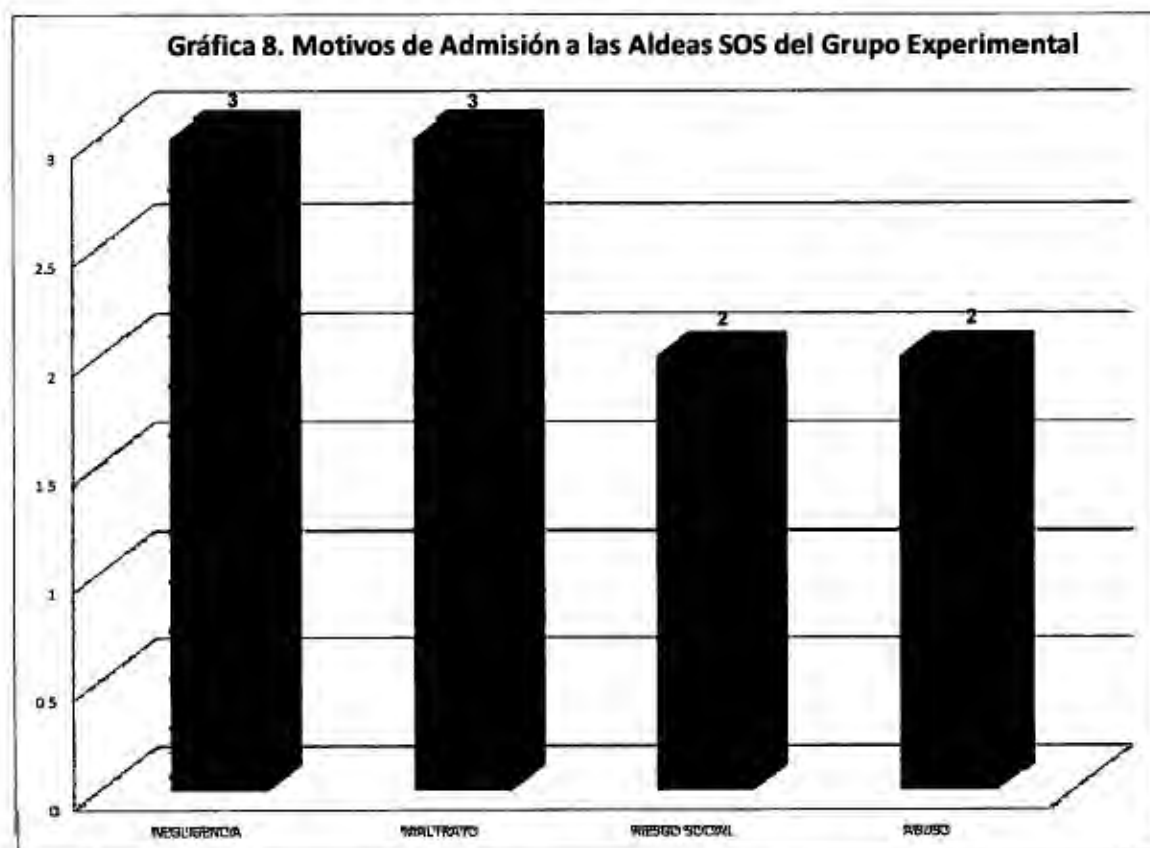
Gráfica 6. Lugar de procedencia de los niños(as) del Grupo Experimental



Esta gráfica N°6 muestra la cantidad y porcentajes del lugar de procedencia de los niños del Grupo Experimental. Observamos que la mayoría son de la Provincia de Veraguas con un 40%, le sigue Coclé y la Comarca Ngobe Buglé que representan el 20% cada una, continúa Panamá y Chorrera con un 1% cada una.



Esta gráfica N° 7 nos señala que el motivo por el cual los niños del grupo control ingresaron a las Aldeas SOS fue por negligencia y riesgo social seguido de abuso y maltrato.



Esta gráfica N°8 nos señala que el motivo por el cual los niños (as) del grupo experimental ingresaron a las Aldeas SOS fue por negligencia y maltrato seguido de riesgo social y abuso.

4.12 Criterio de Inclusión

Para nuestro estudio se tomaron de 20 niños a los cuáles se les aplicará el pre- test de la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R y la Bateria de Socialización (BAS) 2, para igualar características, conociendo los resultados se procederá a:

4.12.1 Conformar los dos grupos muestrales

- Paso 1:** Se anotarán los 20 nombre en un papelito y se introducirán en dos bolsas, los 10 papelitos.
- Paso 2:** Se extraerá el primero y se ubicará en el primer grupo.
- Paso 3:** Se repetirá el procedimiento y se ubicará al siguiente nombre en el segundo grupo.
- Paso 4:** Se repetirá hasta conformar los dos grupos de 10 pares.

4.12.2 Decisión sobre el grupo experimental y grupo control

Para decidir cuál es grupo control y cuál es experimental, se utilizará una moneda que determinará que si es cara, es grupo control y si es sello será el grupo experimental.

4.13 Escenario

La aplicación de pruebas y entrevista la realizamos en la oficina de la psicólogas, ubicada en el Dorado, Avenida La Amistad, las mismas cuentan con aire acondicionado, escritorio, sillas y computadoras. La atención grupal se realizaba en el salón de visitas de la aldea que cuenta, con abanico de techo, sillones y mesas para escribir o jugar. Algunas actividades de juego se realizaron en el aire libre.

4.14 Recolección de los Datos

4.14.1 Instrumentos y Técnicas de medición

4.14.1.1 Entrevista Clínica: (ver anexos)

4.14.1.2 Escala de Ansiedad manifiesta en niños CMAS-R: Desarrollo de la CMAS-R

La Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS) original fue muy popular tanto como instrumento clínico como de investigación. Existen más de 100 artículos en la literatura a lo largo de dos decenios afirmando la utilidad de la CMAS-R. Resultó útil para identificar el grado así como la naturaleza específica de la ansiedad experimentada por niños.

4.14.1.2.1 Descripción General

La CMAS-R, titulada "Lo que pienso y siento", es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel de naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Puede aplicarse de manera individual o en grupo. Se responde Sí o No, la respuesta "Sí" indica que el reactivo está describiendo los sentimientos o acciones del niño, mientras la respuesta "No" indica que el reactivo, por lo general no lo está describiendo. Si el niño tiene dificultad para leer o marcar la respuesta apropiada, se le puede leer el reactivo y encerrar la respuesta en un círculo.

Las respuestas "Sí" se cuentan para determinar la puntuación de ansiedad total. Es un esfuerzo para proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda cuatro puntuaciones de subescalas además de la puntuación de **Ansiedad Total**. Estas subescalas se denominan: a) **Ansiedad fisiológica**, b) **Inquietud/hipersensibilidad**, c) **preocupaciones sociales/ concentración**, y d) **de Mentira**.

4.14.1.2.2 Aplicación

La CMAS-R se aplica con facilidad en ambientes grupales para niños de 9 años y medio de edad y mayores. Se recomienda la aplicación individual para niños más pequeños al igual que niños con problemas de lectura y otras discapacidades.

Para la aplicación en grupo, el examinador debe leer estas instrucciones en voz alta mientras los niños las leen en silencio. Estas instrucciones son simples y directas y de manera típica no es difícil entenderlas.

4.14.1.2.3 Puntuación

La **CMAS-R** consta de cinco puntuaciones. La puntuación de Ansiedad total se basa en 28 reactivos también están divididos en tres subescalas. Estos 28 reactivos también están divididos en tres subescalas de ansiedad: Ansiedad fisiológica, Inquietud/Hiperactividad y Preocupaciones sociales/concentración. Los nueve reactivos restantes de la **CMAS-R** son parte de la subescala de Mentira.

La Puntuación natural en cada subescala es el número de reactivos marcados "Si" para esa subescala. Se encuentra disponible una Plantilla de calificación para ayudar a calificar las respuestas del niño. Se transforman las puntuaciones naturales a puntuaciones escalares y percentiles. Para la puntuación de **Ansiedad total**, la puntuación de escala es una puntuación estándar con una media de 50 y una desviación estándar de 10, la conocida y tradicional escala de puntuación T que es común en muchas áreas de la evaluación de la personalidad.

Para las subescalas, las puntuaciones escalares tienen una media de 10 y una desviación estándar de 3, similar a las puntuaciones que se utilizan para la Escala de inteligencia para el nivel escolar revisada (WISC-R; Wechsler, 1974).

La subescala de **Ansiedad fisiológica** se compone de 10 reactivos. Esta escala está asociada con manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades del sueño, náusea y fatiga.

La subescala de **Inquietud/hipersensibilidad**, compuesta de 11 reactivos, está asociada con una preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional.

La subescala de **Preocupaciones sociales/concentración** consta de siete reactivos, haciéndola significativamente más corta que las otras dos subescalas. Sin embargo, esta es comparable con la subescala de **Ansiedad fisiológica** en su confiabilidad y es particularmente útil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares. Como el nombre lo implica, esta escala se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades con la concentración y la atención.

Contenida dentro de la **CMAS-R** también se encuentra una subescala de **Mentira** diseñada para detectar conformidad, conveniencia social, o la falsificación

deliberada de respuestas, la subescala de **Mentira** se compone de nueve reactivos. Una puntuación elevada requiere que el clínico determine si el niño daba respuestas válidas para la Escala de ansiedad o sólo marcaba "Sí" a cualquier reactivo, o bien trataba de complacer al examinador.

Las puntuaciones crudas de **Ansiedad Total** pueden variar de 0 a 28. La primera tarea en la interpretación de 0 a 28. Debido a que la mayoría de las puntuaciones se encuentran dentro de una desviación estándar por arriba o por debajo de la media, se le atribuye una mayor significado a aquellas puntuaciones que se encuentran fuera de este rango de calificación (es decir, >T60).

4.14.1.2.4 Subescalas de Ansiedad

- Las subescalas basa en tres factores de la CMAS-R pueden emplearse para obtener más información sobre la naturaleza particular de la ansiedad del niño. La primera subescala, **Ansiedad Fisiológica**, es un índice de la expresión del niño hacia las manifestaciones físicas de la ansiedad. Una calificación alta en esta subescala sugiere que el niño tiene cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad.
- La segunda subescala se titula **Inquietud/hipersensibilidad**. Los reactivos que caen dentro de esta categoría a los largo del análisis factorial contienen la palabra "preocupación" o bien sugieren que la persona es miedosa.

nerviosa, o de alguna manera hipersensible a las presiones ambientales. Una puntuación alta en esta subescala puede sugerir a un niño que internaliza gran parte de la ansiedad experimentada y por tanto puede agobiarse al tratar de liberar esta ansiedad.

- La tercera subescala se llama **Preocupaciones sociales/concentración**. Los siete reactivos que constituyen esta subescala expresan una preocupación acerca de la autocomparación con otras personas o expresan cierta dificultad en la concentración. Los niños que obtienen una alta calificación en esta subescala pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos significativos en sus vidas.

La **CMAS-R** también brinda una calificación para la subescala de **Mentira**. La calificación de mentira expresada en unidades de puntuación natural, puede variar de 0 a 9. Una inspección de los reactivos en la subescala de Mentira sin dificultad indica que éstos revelan el cuadro de una conducta "ideal" que por lo general no es característica de nadie. Reactivos como "siempre soy amable" o "nunca me enojo" ciertamente no tipifican la conducta humana real a ninguna edad. Así, una puntuación alta en la subescala de **Mentira** (es decir, puntuación estándar > 13) puede ser un gran indicio de un autoinforme preciso.

4.14.1.2.5 Revisión de la Escala

Los objetivos principales en el desarrollo de la CMAS-R fueron: (a) crear una medida objetiva de la ansiedad en niños adecuada para la aplicación en grupo; (b) mantener el tiempo de aplicación al mínimo requerido para la evaluación exacta, válida; (c) promover la claridad de los reactivos y un nivel de legibilidad que hagan adecuada a la escala para emplearse con niños de primaria; (d) cumplir, hasta donde sea posible, estándares psicométricos contemporáneos sin dejar una escala práctica; (e) desarrollar normas a gran escala e información sobre las puntuaciones de ansiedad de diversos grupos de niños; y (f) determinar si la ansiedad manifiesta se trata mejor como unidimensional o si se facilitaría la interpretación al poseer múltiples escalas.

La confiabilidad y validez de la CMAS-R como una medida de ansiedad crónica en niños parece bien establecida por la bibliografía existente. Pocas escalas de ansiedad para niños, con la excepción del STAIC, tienen tanta confiabilidad y evidencia de validez disponible para su consideración.

4.14.2 Batería de Socialización (BAS) 1, 2 y 3

4.14.2.1 Antecedentes

La Batería de Socialización (BAS) tiene como antecedente, una detallada revisión bibliográfica sobre escalas de instrumentos de estimación para detectar varios aspectos de la conducta social en escolares. También tiene como

antecedente inmediato otros estudios de los autores con instrumento previos: la Escala de Adaptación y Hábitos sociales (AHS-1) y la escala de Trastorno de Conducta (ETC-1), de difusión muy restringida (Silva y López de Silva, 1975a y 1975b).

Por razones de formato, de aplicabilidad y de representatividad de las muestras, estos instrumentos fueron sustituidos por las escalas de Socialización escolar de aspectos facilitadores (ESE-1) y de aspectos perturbadores (ESE-2); después de una serie de estudios preliminares que adolecieron de serios inconvenientes en la factorización de las escalas y en algunos análisis se realizó un estudio posmenorizado de estas escalas ESE (Silva, Martorell y Pelechano, 1981), en éste pueden verse las relaciones con la actual BAS.

La BAS ha surgido, justamente como una mejora de la validez de contenido y perfeccionamiento de las escalas ESE. La versión para profesores (BAS-1), cuyos detallados análisis y validación cruzada con las escalas ESE, pueden verse en la obra de Silva y Martorell (1982), se amplía ahora con la versión para padres (BAS-2).

La BAS es un conjunto de escalas de estimación (rating scales) para evaluar la socialización de niños y adolescentes (de seis a quince años) en ambientes escolares y extraescolares. Puede ser cumplimentada por profesores (BAS-1) o padres (BAS-2) y llena un vacío importante en la evaluación psicológica

infantil y juvenil. Ambas versiones son equivalentes en siete de sus ocho escalas; cambian sólo algunos términos para adecuar el texto al ambiente específico (escolar o extraescolar). Sin embargo, los estudios se han realizado por separado; ninguna conclusión se ha extrapolado de una versión a otra.

La utilización de la BAS puede resultar de provecho para el profesor, el psicólogo escolar, los padres y los psicólogos infantiles y de la familia; su proyección en psicología educativa y clínica resulta evidente.

Los elementos de la batería (118 en Bas- 1 y 114 en Bas-2) cumplen básicamente dos funciones:

a. Lograr un perfil de socialización con siete escalas:

Cuatro de aspectos positivos/facilitadores:

Li liderazgo

Jv Jovialidad

Ss Sensibilidad social

Re Respeto-autocontrol

Tres de aspectos negativos/perturbadores/inhibidores:

At agresividad –terquedad

Ar Apatía-retraimiento

An Ansiedad-timidez

- b. Obtener una apreciación global de la socialización, con una escala:**

Cs Criterial-socialización.

Los elementos correspondientes de las escalas se presentan mezclados, siguiendo la ordenación original de tipificación: sin embargo, en la parte 1ª se encuentran sólo los aspectos facilitadores, y en la Parte 2ª los perturbadores. La escala Cs es la única, en Bas -1, que posee tanto elementos facilitadores como perturbadores; en Bas-2 los elementos de Cs se encuentran sólo en la Parte 2ª, entre los aspectos perturbadores. En efecto, esta escala Cs es también la única que consta de elementos distintos en ambas versiones, mientras que las siete que constituyen el perfil básico de socialización son idénticas en ambas.

4.14.2.2 Las escalas básicas tienen su origen en estudios de factorización

A continuación se detalla su contenido y elementos.

4.14.2.2.1 Escalas de aspectos facilitadores

- a. Liderazgo (Li), compuesta por 17 elementos; detecta aspectos de liderazgo en una connotación positiva, adaptativa y aglutinante. Una puntuación alta indica popularidad, iniciativa, confianza en sí mismo y espíritu de servicio.
- b. Jovialidad (Jv), con 12 elementos; mide extraversión en sus connotaciones concretas de sociabilidad y buen ánimo. Las relaciones

sociales se toman por el lado fácil y alegre de la vida para lograr una buena integración.

- c. Sensibilización social (SS), con 14 elementos; evalúa el grado de consideración y preocupación de la persona hacia los demás, en particular hacia aquéllos que tienen problemas y son rechazados y postergados.
- d. Respeto-autocontrol (Ra), con 18 elementos; aprecia el acatamiento de reglas y normas sociales que facilitan la convivencia en el mutuo respeto. Se valoran el sentido de responsabilidad y autocritica y, en general, la asunción de un rol maduro en las relaciones interpersonales.

4.14.2.2.2 Escalas de aspectos perturbadores/inhibidores

- a. Agresividad-terquedad (At), con 17 elementos; detecta varios aspectos de la conducta impositiva, perturbadora y a veces francamente antisocial. Su núcleo principal está en la resistencia a las normas, la indisciplina y la agresividad verbal o física. Además se relaciona con la hiperactividad motriz, aunque ésta no aparezca suficientemente recogida.
- b. Apatía-retraimiento (Ar), con 19 elementos; aprecia el retraimiento social, la introversión y, en casos extremos, un claro aislamiento; hay otros contenidos relacionados con éstos; la torpeza, la falta de energía e

iniciativa (apatía) y, en grados extremos, la depresividad en su vertiente asténica.

- c. Ansiedad-timidez (An), con 12 elementos, mide varios aspectos relacionados con la ansiedad (miedo, nerviosismo) y relacionados con la timidez (apocamiento, vergüenza) en las relaciones sociales.
- d. Escala Criterial-socialización (Cs), con 15 elementos; ofrece una visión global del grado de adaptación social del sujeto según el juicio de los mayores (profesores o padres), ha sido validada en cada versión mediante análisis correlacionales con ese criterio; en BAS-1 intervienen elementos facilitadores y perturbadores, y en BAS-2 sólo estos últimos.

4.14.3 Instrucciones para la aplicación

Las instrucciones se encuentran impresas en la portada del Cuadernillo, y son muy similares en ambas versiones (BAS-1 y BAS-2). Para este estudio solo aplicamos la BAS-2, puesto que se aplicó a las tías, no fue posible aplicar a los docentes.

En primer lugar, se insiste en que los instrumentos se complementen teniendo en cuenta la conducta observable y que ésta sea “la que determine la contestación”. En segundo lugar, se sugiere que cuando haya dudas a causa de cambios con el tiempo en el comportamiento del sujeto, se dedica por aquella alternativa que represente su conducta más actual.

4.14.4 Normas de corrección y Puntuación

Las puntuaciones directas de las ocho escalas de la BAS pueden obtenerse con la ayuda de las cuatro plantillas de corrección, comunes para ambas versiones; estas plantillas son las siguientes:

1ª, escalas Li y At

2ª, escalas Jv y Ar.

3ª, escalas Ss y Cs.

4ª, escalas Ra y An.

En cada escala, la puntuación directa es la suma de puntos logrados en su elementos; cada uno de estos se puntúa haciendo que las alternativas de respuesta reciban los siguientes puntos: A= 0, b= 1, C= 2 y D= 3. Las plantillas sólo dejan ver las alternativas B, C y D, y encima de los recuadros transparentes se han anotado los valores 1,2 y 3.

La plantilla se colocará sobre la hoja de modo que coinciden los recuadros existentes en hoja y plantilla. A continuación, se procederá a ir sumando los puntos obtenidos por las respuestas del sujeto que aparezcan por los recuadros transparentes. Una vez obtenida esa suma en la mitad izquierda de la primera plantilla (escala Li), se anotará el resultado en la primera casilla del margen derecho de la Hoja. Este proceso se repetirá con la mitad derecha de la plantilla

(escala At) y su resultado se anotará en la casilla correspondiente (quinta de la columna del margen). De igual manera se procederá con el resto de las plantillas y escalas.

Sólo existe una variación en el proceso anterior; se refiere a la escala Cs, la única que, estando orientada hacia el polo positivo (facilitador) de la socialización, contiene elementos negativos (perturbadores); para mantener ese sentido positivo, los elementos de tipo perturbador se puntúan de forma invertida ($a=3$, $b=2$, $C=1$ y $D=0$), y en la tipificación se tuvo siempre en cuenta esta variación. Sin embargo, para facilitar la tarea del corrector todos los elementos de Cs se puntúan según la norma general y luego se utiliza la formulación que viene indicada en el margen inferior de la hoja; es la siguiente:

a) En BAS-2; $Cs=45 - (\text{puntos en Parte 2}^a)$.

Por tanto, en el caso de Cs, plantilla 3ª, el corrector debe atender a la versión aplicada.

b) Si se ha aplicado BAS-2, debe utilizar los recuadros transparentes marcados con línea continua y existentes sólo en la parte 2ª; primero sumará los puntos obtenidos en esos elementos (aunque también estén recuadrados con línea de trazos) y su suma se anotará en el espacio destinado a ella en la segunda fórmula del margen inferior de la hoja; luego resolverá esta fórmula y anotará el resultado en la última casilla del margen derecho de la hoja.

Una vez terminada la corrección y anotadas las puntuaciones directas en el margen derecho de la hoja de respuestas, puede procederse a su interpretación transformándolas en puntuaciones derivadas (centiles), elaborar el perfil y sacar las conclusiones pertinentes del mismo.

4.14.5 Validez y Confiabilidad

En ambas versiones de BAS se han calculado coeficientes de consistencia interna, estabilidad temporal y de convergencia entre evaluadores.

La batería está dividida en seis pruebas: consideración por lo demás, autocontrol en las relaciones sociales, retraimiento social, ansiedad social y timidez, liderazgo y sinceridad.

La prueba no cuenta con una puntuación máxima debido a que cada área dentro de la batería es una prueba por sí misma. Sin embargo, para uso de esta investigación se obtuvo una puntuación total al sumar todos los reactivos de la prueba; donde a mayor puntaje mayor nivel de socialización.

Además, al ser una batería y no una sola prueba no cuenta con una validez total, sino cada prueba dentro de la batería tiene su propia validez.

4.15 Métodos de Intervención

- Entrevista Clínica (ver anexo Historia Clínica)
- Programa Terapéutico Cognitivo-conductual para Ansiedad (Gato Valiente con modificaciones).

4.15.1 Descripción del Programa de Intervención

Para la realización práctica de investigación utilizamos el Material del Manual del Gato Valiente, en catorce sesiones y dos basadas en aportes técnicos de Bunge, Gormar y Mandi (2010).

Iniciamos la evaluación de los 20 niños(as) a quienes primeramente realizamos entrevista en las oficinas de las psicólogas de manera individual, se le aplicaron las pruebas: La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños y La Batería de Socialización a su cuidadores, en este caso a las tías a cargo de los niños(as).

Luego de revisar el DSM-IV-R y revisar la literatura y diagnóstico diferencial: establecimos el diagnóstico de los niños: Trastorno de Ansiedad Generalizada se procedió entonces a seleccionar al azar el grupo control y el grupo experimental con iguales características y se procede a iniciar las sesiones.

El tratamiento se realizó por espacio de seis meses, (iniciando desde septiembre hasta febrero) en las mismas condiciones ambientales con veintiséis atenciones, de las cuáles ocho sesiones fueron grupales (1,2,3,5,6,7,8 y 16) y dieciocho

individual (4,9,10,11,12,13,14y15) e incluye entrevistas y aplicación de pruebas.
(ver anexo las sesiones)

4.16 Procedimiento Estadístico

- Se solicitó la autorización del director del centro y comunicó que requeríamos de aproximadamente veinte niños que formarían parte del estudio, lo que no se les informó fue, en qué consistía el estudio, pero se les explicó que era parte de los servicios que ofrecía la Institución, accedieron con un documento de consentimiento informado, se les mencionó la duración de seis meses y que sería una vez por semana las que participarían, primero un grupo de diez niños(as) y posteriormente los otros diez niños(as) en lista de espera.
- El diseño estadístico que se utilizará en esta investigación es la *t* de student, la cual es una prueba para muestras menores a 30 sujetos, en el que se desconoce la varianza poblacional, se comparan puntuaciones *t* de una muestra con una distribución comparativa denominada distribución *t*.
- Para grupos dependientes (antes y después) y para muestras independientes, (grupo control y grupo experimental).
- Los resultados serán evaluados a través de la aplicación de dos post-prueba, las cuáles serán la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños y la

Batería de Socialización que evaluará la presencia o no presencia de los síntomas de ansiedad, y problemas para relacionarse antes y después del tratamiento.

- El análisis de los datos se realizara utilizando Microsoft Excel para la estadística descriptiva (media, desviación estándar, varianza) y gráficas para la presentación de los resultados, dependiendo de los resultados podemos observa si es necesario aumentar el tamaño de la población para lograr una potencia del 80% con un tamaño del efecto grande, es decir conocer cuántos sujetos necesitamos para los dos grupos.

4.17 Diseño Estadístico

El diseño estadístico que se utilizó en esta investigación es la t de Student, la cual es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias aritméticas.

- Para grupos relacionados (antes y después) se utilizó la fórmula siguiente:

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{\sigma_d}{\sqrt{N}}}$$

Donde:
t = valor estadístico del procedimiento.
d= Valor promedio o media aritmética de las diferencias entre los momentos antes y después.
σd = desviación estándar de las diferencias entre los momentos antes y después.
N = tamaño de la muestra.

La media aritmética de las diferencias se obtiene de la manera siguiente:

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{N}$$

La desviación estándar de las diferencias se logra como sigue:

$$\sigma_d = \sqrt{\frac{\sum (d - \bar{d})^2}{N - 1}}$$

- Para grupos no relacionados (experimental-control) se utilizo, también la siguiente fórmula

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_p \sqrt{\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}}$$

Donde:

t = valor estadístico de la prueba t de Student.

$\bar{X}_1$ = valor promedio del grupo 1.

$\bar{X}_2$ = valor promedio del grupo 2.

σ_p = desviación estándar ponderada de ambos grupos.

N_1 = tamaño de la muestra del grupo 1.

N_2 = tamaño de la muestra del grupo 2.

- Ecuación para obtener la desviación estándar ponderada:

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{SC_1 + SC_2}{N_1 + N_2 - 2}}$$

Donde:

σ_p = desviación estándar ponderada.

SC = suma de cuadrados de cada grupo.

N = tamaño de la muestra 1 y 2.

4.18 Hipótesis de la Investigación

Hipótesis 1 Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R Grupo Control

H₁: Existe diferencias significativas en el grupo control antes y después de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

H₀: No existe diferencias significativas en el grupo control antes y después de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Hipótesis 2 Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R Grupo Experimental

H₁: Existe diferencias significativas en el Grupo Experimental antes y después de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R.

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

H₀: No existe diferencias significativas en el Grupo Experimental antes y después de tratamiento aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Hipótesis 3 Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R Grupo Experimental vs Grupo Control (ANTES)

H₁: Existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control antes de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

H₀: No existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control antes de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

Hipótesis 4 Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R Grupo Experimental vs Grupo Control (DESPUES)

H₁: Existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control después de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

H₀: No existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control después de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

BATERÍA DE SOCIALIZACIÓN BAS-2

Hipótesis 5 Escala de la Batería de Socialización BAS-2 Grupo Control

H₁: Existe diferencias significativas antes y después de aplicada la Escala de la Bateria de Socialización BAS-2 del Grupo Control según la percepción de las cuidadoras.

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

H₀: No existe diferencias significativas antes y después de aplicada la Escala de la Bateria de Socialización BAS-2 del Grupo Control según la percepción de las cuidadoras.

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Hipótesis 6 Escala de la Bateria de Socialización BAS-2 Grupo

Experimental

H₁: Existe diferencias significativas antes y después de aplicada la Escala de la Bateria de Socialización BAS-2 del Grupo Experimental según la percepción de las cuidadoras.

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

H₀: No existe diferencias significativas antes y después de aplicada la Escala de la Bateria de Socialización BAS-2 del Grupo Experimental según la percepción de las cuidadoras.

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Hipótesis 7 Escala de la Bateria de Socialización BAS-2 Grupo Experimental vs Grupo Control

H1: Existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control antes de aplicada la Escala de la Batería de Socialización BAS-2 según la percepción de las cuidadoras.

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Ho: No existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control antes de aplicada la Escala de la Batería de Socialización BAS-2 según la percepción de las cuidadoras.

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Hipótesis 8 Escala de la Batería de Socialización BAS-2 Grupo Experimental vs Grupo Control

H1: Existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control después de aplicada la Escalas de la Batería de Socialización BAS-2 según la percepción de las cuidadoras.

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Ho: No existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control después de aplicada la Escala de la Batería de Socialización BAS-2 según la percepción de las cuidadoras.

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 Hipótesis y Procesamiento Estadístico

Hipótesis 1 Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R Grupo Control

H_1 : Existe diferencias significativas en el grupo control antes y después de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

H_0 : No existe diferencias significativas en el grupo control antes y después de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Prueba Estadística:

Prueba t de Student

Nivel de significación:

$\alpha 0.05$

$t_c = \pm 2.262$

$gl = n - 1$ $gl = 10 - 1 = 9$

$gl = 9$

Criterio de Decisión:

Rechazar la H_0 si $t_o > t_c$

Aceptar la H_0 si $t_o < t_c$

Calculo Estadístico: $t_o = -1.044$

Resultados

Cuadro N° 5

Prueba diferencia de medias (t Student) en función del Grupo Control				
ANTES Y DESPUÉS				
ESCALAS	Nivel de significación	Grados de libertad	T_c	T_o
Ansiedad Total	0.05	9	± 2.262	-1.044
Ansiedad Fisiológica	0.05	9	± 2.262	-0.446
Inquietud/Hipersensibilidad	0.05	9	± 2.262	-1.190
Preocupaciones sociales/Concentración	0.05	9	± 2.262	-1.074
Mentira	0.05	9	± 2.262	-1.489

Decisión

En vista que la $t_0 = -1.044$ es menor que $t_c = \pm 2.262$ no hay evidencia estadística para rechazar la Hipótesis Nula por lo que no existe diferencias significativas antes y después de la aplicación, en el grupo control en cuanto a los resultados de las Escalas de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R. Los niveles de ansiedad total así como los niveles en cada subescala son los mismos antes y después de la aplicación.

Hipótesis 2 Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R Grupo Experimental

H1: Existe diferencias significativas en el Grupo Experimental antes y después de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R.

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Ho: No existe diferencias significativas en el Grupo Experimental antes y después de tratamiento aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Prueba Estadística: Prueba t de Student

Nivel de significación: $\alpha 0.05$ $t_c = \pm 2.262$

gl=n-1 gl=10- 1= 9 gl=9

Criterio de Decisión:

Rechazar la Ho si $t_0 > t_c$

Aceptar la Ho si $t_0 < t_c$

Calculo Estadístico: $t_0 = 3.648$

Resultados

Cuadro N° 6

Prueba diferencia de medias (t-Student) en función del Grupo Experimental				
ANTES Y DESPUÉS				
ESCALAS	Nivel de significación	Grados de libertad	Tc	To
Ansiedad Total	0.05	9	± 2.262	3.648
Ansiedad Fisiológica	0.05	9	± 2.262	3.167
Inquietud/Hipersensibilidad	0.05	9	± 2.262	3.311
Preocupaciones sociales/Concentración	0.05	9	± 2.262	3.431
Mentira	0.05	9	± 2.262	3.353

Decisión

En vista que la $t_o = 3.648$ es mayor que $t_c = \pm 2.262$ hay evidencia estadística para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis de Investigación, lo cual significa que la ansiedad total disminuyó posterior al tratamiento, porque existe diferencia entre antes y después para el grupo experimental. Los mismo ocurrió con las subescalas inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración y mentira. Siendo la ansiedad fisiológica la menos significativa

Hipótesis 3 Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R Grupo Experimental vs Grupo Control (ANTES)

H1: Existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control antes de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Ho: No existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control antes de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Prueba Estadística:

Prueba t de Student

Nivel de significación:

$\alpha 0.05$

$t_c = \pm 2.101$

gl=n-1 gl=20- 1= 18

gl=18

Criterio de Decisión:

Rechazar la Ho si $t_0 > t_c$

Aceptar la Ho si $t_0 < t_c$

Calculo Estadístico: $t_0 = -0.255$

Resultados

Cuadro N° 7

Prueba diferencia de medias (t Student) en función del Grupo Experimental y el Grupo Control				
ANTES				
ESCALAS	Nivel de significación	Grados de libertad	Tc	To
Ansiedad Total	0.05	18	± 2.101	-0.255
Ansiedad Fisiológica	0.05	18	± 2.101	-0.699
Inquietud/Hipersensibilidad	0.05	18	± 2.101	-1.190
Preocupaciones sociales/Concentración	0.05	18	± 2.101	-0.789
Mentira	0.05	18	± 2.101	-0.693

Decisión

Al comparar las puntuaciones medias de la muestra del grupo experimental y grupo control utilizando la Prueba *t* de Student, observamos que no existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control antes de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R. Es decir los niveles de ansiedad total y los niveles en cada subescala son los mismos tanto para el grupo control como para el grupo experimental.

Hipótesis 4 Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R Grupo Experimental vs Grupo Control (DESPUES)

H_1 : Existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control después de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

H_0 : No existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control después de aplicada la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Prueba Estadística: Prueba *t* de Student

Nivel de significación: $\alpha 0.05$ $t_c = \pm 2.101$

$gl = n - 2$ $gl = 20 - 2 = 18$ $gl = 18$

Criterio de Decisión:

Rechazar la H_0 si $t_o > t_c$

Aceptar la H_0 si $t_o < t_c$

Cálculo Estadístico: $t_o = 4.755$

Resultados

Cuadro N° 8

Prueba diferencia de medias (t Student) en función del Grupo Experimental y el Grupo Control				
DESPUÉS				
ESCALAS	Nivel de significación	Grados de libertad	Tc	To
Ansiedad Total	0.05	18	± 2.101	4.755
Ansiedad Fisiológica	0.05	18	± 2.101	3.154
Inquietud/Hipersensibilidad	0.05	18	± 2.101	- 3.185
Preocupaciones sociales/Concentración	0.05	18	± 2.101	- 3.612
Mentira	0.05	18	± 2.101	2.277

Decisión

El cuadro anterior nos está indicando que al comparar las puntuaciones media de la muestra del Grupo Control y grupo Experimental utilizando la Prueba *t* de Student, observamos que existe evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis de Investigación por lo que existe diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental después del tratamiento, es decir en el grupo experimental todos los niveles de ansiedad disminuyeron.

Batería de Socialización BAS-2

Hipótesis 5 Escala de la Batería de Socialización BAS-2 Grupo Control

H₁: Existe diferencias significativas antes y después de aplicada la Escala de la Batería de Socialización BAS-2 del Grupo Control según la percepción de las cuidadoras.

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

H_0 : No existe diferencias significativas antes y después de aplicada la Escala de la Batería de Socialización BAS-2 del Grupo Control según la percepción de las cuidadoras.

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Prueba Estadística:

Prueba t de Student

Nivel de significación:

$$\alpha=0.05$$

$$t_c = \pm 2.262$$

$$gl=n-1$$

$$gl=10-1=9$$

$$gl=9$$

Criterio de Decisión:

Rechazar la H_0 si $t_0 > t_c$

Aceptar la H_0 si $t_0 < t_c$

Calculo Estadístico: $t_0 = -2.004$

Resultados

Cuadro N° 9

Prueba diferencia de medias (t Student) en función del grupo control Percepción de las Cuidadoras				
ANTES Y DESPUÉS				
ESCALAS	Nivel de significación	Grados de libertad	Tc	To
Liderazgo (Li)	0.05	9	± 2.262	-0.908
Jovialidad (Jv)	0.05	9	± 2.262	-1.788
Sensibilidad Social (Ss)	0.05	9	± 2.262	-2.597
Respeto-Autocontrol (Ra)	0.05	9	± 2.262	-0.658
Agresividad-terquedad (At)	0.05	9	± 2.262	-1.097
Apatía-retraimiento (Ar)	0.05	9	± 2.262	1.507
Ansiedad-limidez (At)	0.05	9	± 2.262	0.358
Criterial-Socialización (Cs)	0.05	9	± 2.262	-2.004

Decisión

Al comparar las puntuaciones media de la muestra del Grupo Control utilizando la Prueba *t* de Student, observamos que $t_0 = -2.004$ es menor que $t_c \pm 2.262$ no existe evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula por lo que no existe diferencias significativas antes y después de aplicada la Batería de Socialización BAS-2 según la percepción de las cuidadoras.

Los resultados también demuestran que en la Escala de sensibilidad social si se encontró diferencias significativas entre antes y después según la percepción de cuidadoras.

Hipótesis 6 Escala de la Batería de Socialización BAS-2 Grupo

Experimental

H1: Existe diferencias significativas antes y después de aplicada la Escala de la Batería de Socialización BAS-2 del Grupo Experimental según la percepción de las cuidadoras.

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Ho: No existe diferencias significativas antes y después de aplicada la Escala de la Batería de Socialización BAS-2 del Grupo Experimental según la percepción de las cuidadoras.

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Prueba Estadística:

Prueba *t* de Student

Nivel de significación: $\alpha=0.05$ $t_c = \pm 2.262$

$gl=n-1$ $gl=10-1=9$ $gl=9$

Criterio de Decisión:

Rechazar la H_0 si $t_o > t_c$

Aceptar la H_0 si $t_o < t_c$

Calculo Estadístico: $t_o = -4.123$

Resultados

Cuadro N° 10

Prueba diferencia de medias (t Student) en función del Grupo Experimental				
Percepción de las Cuidadoras				
ANTES Y DESPUÉS				
ESCALAS	Nivel de significación	Grados de libertad	T_c	T_o
Liderazgo (Li)	0.05	9	± 2.262	-3.165
Jovialidad (Jv)	0.05	9	± 2.262	-2.891
Sensibilidad Social (Ss)	0.05	9	± 2.262	-1.898
Respeto-Autocontrol (Ra)	0.05	9	± 2.262	-0.369
Agresividad-terquedad (At)	0.05	9	± 2.262	0.558
Apatía-retraimiento (Ar)	0.05	9	± 2.262	7.925
Ansiedad-timidez (At)	0.05	9	± 2.262	6.981
Criterial-Socialización (Cs)	0.05	9	± 2.262	-4.123

Decisión

En vista que $t_o = -4.123$ es mayor que $t_c = \pm 2.262$ si existe evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, lo cual significa que podemos decir que existen diferencias significativas antes y después del tratamiento en el grupo experimental. Las subescalas cuyas diferencias fueron significativas son Liderazgo, jovialidad, Apatía-retraimiento, Ansiedad-timidez y en Criterial-Socialización. Las diferencias en las áreas de respeto-autocontrol, agresividad y terquedad y sensibilidad social no fueron significativas.

Hipótesis 7 Escala de la Batería de Socialización BAS-2 Grupo Experimental vs Grupo Control

H1: Existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control antes de aplicada la Escala de la Batería de Socialización BAS-2 según la percepción de las cuidadoras.

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Ho: No existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control antes de aplicada la Escala de la Bateria de Socialización BAS-2 según la percepción de las cuidadoras.

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Prueba Estadística:

Prueba t de Student

Nivel de significación:

$\alpha 0.05$

$t_c = \pm 2.101$

$gl = n - 2$

$gl = 20 - 2 = 18$

$gl = 18$

Criterio de Decisión:

Rechazar la Ho si $t_o > t_c$

Aceptar la Ho si $t_o < t_c$

Cálculo Estadístico: $t_o = 2.961$

Resultados

Cuadro N° 11

Prueba diferencia de medias (t Student) en función del Grupo Experimental y el Grupo Control Percepción de las Cuidadoras				
ANTES				
ESCALAS	Nivel de significación	Grados de libertad	Tc	To
Liderazgo (Li)	0.05	18	± 2.101	1.766
Jovialidad (Jv)	0.05	18	± 2.101	2.312
Sensibilidad Social (Ss)	0.05	18	± 2.101	2.551
Respeto-Autocontrol (Ra)	0.05	18	± 2.101	4.555
Agresividad-terquedad (At)	0.05	18	± 2.101	-1.202
Apatia-retraimiento (Ar)	0.05	18	± 2.101	-0.152
Ansiedad-timidez (At)	0.05	18	± 2.101	-2.189
Criterial-Socialización (Cs)	0.05	18	± 2.101	2.961

Decisión

Al comparar las puntuaciones media de la muestra del Grupo Control y grupo Experimental utilizando la Prueba *t* de Student, observamos que $t_o = 2.961$ es mayor que $t_c = \pm 2.101$, hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis de investigación. Los resultados demuestran que en las Escalas Jovialidad, Sensibilidad social Respeto-autocontrol, Ansiedad-timidez y Criterial-socialización se encontraron diferencias significativas antes de aplicada la escala según la percepción de las cuidadoras.

No Existe diferencias significativas antes de aplicada la prueba en las Escalas de Liderazgo, Agresividad-terquedad Apatia-retraimiento, de la Batería de

Socialización BAS-2 del Grupo Control y Grupo Experimental según la percepción de las cuidadoras.

Hipótesis 8 Escala de la Batería de Socialización BAS-2 Grupo Experimental vs Grupo Control

H1: Existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control después de aplicada la Escalas de la Batería de Socialización BAS-2 según la percepción de las cuidadoras.

$$H_1: \mu_a \neq \mu_b$$

Ho: No existe diferencias significativas entre el Grupo Experimental y el Grupo Control después de aplicada la Escala de la Batería de Socialización BAS-2 según la percepción de las cuidadoras.

$$H_0: \mu_a = \mu_b$$

Prueba Estadística:

Prueba t de Student

Nivel de significancia:

$\alpha 0.05$

$t_c = \pm 2.101$

gl=n- 2

gl=20-2= 18

gl=18

Criterio de Decisión:

Rechazar la Ho si $t_o > t_c$

Aceptar la Ho si $t_o < t_c$

Cálculo Estadístico: $t_o = 0.644$

Resultados

Cuadro N° 12

Prueba diferencia de medias (t Student) en función del Grupo Experimental y el Grupo Control				
Percepción de las Cuidadoras				
DESPUÉS				
ESCALAS	Nivel de significación	Grados de libertad	Tc	To
Liderazgo (Li)	0.05	18	± 2.101	0.771
Jovialidad (Jv)	0.05	18	± 2.101	1.045
Sensibilidad Social (Ss)	0.05	18	± 2.101	2.325
Respeto-Autocontrol (Ra)	0.05	18	± 2.101	5.582
Agresividad-terquedad (At)	0.05	18	± 2.101	0.623
Apatia-retraimiento (Ar)	0.05	18	± 2.101	5.035
Ansiedad-timidez (At)	0.05	18	± 2.101	4.493
Criteria-Socialización (Cs)	0.05	18	± 2.101	0.644

Decisión

Al comparar las puntuaciones media de la muestra del Grupo Control y Grupo Experimental utilizando la Prueba *t* de Student, observamos que $t_o = 0.644$ es menor que $t_c = \pm 2.101$, por lo que no existe evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, no existe diferencias significativas en las Escalas Liderazgo, Jovialidad, Agresividad-terquedad y Criteria socialización después de aplicada la batería de Socialización según la percepción de las cuidadoras, es decir que las puntuaciones en estas Escalas se mantuvieron iguales en el grupo experimental y en el grupo control.

Se encontró diferencia en las Escalas Sensibilidad social, Respeto-autocontrol, Apatia-retraimiento, Ansiedad-timidez de la Batería de Socialización

BAS-2 del Grupo Control y Grupo Experimental según la percepción de las cuidadoras.

5.2 Resultados de las puntuaciones de las Escalas

Tabla N° 2 Puntuación Promedio en la Escala de Ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) del Grupo Control

Escala	Puntuación Promedio Antes	Puntuación Promedio Después
Ansiedad Total	63.70	66.6
Ansiedad fisiológica	13.10	13.5
Inquietud/hipersensibilidad	12.00	13.1
Preocupaciones sociales/concentración	12.50	13.5
Mentira	10.90	11.8

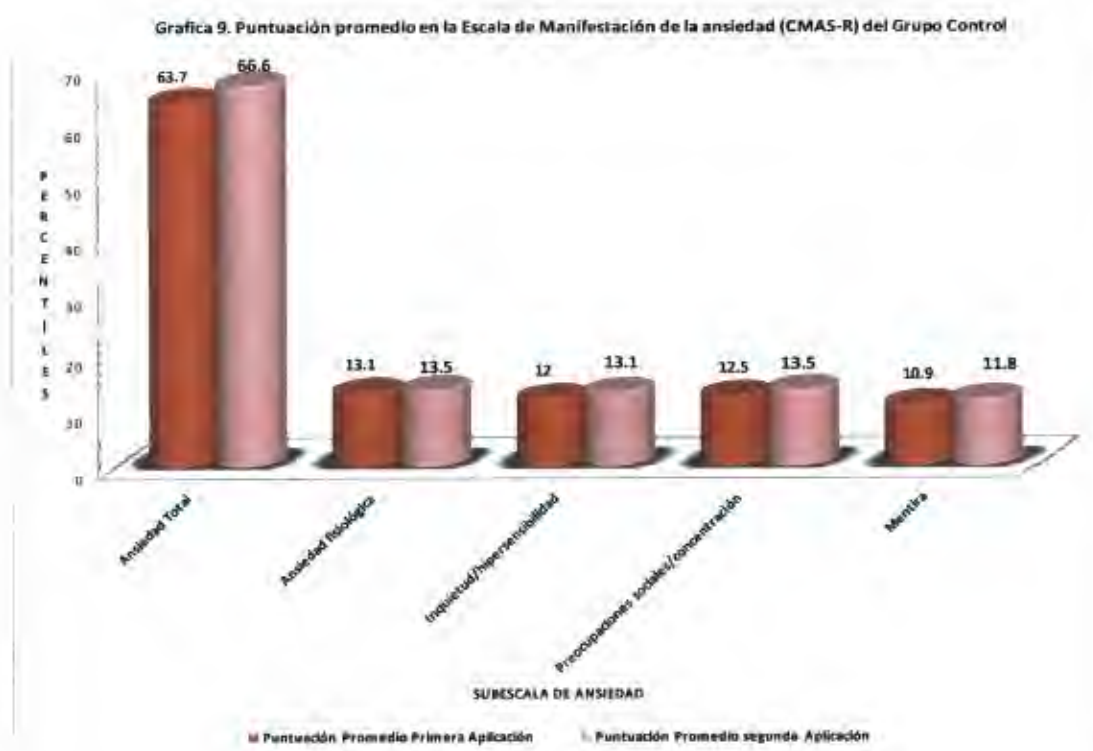
La tabla N°1 muestra las puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad manifiesta en niños de la (CMAS-R) del Grupo Control. Observamos que las puntuaciones promedios antes del tratamiento era 63.70 y después 66.6 en los niveles de Ansiedad Total de Grupo control, lo que sugiere mayor índice de de ansiedad.

En cuanto a la Ansiedad Fisiológica que evalúa el índice de expresión del niño hacia las manifestaciones físicas de la ansiedad, sugiere que los niños(as) tienen cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad, (tales como el corazón late de prisa, dolor de estómago y de cabeza, entre otros). Y que los valores disminuyeron un poco, que no es significativo.

La Escala Inquietud/hipersensibilidad, que denota a una persona miedosa, nerviosa o hipersensible a presiones ambientales; aumentó el índice de ansiedad de 12 a 13.1 en la segunda aplicación, lo que puede indicar que los niños (as) internalizan gran parte de la ansiedad experimentada.

Lo cual puede explicar su inquietud. En la subescala de Preocupaciones Sociales, de 12.5 aumento a 13.50 lo cual se relaciona con una preocupación acerca de la autocomparación con otras personas o cierta dificultad con otros.

La subescala de Mentira también aumentó lo que indica que los menores manifiestan una conducta ideal, expresada en una variedad de maneras diferentes como una necesidad de demandar de los demás, de la vida mejores cosas.



Grafica N° 9 nos muestras los resultados del grupo control antes y después, en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños.

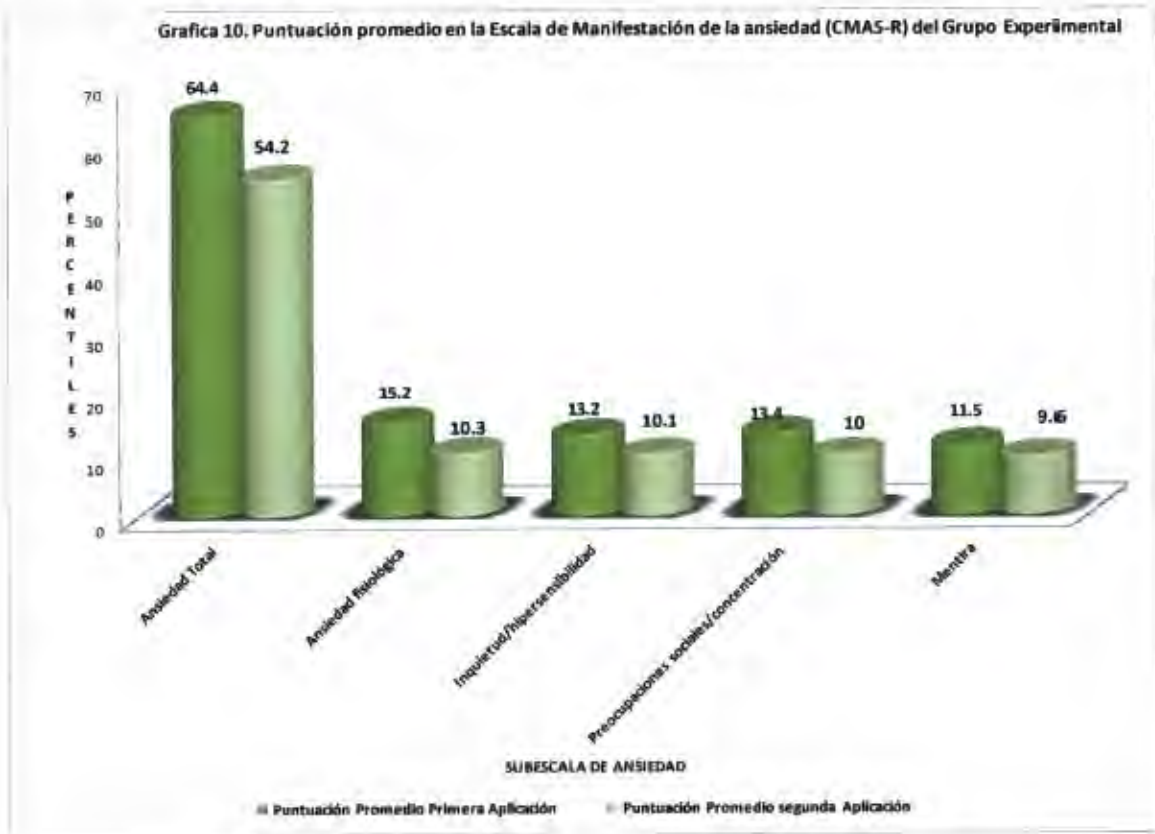
Tabla N°3 Puntuación Promedio en la Escala de Manifestación de la Ansiedad (CMAS-R) del Grupo Experimental

Escala	Puntuación Promedio Antes	Puntuación Promedio Después
Ansiedad Total	64.40	54.20
Ansiedad fisiológica	15.20	10.30
Inquietud/hipersensibilidad	13.20	10.10
Preocupaciones sociales/concentración	13.40	10.00
Mentira	11.50	9.60

La tabla N° 3 muestra las puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños de la (CMAS-R) del Grupo Experimental. Observamos que las

puntuaciones promedios de la ansiedad antes del tratamiento son mayores con una ansiedad total de 64.40 y después del tratamiento 54.20 para el grupo experimental.

En la subescalas de Ansiedad Fisiológica disminuyó la ansiedad de de 15.20 a 10.30. En la escala de Inquietud/hipersensibilidad de 13.20 a 10.10 en la de Preocupaciones sociales/concentración de 13.40 a 10.00 y en la Mentira de 11.50 a 9.60, de lo que deducimos que las sus puntuaciones disminuyen después del tratamiento. Estas puntuaciones se encuentran dentro del promedio (7 -13 percentiles).



La Grafica N° 10 nos muestra las puntuaciones promedios del grupo experimental.

Tabla N°4 Puntuación Promedio en la Escala de la Bateria de Socialización BAS-2 del Grupo Control

Escala	Puntuación Promedio	Puntuación Promedio
	Antes	Después
Liderazgo	14.8	10.6
Jovialidad	15.4	11.5
Sensibilidad Social	22	12.9
Respeto-autocontrol	18.1	14.6
Agresividad-Terquedad	80.8	66.6
Apatía-Retraimiento	92.3	59.2
Ansiedad-Timidez	90.8	56.5
Escala Criterial-socialización	20.3	29

De manera general y como se observa en la Tabla N°4, las escalas facilitadoras de socialización (liderazgo, jovialidad, sensibilidad social y respeto autocontrol) antes del tratamiento existían niveles bajos de socialización 20.3. Las cuidadoras consideran que los niños (as) destacan en primer lugar la despreocupación hacia los demás, en particular aquellos que tienen problemas o son rechazados. En segundo lugar, el respeto-autocontrol no asume reglas y normas sociales, en tercer lugar muestran introversión y por último muestran poca confianza en sí mismos.

Después del tratamiento, los resultados ponen de manifiesto que los niños (as) manifiestan bajos niveles de socialización (según las cuidadoras) ya que la puntuación media los sitúa en 29. Así mismo, observamos que las puntuaciones

desmejoraron y las cuidadoras consideran que los niños (as) destacan en primer lugar en sensibilidad social, segundo lugar jovialidad, tercer lugar liderazgo y cuarto respeto autocontrol.

En relación a las escalas perturbadoras: agresividad-terquedad, apatía-retraimiento, ansiedad-timidez, observamos que las puntuaciones antes del tratamiento resultaron elevadas para la escala apatía-retraimiento, seguida de ansiedad-timidez y en tercer lugar agresividad-terquedad.

Después del tratamiento las puntuaciones en las escalas perturbadoras disminuyeron. En primer lugar ansiedad- timidez, seguido de apatía retraimiento y luego agresividad terquedad.



La Gráfica 9 muestra los resultados del Grupo Control en la Bateria de Socialización.

Tabla N°5 Puntuación Promedio en la Escala de la Batería de Socialización BAS-2 del Grupo Experimental

Escala	Puntuación Promedio	Puntuación Promedio
	Antes	Después
Liderazgo	28.6	37
Jovialidad	30	43
Sensibilidad Social	37.5	53.5
Respeto-autocontrol	61.5	67
Agresividad-Terquedad	67.9	78.1
Apatía-Retraimiento	91.8	84.4
Ansiedad-Timidez	83.5	81.9
Escala Criterial-socialización	46	60

De manera general y como se observa en la Tabla N° 5 las escalas facilitadoras de socialización (liderazgo, jovialidad, sensibilidad social y respeto autocontrol) antes del tratamiento observamos que sus puntuaciones medias están por arriba del percentil 45, señalando moderado niveles de socialización.

Las cuidadoras consideran que los niños(as) destacan en primer lugar el respeto-autocontrol asumen reglas y normas sociales, en segundo lugar la despreocupación hacia los demás en particular aquellos que tienen problemas o son rechazados, en tercer lugar muestran introversión y por ultimo muestran poca confianza en si mismos.

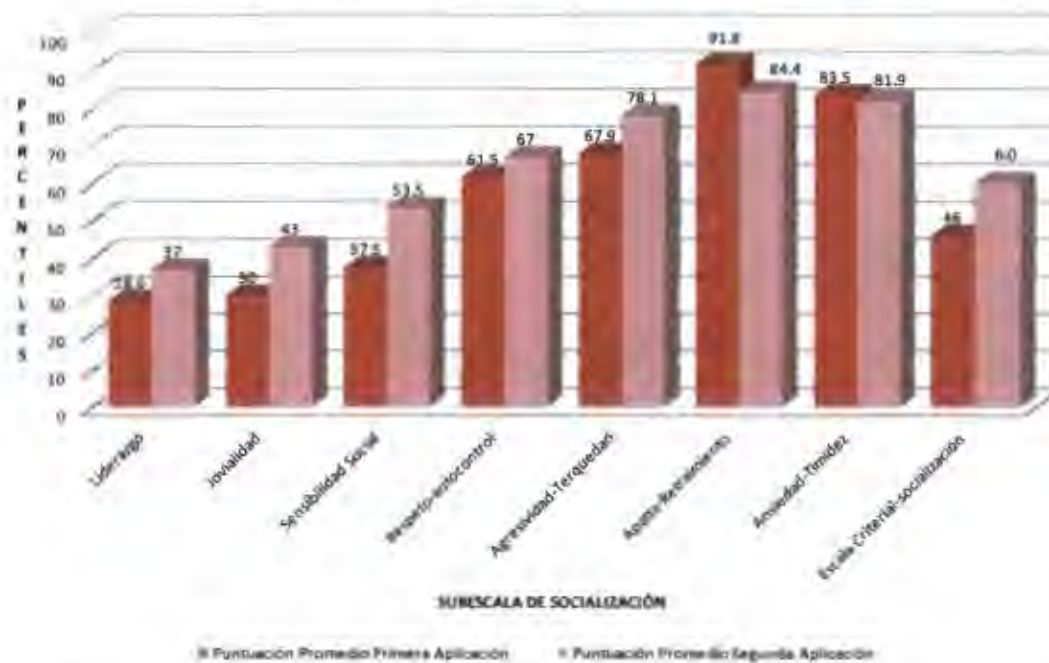
Después del tratamiento, los resultados ponen de manifiesto que los niños (as) manifiestan buenos niveles de socialización (según la cuidadoras) ya que la puntuación media los sitúa en 60 después de concluido el tratamiento.

Así mismo observamos que las puntuaciones mejoraron y las cuidadoras consideran que los niños (as) destacan en primer lugar en respeto –autocontrol, segundo de sensibilidad social, jovialidad en tercer lugar y liderazgo en cuarto lugar.

En relación a las escalas perturbadoras: observamos que las puntuaciones antes del tratamiento resultaron elevadas para la escala apatía-retraimiento, seguida de ansiedad-timidez y en tercer lugar agresividad-terquedad.

Después del tratamiento las puntuaciones en las escalas perturbadoras disminuyeron. En primer lugar ansiedad- timidez, seguido de apatía, retraimiento y aumento la escala agresividad terquedad.

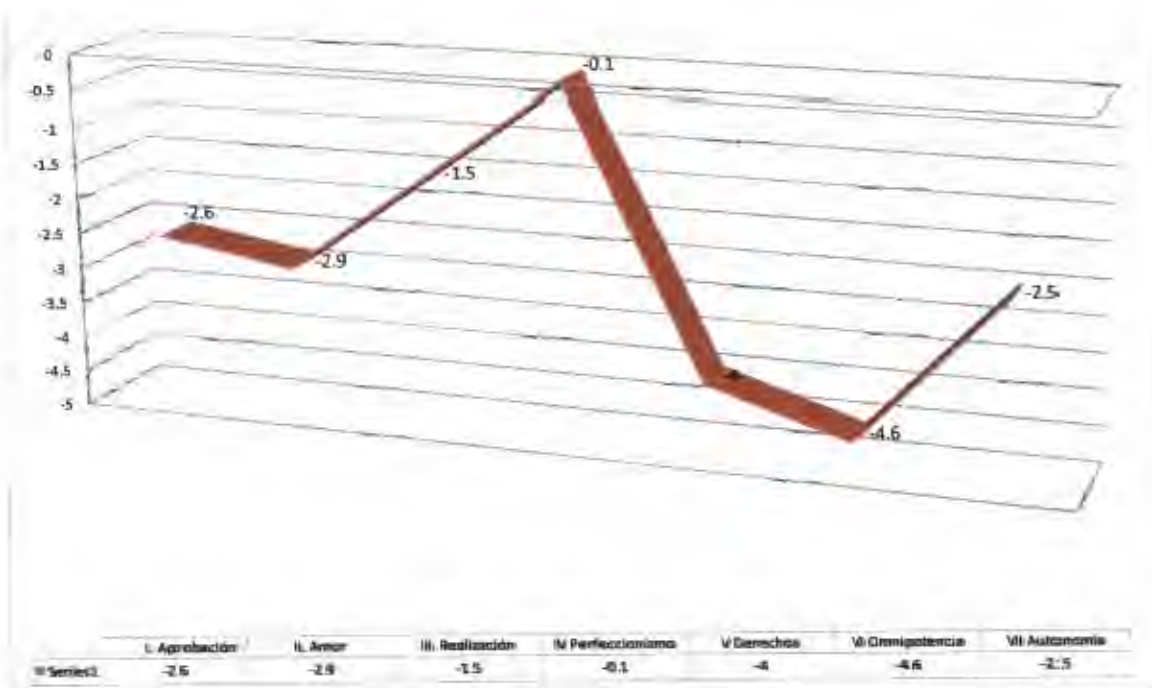
Gráfica 12. Puntuación Promedio en la Escala de la Batería de Socialización BAS-2 del Grupo Experimental



La Gráfica 10 muestra los resultados del grupo Experimental en la Bateria de Socialización.

5.3 Resultados de la Escala de Actitudes Disfuncionales

Gráfica 13. Escala de Actitudes Disfuncionales



Cada conjunto de cinco afirmaciones de la escala mide uno de los siete sistemas de valores. La puntuación total para cada conjunto puede fluctuar entre +10 y -10. Para efecto de este estudio encontramos que las puntuaciones promedios se encuentra entre -01 y -4.6.

Este grupo de niños(as) son dependiente que tiende a evaluarse a sí mismo a partir de los ojos de los demás. Se vuelven vulnerables a la ansiedad o a la depresión cuando nota en los otros una crítica o un enfado relacionado con ellos.

Ven el amor como una "necesidad" y pueden llegar a desarrollar conductas manipuladoras con el fin de conseguir afecto o atención de los demás, su capacidad para la alegría dependen íntimamente de su productividad, exigen así mismo perfección. También exigen que los demás le proporcionen lo que anda buscado. Cuando no sucede se enoja y gasta su energía en estar frustrado, triste,, tienden a culpar a aquellos que no se someten a su control. Su grado de independencia o autonomía son negativas asegurando que no puede resistir en mayor medida la presión social.

5.4 Análisis de los Resultados

Después del estudio de la entrevista clínica y las pruebas aplicadas a la muestra de niños (as) de las Aldeas SOS, se presenta los planteamientos en relación con los resultados obtenidos.

5.4.1. Resultados de la Entrevista e Historia

Se ha considerado importante indicar cuáles fueron los resultados de la entrevista, dado que la misma sirvió para establecer el diagnóstico y tomar decisiones sobre el tratamiento.

A continuación los resultados más relevantes

- Al observar los expedientes e indagar sobre la historia familiar y personal de los niños nos percatamos que 6 de los niños(as) están por

negligencia paterna, 6 por riesgo social, 4 por abuso sexual y 4 de maltrato. (ver gráfica N° 7 y 8).

- La mayoría durante la entrevista muestra que las áreas afectadas en su vida son problemas en la escuela, se distraen con facilidad y tienen dificultad para concentrarse por más de seis meses, son rebeldes, frecuentemente están ansiosos, son inquietos e impacientes; se irritan con facilidad, algunos presentan dificultad para dormir, tensión muscular, bajos recursos económicos y cultural, autovalía disminuida, apego inseguro y ansioso, dificultad para vincularse.
- Es frecuente que piensen que "son torpes", "que no pueden hacerlo""que le va pasar algo malo", Es terrible", "Todo me preocupa y angustia", "El mundo es peligroso" y "los demás quieren hacer daño".
- Es frecuente que a nivel afectivo presenten: ansiedad constante, temor, preocupación inseguridad, tristeza, soledad y labilidad emocional.
- A nivel conductual observamos irritabilidad, rebeldía, evita situaciones temerosas y dificultad para relacionarse (introversión).

- Las situaciones que le causan mayor temor son: fracasar en el examen, decir charlas, dormir solo o estar solo, temor a la obscuridad, a hacer el ridículo y a los fantasmas o brujas. (ver gráfica N° 14)
- Lo que más sienten a nivel físico los niños son palpitaciones aceleradas, dolor de estómago y cabeza. (ver gráfica 15)

5.4.2 Los resultados más relevantes durante el tratamiento

- Los contenidos de creencias irracionales en los del grupo experimental con trastorno de ansiedad generalizada encontramos: Vulnerabilidad al daño, miedo a perder el control, desconfianza/abuso, aislamiento social, defectuosidad, incompetencia y autocontrol. (ver anexo historias clínicas para ejemplos).
- Las distorsiones cognitivas frecuentes encontradas en grupo experimental fueron: leer la mente, adivinar el futuro, Catastrofizar, maximizar, minimizar, sobregeneralizaciones y razonamiento emocional.
- Al inicio los niños eran introvertidos, participaban sólo lo necesario, pero posteriormente se fueron integrando. Eran voluntarios, confundían al inicio los pensamientos con los sentimientos. Tuvimos que trabajar con ellos esa parte bastante, les costaba reconocer las emociones en ellos

y en otros. En su pensamiento predominaba que les iba a pasar algo malo, por cualquier cosa, lo cual por ende dificultaba su capacidad de atención y concentración.

- Comprendieron el modelo (ABC) y estaban más pendientes del por qué se sentían como lo hacían y si no era una trampa de su pensamiento y les gustó comprobar con observaciones e investigaciones, a través de tareas, que lo que pensaban anticipadamente no ocurría en la realidad.
- Con los niños(as) más pequeños, demorábamos para llenar el cuadernillo, lo que hacía más extensa la sesión con ellos. Les encantó hacer de robot y muñeco de trapo; le gustaba practicar la relajación y trasladar su imaginación a sus lugares preferidos e imaginarse haciendo las cosas.
- Tienden a ser dependientes de su afecto y de lo que piensen los demás. Es importante el exigirse quedar bien y al ofrecerles un pensamiento alternativo se sentían más aliviados. Algunas veces lo aceptaban y aplicaban ellos solos, pero con los temores más arraigados (a que lo maten, al rechazo, a decir charla o fracasar en un examen) tuvimos que practicar varias veces con tareas conductuales como (roles de juego, ataques de la vergüenza, aikido verbal y tarjetas de afrontamiento, entre otros).

- La conducta de los niños se iba verificando con el reporte de las tías, de las psicólogas de la aldea, con la observación que manifestaba el niño en la terapia. Al realizar las tareas, se reforzaba por medio de economías de fichas, dando todos los días una galleta o calcomanía o un dibujo para pintar si hacían las tareas y cada cuatros sesiones un regalito de acuerdo a lista de cosas que deseaban (binchas, carros, aretes, robots, etc.).

5.4.3 Resultados obtenidos en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños(as)

Antes del tratamiento

- Los niños(as) se ponían nerviosos cuando las cosas no les salían como quieren, perciben que las cosas son más fáciles para otros, están preocupados todo el tiempo, le temen a muchas cosas, se enojan con facilidad, les preocupa lo que la gente piense de ellos, les preocupa su futuro, algunos tienen pesadillas, sienten que alguien les va decir que hacen mal las cosas, se despiertan asustados algunas veces, les cuesta concentrarse en sus tareas escolares, se mueven mucho de su asiento, se consideran nervioso(a) y les preocupa que algo malo les pase.

Después del tratamiento:

- No están preocupado todo el tiempo, ni se sienten nerviosos si las cosas no salen como ellos piensan, pueden dormir en las noches, les sigue preocupando lo que la gente piense de ellos, piensan que para otros la vida es más fácil, pueden concentrarse en las tareas escolares, no se perciben como nerviosos y si les preocupa que les pase algo malo.

5.4.4 Resultados obtenidos en la Batería de socialización BAS

Antes del tratamiento:

- En Las escalas facilitadoras de socialización (liderazgo, jovialidad, sensibilidad social y respeto autocontrol) observamos moderado niveles de socialización. Las cuidadoras consideran que los niños(as) destacan en primer lugar el respeto-autocontrol asumen reglas y normas sociales, en segundo lugar la despreocupación hacia los demás en particular aquellos que tienen problemas o son rechazados, en tercer lugar muestran introversión y por último muestran poca confianza en si mismos. En las escalas perturbadoras: observamos que las puntuaciones antes del tratamiento resultaron elevadas para la escala Apatía-Retrainimiento, seguida de Ansiedad-Timidez y en tercer lugar Agresividad-Terquedad.

Después del tratamiento:

- Los resultados ponen de manifiesto que los niños (as) manifiestan buenos niveles de socialización (según la cuidadoras) ya que la puntuación media los sitúa en 60 después de concluido el tratamiento.
- Así mismo observamos que las puntuaciones mejoraron y las cuidadoras consideran que los niños (as) destacan en primer lugar en respeto –autocontrol, segundo de sensibilidad social, jovialidad en tercer lugar y liderazgo en cuarto lugar.
- En relación a las puntuaciones en las escalas perturbadoras disminuyeron. En primer lugar ansiedad- timidez, seguido de apatía retraimiento y aumento la escala agresividad terquedad.

5.4.5 Acerca de las Hipótesis Estadísticas

- La hipótesis N° 1 no fue corroborada, al obtener una $t_o = -1.044$ es mayor que la $t_c = \pm 2.262$ puede decirse que en el grupo control los resultados en la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños antes y después no existen diferencias, por lo que los niveles de ansiedad se mantienen.
- La hipótesis N°2 fue corroborada, al obtener una $t_o = 3.648$ mayor $t_c = \pm 2.262$ si hay evidencia estadística para rechazar la Hipótesis nula y confirmar la de hipótesis de investigación, lo que significa que

en el grupo experimental la ansiedad disminuyó después del tratamiento.

- La hipótesis N° 3 no fue corroborada, al obtener una $t_o = 0.255$, es menor $t_c = \pm 2.101$, no existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula por lo que los niveles de ansiedad total son los mismos tanto para el grupo control como para el experimental, antes del tratamiento.
- La hipótesis N°4 fue corroborada, al obtener una $t_o = 4.755$ es mayor $t_c = \pm 2.101$, observamos que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación por lo que existe diferencias significativas entre los niveles de ansiedad antes y después del tratamiento en el grupo experimental, lo cual significa que la ansiedad disminuyó.
- La hipótesis N°5 no fue corroborada, al obtener una $t_o = -2.004$ es menor $t_c = \pm 2.262$, lo cual significa que no existe evidencia significativa para rechazar la hipótesis nula por lo que no existe diferencias antes y después en la Bateria de socialización, en el grupo control.
- La hipótesis N° 6 fue corroborada, al obtener una $t_o = -4.123$ es mayor que $T_c = \pm 2.262$, si existe evidencia para rechazar la hipótesis nula lo que indica que existe diferencias significativas entre antes y después del tratamiento, en el grupo experimental en cuanto a la Bateria de socialización. Las subescalas en cuyas diferencias fueron significativas son Liderazgo, Jovialidad, Apatia-retraimiento, Ansiedad-timidez y en Criterial-Socialización.

- La hipótesis N°7 fue corroborada, al obtener una $t_o = 2.961$ es mayor que $t_c = \pm 2.101$ por lo que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, lo cual significa que existen diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control antes del tratamiento en la batería de socialización BAS-2 (jovialidad, sensibilidad social, respeto autocontrol, ansiedad-timidez y criterio socialización) según cuidadoras. No se encontró diferencias en las subescalas de liderazgo, agresividad-terquedad y apatía-retraimiento.
- La hipótesis N°8 no fue corroborada, al obtener una $t_o = 0.644$ es menor $t_c = \pm 2.101$ no existe evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula por lo que no existe diferencias significativas en las escalas liderazgo, jovialidad, agresividad-terquedad y criterio socialización, es decir que las puntuaciones en estas Escalas, se mantuvieron iguales en el grupo experimental y en el grupo control. Se encontró diferencia en las Escalas sensibilidad social, respeto-autocontrol, apatía-retraimiento, ansiedad-timidez según la percepción de las cuidadoras.

CONCLUSIONES

Este estudio investigó el efecto de la intervención terapéutica para la ansiedad generalizada en niños (as), utilizando la terapia cognitiva –conductual. Los resultados apuntan hacia diversas conclusiones que presentamos a continuación:

- Que en el grupo control y grupo experimental antes del tratamiento, no se observaron diferencias significativas, de lo que se deduce que tenían características similares, hecho que se corrobora por las condiciones de riesgo social de la muestra, por su pensamiento catastrófico de temor, conductas evitativas, hipervigilancia de lo que ocurre a su alrededor, problemas para relacionarse, inquietud, irritabilidad y tensión muscular todos ellos, características significativas de acuerdo al DSM-IV-TR, junto la historia clínica y conducta observada, permiten establecer el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Que en la Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños en el grupo experimental antes y después, se observaron diferencias significativas, lo que sugiere que el tratamiento cognitivo conductual empleado, fue efectivo para disminuir la ansiedad.
- Que no se observan diferencias significativas, en la Bateria de Socialización en general en el grupo control, sólo en la escala de sensibilidad social.
- Que existen diferencias significativas, entre antes y después del tratamiento en el grupo experimental en cuanto a la Bateria de Socialización. Las subescalas en cuyas diferencias fueron significativas son liderazgo, jovialidad, apatía-retraimiento, ansiedad-timidez y en Criterial-Socialización.

- Que comparar el grupo control y grupo experimental después del tratamiento se observan que las escalas facilitadoras aumentaron y disminuyeron las perturbadoras en el grupo experimental, en relación al grupo control. Los niveles de agresividad en ambos grupos no cambiaron, es decir fueron iguales.
- Que la meta de la terapia cognitiva es estimular el cambio de ideas, creencias, atribuciones, mediante la disminución de las ideas negativas de sí mismo, del mundo y del futuro.
- Que entre los cambios conductuales y cognitivos observados en los niños (as) que formaron parte del grupo experimental, se pueden mencionar: mayor concentración al estudiar, mejores relaciones sociales con sus compañeros y tías en las aldeas, la aceptación y manejo de sentimientos tales como tristeza, preocupación y miedo, conciencia de cambio de humor, el exponerse a las situaciones temidas y ser consciente de sus recursos, al aceptación de sus pensamientos negativos de sí mismo y de los demás.
- Que los cambios observados antes mencionados, fueron observados de varias maneras una de las que fue a través del análisis de las respuestas dadas a la escala de ansiedad manifiesta en niños, en el que se evidenció cambios estadísticamente significativos entre las mediciones. Los cambios observados de conducta en la Batería de Socialización, de acuerdo a la opinión de las tías. También algunas formas de comportamiento durante las sesiones tales como mayor capacidad de expresar ideas y sentimientos, colaborar en dinámicas de grupo, en ser asertivos al preguntar cuando no entendían y en ser responsables al realizar las tareas.

- Que las historias de los niños (as) que formaron parte de esta investigación, incluyen la experiencia de múltiples factores de riesgo para la ansiedad, entre los que incluye: separación o muerte de uno de los padres, cambios frecuentes de cuidadores, ruptura de vínculos afectivos, historia de abuso, maltrato y consumo de drogas por parte de padres y prostitución. Lo anterior nos lleva a observar en la Escala de Actitudes Disfuncionales que los niños(as) tienden a ser dependientes, les importa mucho las críticas y opiniones de otros, se sienten carentes de afecto, exigen y demandan atención de no conseguirlo se frustran y entristecen. Poseen muchas creencias de abandono, de ser imperfectas de perder el control y desconfianza. Lo cual mejoro con la terapia, pero las creencias nucleares de abandono y desconfianza prevalecen.

RECOMENDACIONES

Después de todo lo expuesto, a través de los hallazgos obtenidos en este estudio podemos sugerir lo siguiente:

- Cuando se trata de niños (as) con ansiedad generalizada y que proviene de poblaciones con historias similares a la que participaron en este estudio sería beneficioso incluir sesiones para trabajar la auto aceptación del niño(a) de tal manera, que se pudiera de alguna forma modificar o intentar trabajar creencias nucleares significativas en la vida de estos niños(as).
- En relación a la literatura teórica y estudios consultados que la ansiedad a largo plazo conlleva a la depresión, sería beneficioso el seguimiento de estos casos para su debida atención y de esta manera disminuir los riesgos.
- De manera fundamental, involucrar a las cuidadoras (tías), en el tratamiento de estos niños, para que estén consciente que sus mismas conductas influyen en las ansiedades del niño, para que no les refuercen sus conductas miedosas o de seguridad como por ejemplo, mantener luces prendidas de noche, amenazarlos con que le van a salir fantasmas o brujas y contribuir a mantener en el niño conductas evitativas, que mantiene el miedo porque no enfrenta la situación temerosa.
- Continuar practicando el plan temor y estrategias de afrontamiento, para habitar la conducta en habilidades sociales, lo cual es doblemente significativo en niños con las características de la población de estudios.
- Otros estudios que permitan mayores hallazgos sobre el tema, dado la comorbilidad que existe de este trastorno.
- En futuras intervenciones desarrollar un programa de intervención que se diseñe para las cuidadoras de los niños (as) para lograr mejores resultados, que aprendan el modelo ABC y lo utilicen.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1ra Edición. Editorial Masson. Barcelona, España.

Anderson J.C.; Williams, S.; Mc Gee, R Y Silva P.A. (1987) Disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population.

Archives of general Psychiatry, 44, 69-76.

Ayuso, G.L. (1992). Manual de psiquiatría. España: McGraw Hill.

Barlow, D., Cohen A., Wadell, M y col (1984) Panic and generalized anxiety disorder: nature and treatment *Behavior Therapy* 15, 431-449.

Barlow, D.; Wines J. DSMIV and Beyond: What is generalized anxiety disorder? *Acta Psychiatr Scand* 1998 (Suppl. 303) 23-29.

Barret, P.M. (2000) Treatment of childhood anxiety. *Developmental aspects Clinical Psychology review* 20, 479-494.

Beck, G., Emery, R. L. Greenberg (1985) Los trastornos de ansiedad y fobias una perspectiva cognitiva. The Guilford Press, New York.

Benedito Ma. C.; Botella, C. (1992). El tratamiento de la Ansiedad Generalizada por medio de procedimientos cognitivo-comportamentales. *Psicothema* vol. 4, Pp 479-490.

Bokovec T.D. & Roener (1995) Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of behavior. Therapy and Experimental Psychiatry* 26, 25-30.

Boulenger J.P. y Capdevielle D. (1997) Semiología de los trastornos de ansiedad y fóbicos.

Bowman, E. S., & Numberger, J. I. (1993). Genetics of psychiatric diagnosis and treatment. En D. L. Dunner (Ed.), *Current psychiatric therapy* (pp 46-53).

Brawman-Mintzer (2001). Pharmacologic treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clin North Am*; 24(1)119-37.

Bungue, E., Mandil, J., Gomar, M. 2010. Manual de terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes. Primera edición, editorial Polemos, Buenos Aires.

Caballo, Vicente; Simón, Miguel. (2007) Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente (trastornos Generales). Editorial Pirámide. Madrid. España 2007. (pág. 248).

Camarini, Julio Obst. Introducción a la Terapia Cognitiva Teoría, Aplicaciones y Nuevos Desarrollos. Primera edición. Argentina. 2005.

Chavira D. A., Stein M. B., Bailey K., & Stein, M. T. (2004). Childhood anxiety disorders in primary care: Prevalent but untreated. Depression and Anxiety. 20, 155-64.

Craske M.G. Pontillo D.C. (2001). Cognitive biases in anxiety disorders and their effect on cognitive behavioral treatment. Bull Menninger Clinical. 65 (1), 58-77.

Dantagnan, M.; Barudy, J. (2005) Los buenos tratos en la Infancia . Parentalidad, apego y resiliencia, editorial Gedisa. pág 256.

Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D., y Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 821-825.

Dugas, provencher, ladouceur, Comorbidity in generalized anxiety disorder. prevalence and evolution following a cognitive-behavior therapy. *Red edge Psychiatry* N° 51, february 2, 2006

Echeburúa, E. (1993a). Ansiedad crónica: Evaluación y tratamiento. Madrid: Eudema

Eisen A. R. Y silverman, W.K (1998) . prescriptive treatment for generalized anxiety disorder in children. *Behavior therapy*, 29, 105-121.

Falcoff A.D. (2000). Trastorno por ansiedad generalizada: revisión bibliográfica. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 549-555.

Friedberg, R. D.; McClure, M.J. Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: Conceptos esenciales (2005) Editorial Paidós. España Barcelona
Friedberg, Robert; Jessica McClure. Práctica Clínica de terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. 2011. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina, (pág. 421).

George, C., Solomon, J. (1999). The Development of Caregiving: A Comparison of Attachment Theory Psychoanalytic approaches to Mothering *Psychoanal. Inq* 19: 618-646.

Henry, Tania. (2001). *Características Psicosociales, modelos de crianza y patrones de comunicación de las madres/tías S.O.S. de la República de Panamá*

Hernández s, Roberto (2003). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw-Hill/interamericana, Editoras, S. A México.

Hudson, J.L., Hughes, A.A. & Kendall, P.C. (2004). *Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents*. En P. M. Barrett & T. H. Ollendick (Eds.). *Handbook of Interventions that work with Children and Adolescents. Prevention and Treatment*. (pp 115-143). Chichester: Wiley.

Jack Levin. *Fundamentos De Estadística En La Investigación Social*. Editorial Harla S A. 1979. México.

Jiménez, Manuel. *Tratamiento psicológico de problemas infantiles* Editorial Aljibe, Madrid España. 1997. (371 pág).

Jiménez, Manuel. *Tratamiento Psicológico de Problemas Infantiles: Entrenamiento en competencia social*. 1997. Ediciones Piramide. Madrid. España.

Kaplan and Sadock's : *American Psychiatric Press*, 2000. - *Synopsis of Psychiatry*, 9th edition.

Kendall, P. traducción Kosovsky.R. *El Gato valiente, Cuaderno de Actividades*. Editorial Akadia. Buenos Aires. Argentina 2009

Kendall, P. traducción Kosovsky.R. *Tratamiento Cognitivo-Conductual para trastornos de ansiedad en Niños. Manual para el terapeuta*. Librería. Editorial Akadia. Buenos Aires, Argentina. 2010.

Kendall, P.C. & Pimentel, S. (2003) *On the Physiological Symptom constellation in youth with generalized anxiety disorder*. *Journal of anxiety disorders*, 17, 211-221.

Kessler, R.C., Mc Gonagle, K.A., Zhao, S., y col (1994). *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey* *Arch Gen Psychiatry* 51, 8-19.

Ladouceur, R., Talbot, F. y Dugas, M.J. (1997). *Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry*. *Behavior Modification*, 21, 355-371.

Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (2000). *Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.

Lang, P. (1968). *Fear Reduction and Fear Behavior: Problems in Treating a Construct*. En J.H. Shilen *Research in psychotherapy*, Vol. III, Washington: American Psychological Association.

Leahy R.L. Holland S.T. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press Lewis S. *Anxiety Disorders*. National Institute of mental Health U.S. department of Health and Human, 2010

Maier, W., Gansicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., y Lecrubier, Y. (2000) *Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: A valid diagnostic entity?* *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 29-36.

Mathews, A., & MacLeod, C. (1994). *Cognitive approaches to emotion and emotional disorders*. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.

Moreno, S. Martorell, M^o.C. *Manual Bateria de Socialización 1-2*. Ediciones TEA. Madrid, 2001. 4^{ta} edición.

Morris, T.L., Hirshfeld-Becker, D.R., Henin, A. & Storch, E.A. (2004) *Developmentally sensitive assessment of social anxiety*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 13-28.

Mohammad Naghi Namakforoosh. *Metodología DE LA Investigación*. Editorial Limusa. Grupo Norega Editores 1992. Mexico.

Papp L.A.; Klein D.F. Gornor J.M. (1995) *Carbon Dioxide Hypersensitivity, hypersentitation, and panic disorder*. *Am J Psychiatry* 150: 1149-1157.

Pérez A. Fernández Hermida Y Col. (2003) *Guía de Tratamientos psicológicos eficaces II. Infancia y adolescencia*. Madrid. Ediciones. Pirámides.

Pilar Baptista Lucio *Metodología De La Investigación*. Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill. 1998 México.

Portela, A., Vetere, G. y Rodriguez B. *Perfil de Personalidad de pacientes con trastorno de Ansiedad generalizada* (2007). *Vertex. revista de Psiquiatría*, vol. XVI, pág 129-134.

Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2002). *Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models*. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9, 54-6

Reynolds; C.; Richmond; B. *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada*. Manual Moderno, 1997. México.

Rodríguez, José y colaboradores. *Trastornos de Ansiedad*. Ediciones, Pirámide, Madrid, España, 1999 (241 pág).

Ruiz, S. J.; Cano, S.; J. *Manual de psicoterapia cognitiva. Tratamiento de los Trastornos por Ansiedad*. 1999. Editorial: R&C

Rynn MA, Siqueland L, Rickels K. Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001;158(12):2008-2014.

Schatzberg, Alan F.; Nemeroff, Charles B. (2009). *Tratado de psicofarmacología*. Barcelona: Elsevier España. pp. 1384

Stone, Michel. *Historia de los trastornos de ansiedad*. Aeroméxico. Mexico 2011.

Tonks A. (2003). Extracts from "Best Treatments": treating generalized anxiety disorder. *BMJ* 2003; 326:700-2.

Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 526-535.

Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.

Wells, A. y Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585-594.

FOLLETOS

Aldeas de Niños SOS. *Nuevas informaciones de las Aldeas de Niños*. Enero, 2000. Publicación: editorial SOS Kinderdorf, Staffertrasse 19°, A-6020 Innsbruck. Austria. Redacción: Ing. Herbert Genser. Sappl. Kufstein.

Bravago y Alvarez. *Estudio español realizado por la Fundación Jiménez Díaz, publicado en la revista 'European Child and Adolescent'*.

CETECIC (2003) Minici, Ariel, Rivadeneira C y Jose Dahab. *Trastorno de ansiedad generalizada. Tratamiento cognitivo conductual*. Revista 5 de terapia Cognitivo conductual

Cía. Alfredo H. (2007). *Association Argentina Trastorno de ansiedad generalizada. Actualización y diagnóstico Y terapéutica*. Vol. XVI. *Revista Argentina de Clínica psicológica* 29-33.

Jiménez, J. (2000). Revista de la Asociación de las Aldeas Infantiles SOS Panamá.

SOS Panamá. Asociación de Aldeas Infantiles SOS de Panamá. Redacción y edición: Ayneth G. Cuellar Cenci. Departamento de Relaciones Públicas y Padrinazgo. Impreso Central Print. 1999.

SOS Panamá. Centro de Formación SOS Hermann Gmeiner y calidad SOS. Acciones realizadas para madres/tías SOS.

ANEXOS

ALDEAS INFANTILES SOS

CONTRATO Voluntario

Yo, _____, por medio del presente contrato me comprometo a recibir un tratamiento psicológico con sesiones grupales e individuales, con la finalidad de reducir mis temores y ansiedad.

Al firmarlo me comprometo asistir puntualmente a las veintiséis sesiones programadas, una vez por semana todos los sábados en un horario de 9:00 a 12:00 pm. (De ser necesario los martes de 2:30 a 5:00 p.m.).

Además de participar activamente en las sesiones y cumplir con las tareas que se asignen para la casa.

Firma del Director de las
Aldeas

Firma del paciente

Firma de terapeuta

Fecha: _____

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, PhD



Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, 06100 México, D.F.
Editorial El Manual Moderno, Guatemala, Ltd.
Carretera 19-4 No. 19-0000, Alajuela, C.R.

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Sexo (encierra uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: _____

Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra "Si" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "No". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques "Si" y "No" en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate "¿Así soy yo?" Si es así, encierra en un círculo "Si". Si no es así, marca "No".

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escolar
Total:	_____	_____	_____
I	_____	_____	_____
E	_____	_____	_____
SE	_____	_____	_____
ME	_____	_____	_____

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Traducido y reimpreso con autorización © 1987 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206 Col. Hipódromo, 06100 México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

Nota: Este material está impreso en **PLUMA Y NEGRO**.
No lo acepte si está en un solo color.

GRUPO EXPERIMENTAL

Historia Clínica	
I. DATOS DE FILIACIÓN:	
Nombre:	A.V. (1)
Edad:	10 años
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	24 de julio de 2001
Fecha de Ingreso:	23 de marzo de 2011
Residencia Actual:	Aldeas Infantiles SOS
Escuela:	Octavio Méndez Pereira
Grado:	V
Caso Social:	Maltrato
II. ENUMERACIÓN DE SÍNTOMAS	
Nivel Cognitivo:	"No puedo hacerlo", "Pienso que soy Torpe", "Me voy a quedar este año". "Nunca hare nada bien".
Nivel Afectivo:	Ansiedad constante, Temor, Inseguridad, preocupación, soledad, tristeza, vacío, labilidad emocional.
Nivel Conductual:	Agresividad, rebeldía, dificultad para relacionarse, obedecer las reglas y normas, evita situaciones temerosas y berrinches.
Nivel motivacional:	Superar sus temores y llevarse bien con los demás.
Nivel Físico:	Palpitaciones aceleradas, dolor de barriga, sudoración.
Datos objetivos:	- CMAS-R (Escala Manifiesta de Ansiedad Para Niños) - BAS 2 (Batería de Socialización 2) - Escala de Actitudes Disfuncionales. (EAD).
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. ÁREAS AFECTADAS EN LA VIDA DEL SUJETO:	
	- Apego inseguro y ansioso - Autovalía disminuida - Bajos recursos económicos y cultural - Baja tolerancia a la frustración - Agresividad - Dificultad para vincularse. - Problemas en la escuela
IV. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL:	
	Presenta problemas en la escuela se distrae, no copia y tiene dificultad para concentrarse, su estado de ánimo es variable, no obedece órdenes y hace berrinches. En las noches tiene pesadillas y frecuentemente está ansiosa.
V. HISTORIA FAMILIAR:	
	A.V. es la única mujer de cuatro hermanos, proviene de un hogar disfuncional, con fuerte problemas económicos, su madre los maltrata y no les brinda las necesidades básicas. Es por ello que es referida junto a su hermano menor a la casa hogar en Coclé. Tiene una fuerte necesidad de ser aceptada y validada por lo que muestra conducta vicaria, es rebelde, hace berrinches cuando no quiere obedecer. Percibe la vida como peligrosa y tiene varios temores.
VI. DISTORSIONES COGNITIVAS:	
	- Leer la mente: "Los demás piensan que soy torpe". - Adivinar el futuro: "No voy a poder superar mis temores" - Catastrofizar: "Es terrible no tener amigos" - Maximizar: "Mis temores son muchos" - Minimizar: "No creo poder con eso" - Sobregeneralización "esto me ocurre a mí todo el tiempo. Fracaso en muchas cosas".
VII. CONTENIDO DE CREENCIAS IRRACIONALES	
	- Vulnerabilidad al daño: "me dan miedo los truenos, me pueden matar" - Miedo a perder el control: "No puedo soportar el miedo es más fuerte que yo" - Desconfianza/abuso: "El mundo me parece un lugar inseguro" - Aislamiento social: "Me cuesta hacer amigos nuevos" - Defectuosidad: "Hay algo malo en mí que mi mamá no me quiere" - Incompetencia: "Voy a fracasar en ese examen" - Autocontrol: "si permito hacer lo que ellos quieren soy débil"

Historia Clínica	
I. DATOS DE FILIACIÓN:	
Nombre:	A. P. (2)
Edad:	10 años
Sexo:	Masculino
Fecha de Nacimiento:	24 de octubre de 2001.
Fecha de Ingreso:	2 de febrero de 2011.
Residencia Actual:	Aldeas Infantiles SOS
Escuela:	Manuel Amador
Grado:	IV
Caso Social:	Negligencia
II. ENUMERACIÓN DE SÍNTOMAS	
Nivel Cognitivo:	"Es terrible estar lejos de casa" " Si me esquivó, se reirán de mí, no podre soportarlo"
Nivel Afectivo:	Ansiedad, temor, irritabilidad, preocupación, soledad y rasgos depresivos
Nivel Conductual:	Evita situaciones temerosas, dificultad para relacionarse, algunas veces hace berrinches, problemas para concentrarse en la escuela.
Nivel motivacional:	Superar sus temores y hacer amigos.
Nivel Físico:	Tensión muscular en general, sudoración palpitaciones aceleradas y dolor abdominal.
Datos objetivos:	- CMAS-R (Escala Manifiesta de Ansiedad Para Niños) - BAS 2 (Batería de Socialización 2) - Escala de Actitudes Disfuncionales. (EAD).
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. ÁREAS AFECTADAS EN LA VIDA DEL SUJETO:	
	- Autovalía disminuida - Bajos recursos económicos y cultural - Baja tolerancia a la frustración - Agresividad - Dificultad para vincularse. - Problemas en la escuela
IV. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL:	
	Dificultad para concentrarse y por eso cuando va ser el examen se le olvida lo que estudio, le cuesta dormir por las noches porque cree que le va pasar algo malo y extraña mucho a su familia. Esto le ocurre frecuentemente desde hace un año, además se le dificulta hacer amigos. Extraña a su hermano de 2 años que falleció.
V. HISTORIA FAMILIAR:	
	A P Proviene de una familia disfuncional de extrema pobreza, tiene cinco hermanos vivos, el menor de dos años murió por parásitos, cuando A tenía 8 años. Su hermana mayor por parte de madre de 16 años, fue abusada por el padre de este. Por lo que los niños fueron retirados a la Casa Hogar de Sona donde permanecieron hasta el año pasado. Muestra problemas para concentrarse en la escuela y extraña a su familia.
VI. DISTORSIONES COGNITIVAS:	
	- Leer la mente: "En la escuela los otros niños piensan que soy diferente " - Adivinar el futuro: "voy a fracasar en ese examen" - Catastrofizar: "sería desastroso si fracasara" - Maximizar: "Mis miedos son más fuertes que yo" - Minimizar: "He llegado a cuarto grado de a suerte"
VII. CONTENIDOS DE CREENCIAS IRRACIONALES	
	- Dependencia: "No soy nadie sin mi familia" - Abandono/ pérdida: "miedo a perder a mis padres y otros hermanos" - Desconfianza: "el mundo no me parece un lugar seguro" - Aislamiento social: "me cuesta hacer amigos" - Defectuosidad: "no me gustan que me critiquen o lleven la contraria". - Incompetencia: "me cuesta mucho estudiar y salir bien" - Autodisciplina Insuficiente: "me enoja cuando no puedo hacer lo que quiero".

Historia Clínica	
I. DATOS FILIACIÓN	
Nombre:	L. V (3)
Edad:	10 años
Sexo:	Masculino
Fecha de Nacimiento:	5 de marzo de 2001
Residencia Actual:	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso:	24 de enero de 2008
Escuela:	Ricardo Miró
Grado que cursa:	V
Caso social:	Maltrato
II. ENUMERACIÓN DE LOS SÍNTOMAS	
Nivel Cognitivo:	• "No puedo hacerlo" • "Es terrible" • "Soy torpe" • "Todo me preocupa y angustia"
Nivel Afectivo:	Temor, miedo, angustia, ira, tristeza, vacío.
Nivel Conductual:	Evita situaciones temerosas, huye, grita de rabia e impotencia, inquietud, irritabilidad, demanda de atención
Nivel Motivacional:	Superar sus temores y facilidad para relacionarse socialmente.
Nivel Físico:	Palpitaciones aceleradas, sudoración, dolor de barriga y cabeza.
Datos objetivos:	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños). • BAS 2 (Batería de socialización). • EDA (Escala de Actitudes Disfuncionales).
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. ÁREA AFECTADA EN LA VIDA DEL SUJETO	
	• Problemas para concentrarse en la escuela. • Ausencia de figura paterna • Autovalía disminuida • Economía y cultura escasa. • Apego inseguro y ansioso • Dificultad de vinculación • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad
IV. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL	
	Se siente triste por estar lejos de sus abuelos y hermana menor. Es impulsivo, inquieto y le cuesta obedecer reglas y normas. En la escuela le cuesta concentrarse, tiene pocas amistades. Manifiesta sentir temor de quedarse solo.
V. HISTORIA FAMILIAR:	
	LV es tercero de seis hermanos, su madre ha tenido varias uniones conyugales. El menor fue víctima de maltrato por parte de unos de su padrastro. La madre de L. observa conducta inadecuadas de prostitución y negligencia con sus hijos de allí que solo tiene la custodia de la bebe de 9 meses. La tiene problema para relacionase y para concentrarse en al escuela.
VI. CONTENIDO DE CREENCIAS IRRACIONALES	
	• Maximiza: es terrible estar solo. • Minimizar: "Soy torpe". • Catastrofizar: "no podre soportarlo" • Sobre generalización negativa: "Esto me ocurre a mi todo el tiempo. Le temo a muchas cosas". • Culpar: "ellos tienen la culpa de que me enoje"
VII. DISTORSIÓN COGNITIVA	
	• Abandono: "Me siento triste de no estar con mi madre" • Abuso: "Otros me harán daño". • Vergüenza: "no merezco ser querida" • Aislamiento Social: "me cuesta relacionarme, temo que me rechacen" • Incompetencia: "debo ser útil o la vida no tiene sentido" • Defectuosiad: "no soporto que la gente me rechace o critique". • Miedo a perder el control: "Mi estado de ánimo se debe principalmente a factores que está fuera de mi control. • Deprivación emocional: "si tengo dificultades emocionales o de conducta es que mis padres han fallado en algún aspecto importante".

Historia Clínica

I. DATOS FILIACIÓN	
Nombre:	R.V. (4)
Edad:	11 años
Fecha de Nacimiento:	27 de septiembre de 2000
Residencia Actual:	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso:	19 de diciembre de 2007
Escuela:	Manuel E. Amador
Grado que cursa:	VI grado
Caso social:	Negligencia y riesgo social
II. ENUMERACIÓN DE LOS SÍNTOMAS	
Nivel Cognitivo:	Percebe los problemas como abrumadores, soy torpe, si la gente importante para mí me rechaza significa que algo malo sucede conmigo.
Nivel Afectivo:	Angustia, miedo, ansiedad constante, tristeza, irritabilidad, ira y vacío
Nivel Conductual:	Problemas para relacionarse, problemas de memoria concentración, impulsividad, inquietud, y agresividad, enuresis, cleptomanía y evitaciones.
Nivel Motivacional:	Quisiera enfrentar el miedo y superarlo y llevarse mejor con los demás.
Nivel Físico:	Come ansiosamente, palpitación acelerada, dolor en el tórax, taquicardia, trastorno del sueño y falta de apetito.
Datos objetivos:	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños). • BAS 2. (Batería de socialización). • EAD (Escala de Actitudes Disfuncionales).
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. ÁREA AFECTADA EN LA VIDA DEL SUJETO	
	• Problemas para concentrarse en la escuela. • Ausencia de figura paterna • Autovalía disminuida • Economía y cultura escasa. • Apego inseguro y ansioso • Dificultad de vinculación • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad
IV. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL	
	Muestra problemas de conducta, irritabilidad, agresión, impulsividad, poca tolerancia a frustración, se le pasa pelando con su compañeros. Se preocupa porque no puede concentrarse en la escuela, cree que el mundo es injusto. Culpa a la madre por no haberla cuidado.
V. HISTORIA FAMILIAR:	
	Es la tercera de seis hermanos producto de uniones diferente de la madre, en su hogar existen fuertes carencias económicas, inadecuados patrones de crianza. Su padrastro abuso de ella por lo que es retirada del hogar por protección. Su madre la visita en las aldeas a ella y a su hermana, trabaja en casa de familia.
VI. DISTORSIÓN COGNITIVA	
	• Minimizar: "Soy torpe". • Catastrofizar: "no podre soportarlo" • Sobre generalización negativa: "Esto me ocurre a mí todo el tiempo. Le temo a muchas cosas".
VII. CONTENIDO DE CREENCIAS DISFUNCIONALES	
	• Maximiza: es terrible estar solo. • Culpar: "ellos tienen la culpa de que enoje" • Defectuosidad: "no soporto que la gente me rechace o critique". • Miedo a perder el control: "Mi estado de ánimo se debe principalmente a factores que está fuera de mi control. • Deprivación emocional: "si tengo dificultades emocionales o de conducta es que mis padres han fallado en algún aspecto importante". • Abandono: "Me siento triste de no estar con mi madre" • Abuso: "Otros me harán daño". • Vergüenza: "no merezco ser querida" • Aislamiento Social: "me cuesta relacionarme, temo que me rechacen" • Incompetencia: "debo ser útil o la vida no tiene sentido"

Historia Clínica	
I. DATOS DE FILIACIÓN:	
Nombre:	J.V. (S)
Edad:	11 años
Fecha de Nacimiento:	23 de junio de 2000
Fecha de Ingreso:	21 de marzo de 2011.
Residencia Actual:	Las Aldeas Infantiles SOS
Escuela:	Manuel E. Amador
Grado:	VI
Caso Social:	Maltrato
II. ENUMERACIÓN DE SÍNTOMAS	
Nivel Cognitivo:	"La mayoría de las personas son agresivas" "Soy torpe" "No puedo poder controlarme cuando sucede algo malo"
Nivel Afectivo:	Ansiedad constante, Temor, inseguridad, preocupación, soledad, tristeza y vacío.
Nivel Conductual:	Agresividad, rebeldía, dificultad para expresarse y relacionarse, evita situaciones temerosas,
Nivel motivacional:	Superar sus temores y hacer amistades
Nivel Físico:	Tensión muscular, sudoración, dolor de cabeza, dolor de barriga y palpitaciones aceleradas
Datos objetivos:	- CMAS-R (Escala Manifiesta de Ansiedad Para Niños) - BAS 2 (Batería de Socialización 2) - Escala de Actitudes Disfuncionales. (EAD).
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. ÁREAS AFECTADAS EN LA VIDA DEL SUJETO:	
	- Apego inseguro y ansioso - Autovalía disminuida - Bajos recursos económicos y cultural - Baja tolerancia a la frustración - Agresividad - Dificultad para vincularse. - Problemas en la escuela
IV. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL:	
	J presenta problemas para concentrarse en la escuela, no termina de copiar a veces y esta distraído. Además le cuesta relacionarse, hipersensible a críticas y le cuesta dormir por las noches, este problema lo viene presentando hace un año.
V. HISTORIA FAMILIAR	
	J es el segundo de cuatro hermanos, víctima de maltrato por parte de madre y padrastro, por lo que no quiere regresar con ella. El padre biológico no tiene un hogar estable por lo que el menor permanece en la aldea. Manifiesta problemas en la escuela para concentrarse y estudiar y le cuesta dormir por las noches.
VI. Distorsiones Cognitivas:	
	- Adivinar el futuro: "Voy a fracasar en el examen" - Catastrofizar: "Sería desastroso si se me olvida la charla" - Maximizar: "Se me acaba el mundo si fracaso el año" - Minimizar: "No se si pueda superar mis temores"
VII CONTENIDO DE CREENCIAS IRRACIONALES	
	- Vulnerabilidad al daño: "la mayoría de las personas son de temer" - Miedo a perder el control: "cuando me enoja no puedo controlarme, siento que voy a explotar". - Deprivación emocional: "si un niño tiene dificultades emocionales o de conducta, esto demuestra que sus padres han fallado en algún aspecto." - Desconfianza/abuso: "Si lo permito los demás abusaran de mi" - Aislamiento social. "me cuesta hacer amigos" - Defectuosidad: "debe haber algo malo en mi que mi mamá no me quiere" - Incompetencia: "Me cuesta estudiar y hablar en público". - Autocontrol: "Cuando me enoja o siento que quieren molestar reacciono agresivamente".

Historia Clínica

I. DATOS DE FILIACIÓN:	
Nombre:	A. G. (6)
Edad:	10 años
Fecha de Nacimiento:	9 de septiembre de 2001.
Fecha de Ingreso:	17 de marzo de 2006.
Residencia Actual:	Aldeas Infantiles SOS
Escuela:	Ricardo Miró
Grado:	V
Caso Social:	Negligencia
II. ENUMERACIÓN DE LOS SÍNTOMAS	
Nivel Cognitivo:	"Necesito la aprobación de los demás para ser feliz". "algo hay malo en mí cuando me han dejado solo" "No merezco ser querible". "El mundo me parece un lugar inseguro y no soporto que me contradigan".
Nivel Afectivo:	Preocupación, temor, desamparo, vacío, ira, rebeldía y tristeza.
Nivel Conductual:	Pelarse con los compañeros, evitar, aislarse, trastorno del sueño, rebeldía, irritabilidad e, inquietud.
Nivel Físico:	Dolor de cabeza, taquicardia, mariposas estomacales y sudoración.
Datos objetivos:	- CMAS-R (Escala Manifiesta de Ansiedad Para Niños) - BAS 2 (Batería de Socialización 2) - Escala de Actitudes Disfuncionales. (EAD).
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. ÁREAS AFECTADAS EN LA VIDA DEL SUJETO:	
	- Autovalía disminuida - Bajas recursos económicos y cultural - Baja tolerancia a la frustración - Agresividad - Dificultad para vincularse. - Problemas en la escuela
IV. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL:	
	Presenta problemas de conducta de irritabilidad, inquietud, agresividad y rebeldía. Le cuesta seguir órdenes y reglas. Frecuentemente tiene problemas en la escuela por no concentrarse y estudiar. Viene presentando este problema desde hace 8 meses.
V. HISTORIA FAMILIAR	
	A G tiene 9 hermanos él es octavo. Su custodia es cedida a las aldeas por negligencia materna ya que se cayó cuando era un bebé y además de escasos recursos económicos. Dos de sus hermanos estaban en la aldea con él, pero por mala conducta fueron sacados. Se siente indefenso al estar solo, de allí su comportamiento agresivo y rebelde con las figuras de autoridad, es hipersensible a la crítica. En el área escolar dificultad para concentrarse y estudiar, se preocupa constantemente por todo y le cuesta relacionarse y tener amigos. Presentar pesadillas nocturnas.
VI. Distorsiones Cognitivas:	
	Maximizar: "Porque la vida es tan difícil". Minimizar: "creo que no voy a resistir más estar lejos de mi familia." Catastrofizar: "es terrible estar solo" Filtro Negativo: "Estoy condenado a que no me quieran" Generalización: "Esto me ocurre a mí todo el tiempo"
V. Historia Familiar:	
	Defectuosidad: "Si me equivoco, se van a reír de mí". Abandono: "No merezco ser querible". Desconfianza: "Cree que las personas no son sinceras y el mundo es peligroso". Incompetencia: "Temo ser rechazado si fracasa y que descubran que es débil" Culpa: " me va pasar algo malo por portame mal"

Historia Clínica	
I. Datos Filiación	
Nombre.	J.M.(7)
Edad.	11 años
Sexo.	Femenino
Fecha de Nacimiento:	8 de marzo de marzo de 2000.
Residencia Actual:	Las Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso:	5 de marzo de 2001
Escuela:	Ricardo Miró
Grado que cursa:	VI
Caso social:	Riesgo social
II. Enumeración de los Síntomas	
Nivel Cognitivo:	Debería complacer a todos, no merezco ser querida, el mundo me parece trágico e intolerable, no lo resisto y me veo torpe.
Nivel Afectivo:	Miedo, angustia, rabia, preocupación.
Nivel Conductual:	Problemas de memoria y concentración, para relacionarse, impulsividad, irritabilidad y agresividad
Nivel Motivacional:	Le gustaría superar sus temores y ser más tolerante
Nivel Físico.	Palpitaciones aceleradas, dolor de estómago, dolor de cabeza, falta de apetito y sudoración.
Datos objetivos:	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños). • BAS 2. (Batería de Socialización). • EAD (Escala de Actitudes Disfuncionales).
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. Áreas afectadas en la vida del sujeto	
	• Problemas escolares • Autovalía Disminuida • Ansiedad Constante • Económica y cultural escasa • Apego Inseguro y ansioso • Dificultad de vinculación • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad
IV. Historia de la Queja Actual	
	Preocupación constante por nimiedades no se concentra en la escuela, muestra agresividad e impulsividad para relacionarse es poco tolerante, viene presentando esta conducta desde hace dos años.
V. Historia Familiar	
	Es la menor de cuatro hermanos, llegó a la Aldea por extrema pobreza y riesgo social cuando tenía un año. Su padre consume drogas y bebidas alcohólicas y su madre lava y plancha para subsistir. Se preocupa por la escuela y le cuesta concentrarse, muestra impulsividad, e irritabilidad. No padece de enfermedad crónica alguna, ni a recibido ayuda psicológica anteriormente
VII.DISTORCIONES COGNITIVAS	
	• Leer la mente : "Ellos piensan que soy una amargada" • Adivinar el futuro: "Seme va olvidar la charla y los demás se van a reir de mí." • Etiquetando: "soy torpe". • Catastrofizar: "Sería terrible si me rechazaran" • ¿Qué tal si? ¿Y qué tal si no sale bien, o si hago el ridículo.. • Minimizar: "Lo que logre no tiene tanto mérito"
CONTENIDO DE CREECIAS DISFUNCIONALES	
	• Vulnerabilidad de daño: Miedo a los ladrones y criminales. • Miedo a perder el control "No lo soporto, no tolero que me lleven la contraria" • Abandono: "Miedo a no ver a mi mamá". • Desconfianza: "Pienso que los demás son mentiroso e inestables". • Autodisciplina Insuficiente: "Me enojo cuando no hacen lo que quiero".

Historia Clínica	
I. DATOS FILIACIÓN	
Nombre:	N.M. (8)
Edad:	7 años
Fecha de Nacimiento:	8 de junio de 2004.
Residencia Actual:	Las Aldeas SOS.
Fecha de Ingreso:	2 de febrero de 2011.
Escuela:	Manuel E. Amador.
Grado que cursa:	II grado.
Caso social:	Riesgo Social
II. ENUMERACIÓN DE LOS SÍNTOMAS	
Nivel Cognitivo:	"Necesito de los demás para ser feliz" "Si no hago bien las cosas significa que soy inferior".
Nivel Afectivo:	Preocupación, terror, tristeza y desamparo.
Nivel Conductual:	Llora, grita, evita situaciones, huye, se aísla, muestra irritabilidad, agresividad y conductas vicarias.
Nivel Motivacional:	Le gustaría superar su temor y portarse mejor.
Nivel Físico:	Palpitaciones aceleradas, dolor de estómago, falta de apetito y sudoración.
Datos objetivos:	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños). • BAS 2 (Batería de socialización). • EAD (Escala de Actitudes Disfuncionales).
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. ÁREAS AFECTADAS EN LA VIDA DEL SUJETO	
	• Apego inseguro y ansioso • Autovalía disminuida. • Problemas escolares • Baja Tolerancia al Frustración • Ansiedad Constante • Economía y cultura escasa • Dificultad de vinculación
IV. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL	
	Preocupación constante por su familia, dificultad para concentrarse, ansiedad constante desde varios años. Problemas de conducta, rebeldía, inquietud e irritabilidad, desde hace más de ocho meses.
V. HISTORIA FAMILIAR	
	N.M. es la mayor de cuatro hermanos, tiene una hermana 6 años, una de 5 años y una de 3 años. Su madre presenta conducta inadecuada, ya que consume alcohol y se prostituye, por lo que las niñas fueron acogida en el Hogar Divino Niño por órdenes del MIDES, desde que tenía 4 años. En las aldeas tiene solamente meses, pero presenta problemas para concentrarse en la escuela y conductas de rebeldía, inquietud, irritabilidad y conducta sexual inadecuada hacia los niños, desde más de seis meses. La madre tiene rato que no las visita. La paciente no padece de enfermedad crónica alguna, ni a recibido tratamiento psicológico antes.
VI. DISTORCIONES COGNITIVAS	
	• Leer la mente: "Ellos piensan que soy diferente" • Adivinar el futuro: "Voy a fracasar en ese examen". • Catastrofizar: "Sería desastroso si yo fracasara" • Sobre generalización negativa: "Esto me ocurre todo el tiempo" • Maximizar: "No voy a poder superar este temor"
VIII. CONTENIDO DE CREENCIAS DISFUNCIONALES	
	• Dependencia: "Necesito que me quieran para ser feliz". • Vulnerabilidad al daño: "Miedo a los truenos, a la muerte". • Miedo a perder el control: "Pienso que no puedo soportarlo, tengo que enojarme". • Abandono: "Mi madre me dejó sola" • Desconfianza: "El mundo me parece inseguro". • Aislamiento social: "Me da miedo el rechazo"

Historia Clínica

I. DATOS DE FILIACIÓN:	
Nombre:	I.S.(9)
Edad:	10 años
Sexo:	Femenino
Fecha de Nacimiento:	23 de mayo de 2001
Fecha de Ingreso:	27 de marzo de 2006.
Residencia Actual:	Aldeas Infantiles SOS
Escuela:	Octavio Méndez Pereira.
Grado:	V
Caso Social	Protección (abuso sexual)
II. ENUMERACIÓN DE SÍNTOMAS	
Nivel Cognitivo:	• "Se van a reír de mí" • "Voy a explotar" • "Temo estar sola"
Nivel Afectivo:	Ansiedad constante, miedo, temor, períodos de tristeza esporádica, irritabilidad, inquietud y rebeldía.
Nivel Conductual:	Dificultad para concentrarse en la escuela, impulsividad, demanda atención, inquietud, pocas relaciones sociales y evita situaciones temerosas.
Nivel motivacional:	Desea superar sus temores y tener amigos.
Nivel Físico:	Palpitaciones aceleradas, dolor de cabeza, dolor de barriga y sudoración.
Datos objetivos:	• CMAS-R (Escala Manifiesta de Ansiedad Para Niños) • BAS 2(Batería de Socialización 2) • Escala de Actitudes Disfuncionales. (EAD)
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. ÁREAS AFECTADAS EN LA VIDA DEL SUJETO:	
	• Apego inseguro y ansioso • Autovalía disminuida • Bajos recursos económicos y cultural • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad • Dificultad para vincularse. • Problemas en la escuela
IV. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL:	
	Presenta conducta de rebeldía, no obedece indicaciones, necesidad de llamar la atención y busca aceptación. En la escuela le cuesta concentrarse y bajado las notas por ello.
V. HISTORIA FAMILIAR	
	I.S es abusada por su primo cuando tenía 3 años, su mamá la dejó donde la abuela materna y esta a su vez la dejó donde una prima y un primo de 14 años abuso de ella. No conoció a su padre quien falleció antes que ella naciera. Actualmente vive con su hermana en la aldea y la madre las visita esporádicamente. Presenta problemas en la escuela para concentrarse y seguir indicaciones, le cuesta relacionarse y hacer amigos
VI. DISTORSIONES COGNITIVAS:	
	• Leer la mente: "Ellos piensan que son más listos que yo" • Adivinar el futuro: "Esto es horrible nunca me lo quitate de encima" • Catastrofizar: "Es terrible tener que hacer lo que otro dice" • Maximizar: "Y si mis temores se vuelven realidad y muero" • Minimizar: "Soy débil"
VII. CONTENIDO DE CREENCIAS IRRACIONALES	
	• Vulnerabilidad al daño: "Me voy a morir un día de estos" • Miedo a perder el control: "voy a estallar, en cualquier momento" • Desconfianza/abuso: "No puedo permitirme ser débil sino abusan de mí". • Aislamiento social: "No pudo confiar en los demás". • Defectuosiad: "En ocasiones me siento torpe" • Incompetencia: "creo que no voy a poder" • Autocontrol: "Mis emociones están fuera de mi control"

Historia Clínica	
I. DATOS FILIACIÓN	
Nombre:	LG(10)
Edad:	9 años
Fecha de Nacimiento:	22 de julio de 2002
Residencia Actual:	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso:	23 de febrero de 2006
Escuela:	Ricardo Miro
Grado que cursa:	IV grado
Caso social:	Riesgo social
II. ENUMERACIÓN DE LOS SÍNTOMAS	
Nivel Cognitivo:	• "Me da miedo todo" • "Soy torpe" • "Soy miedosa" • "El mundo es peligroso"
Nivel Afectivo:	Miedo, temor, tristeza, soledad y preocupación
Nivel Conductual:	Inhibida, evita situaciones nuevas, dificultad para concentrarse, baja tolerancia a frustración, huida, gritos y llanto.
Nivel Motivacional:	Superar sus temores y facilidad para relacionarse socialmente.
Nivel Físico:	Taquicardia, temblor, tensión muscular, sudoración, dolor de barriga y anemia falciforme.
Datos objetivos:	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños). • BAS 2. (Batería de socialización). • EDA (Escala de Actitudes Disfuncionales).
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. ÁREA AFECTADA EN LA VIDA DEL SUJETO	
	• Problemas para concentrarse en la escuela. • Ausencia de figura paterna • Autovalía disminuida • Economía y cultura escasa. • Apego inseguro y ansioso • Dificultad de vinculación • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad
IV. HISTORIA DE LA QUEJA ACTUAL	
	Muestra problemas de conducta, irritabilidad, agresión, impulsividad, poca tolerancia a frustración, se le pasa pelando con su compañeros. Se preocupa porque no puede concentrarse en la escuela, cree que el mundo es injusto. Culpa a la madre por no haberla cuidado.
V. HISTORIA FAMILIAR:	
	Es la tercera de seis hermanos producto de uniones diferente de la madre, en su hogar existen fuertes carencias económicas, inadecuados patrones de crianza. Su padrastro abuso de ella por lo que es retirada del hogar por protección. Su madre la visita en las aldeas a ella y a su hermana, trabaja en casa de familia
VI. DISTORSIÓN COGNITIVA	
	• Maximiza: es terrible estar solo. • Minimizar: "Soy torpe". • Catastrofizar: "no podre soportarlo" • Sobre generalización negativa: "Esto me ocurre a mi todo el tiempo. Le temo a muchas cosas"
VII. CONTENIDO DE CREENCIAS IRRACIONALES	
	• Defectuosisdad: "no soporto que la gente me rechace o critique". • Miedo a perder el control: "Mi estado de ánimo se debe principalmente a factores que está fuera de mi control. • Deprivación emocional: "si tengo dificultades emocionales o de conducta es que mis padres han fallado en algún aspecto importante". • Abandono. "Me siento triste de no estar con mi madre • Abuso: "Otros me harán daño". • Vergüenza: "no merezco ser querida" • Aislamiento Social: "me cuesta relacionarme, temo que me rechacen" • Incompetencia: "debo ser útil o la vida no tiene sentido"

GRUPO CONTROL

Historia Clínica	
I. Datos Filiación	
Nombre	O J (1)
Edad	11 años
Fecha de Nacimiento	23 de julio de 2000
Residencia Actual	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso	3 de enero de 2002
Escuela	Republica de Ecuador
Grado que cursa	VI
Caso social	Negligencia
II Enumeración de los Síntomas	
Nivel Cognitivo	Se percibe como torpe, incapaz, para él las personas son traicioneras
Nivel Afectivo.	Miedo, angustia, rabia, preocupación
Nivel Conductual	Inquietud, irritabilidad, poca tolerancia al frustración y problemas para concentrarse Evita lo que le da miedo
Nivel Motivacional.	Le gustaría superar sus temores y ser más tolerante
Nivel Físico	Palpitaciones aceleradas, dolor de estómago, dolor de cabeza, falta de apetito y sudoración
Datos objetivos	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños) • BAS 2 (Batería de Socialización)
Diagnóstico	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. Áreas afectadas en la vida del sujeto	
	• Problemas escolares • Autovalía Disminuida • Ansiedad Constante • Economía y cultura escasa • Apego inseguro y ansioso • Dificultad de vinculación • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad
IV Historia de la Queja Actual	
	Se torna irritable, le grita los demás, se frustra fácilmente, le cuesta concentrarse en la escuela, le angustia dar charlas y se le observa preocupada.
V. Historia Familiar	
	Según consta en expediente, la madre de O, tuvo un total de 12 hijos con diferentes cónyuges, ocho de ellos tomaron diferentes destinos, antes que se descubriera que la señora padece de SIDA Cuatro quedaron totalmente desprotegidos, por lo que el tribunal Tutelar de menores entregó la custodia a la Aldea. Entre ellos esta OJ, que es el menor de los cuatro que se encuentran en la aldea Viene presentando desde hace dos años problemas para prestar atención, se distrae con facilidad y vive preocupado de que algo malo le pase OJ no sabe que su madre está gravemente enferma No existen intervenciones psicológicas previas, ni psiquiátricas

Historia Clínica	
II. Datos Filiación	
Nombre:	OM (2)
Edad	8 años
Fecha de Nacimiento.	10 de julio de 2003
Residencia Actual	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso	11 de mayo de 2006
Escuela:	Bilingue Juan Pablo
Grado que cursa:	III
Caso social.	Riesgo Social
II. Enumeración de los Síntomas	
Nivel Cognitivo	El niño percibe el mundo como peligroso e inestable, piensa que es tonto, que los demás son más vivos que él
Nivel Afectivo	Angustia, preocupación, miedo, tristeza irritabilidad
Nivel Conductual	Tiende aislarse y a evitar situaciones temidas, llora y grita cuando lo molestan o no le hacen caso.
Nivel Motivacional	Le gustaría superar sus temores y sentirse mejor
Nivel Físico:	Intranquilidad, taquicardia, estrés e insomnio.
Datos objetivos	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños) • BAS 2. (Batería de Socialización)
Diagnóstico	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III Áreas afectadas en la vida del sujeto	
	• Problemas escolares • Autovalía Disminuida • Ansiedad Constante • Economía y Cultura escasa • Apego inseguro y ansioso • Dificultad de vinculación • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad
IV Historia de la Queja Actual	
	O M. le cuesta concentrarse en la escuela, se distrae con facilidad, bajo niveles de tolerancia por lo que a veces se torna agresivo, peleando con otros niños, no le gusta que lo molesten
V Historia Familiar	
	Es el tercero de diez hermanos su padre falleció y su madre lleva una vida promiscua, por tal razón el Juzgado de Menores, le quito la patria potestad de cinco de los niños, dado que los otros son mayores de edad, O M , es el penúltimo de los hermanos e ingreso cuando apenas tenía tres años, ha cambiado en muchas ocasiones de figura parental lo cual ha afectado su desarrollo emocional. Es temeroso, inseguro y le cuesta confiar en las personas o hacer amigos En el área escolar se distrae con facilidad y no le gusta hablar en público.

Historia Clínica	
III. Datos Filiación	
Nombre	R A.(3)
Edad	9 años
Fecha de Nacimiento	7 de julio de 2004.
Residencia Actual	Las Aldeas SOS
Fecha de Ingreso	5 de mayo de 2006
Escuela.	Manuel E. Amador
Grado que cursa	IV
Caso social	Negligencia
II. Enumeración de los Síntomas	
Nivel Cognitivo	Piensa que alguien le va decir que hace mal las cosas, le preocupa que algo malo le pase, se siente inferior a otros niños de su edad
Nivel Afectivo	Ira, rabia, miedo, temor y angustia
Nivel Conductual:	En ocasiones grita y pelea con otros niños, evita situaciones temidas, le cuesta concentrarse al estudiar
Nivel Motivacional	Le gustaría sentirse mejor y superar sus temores
Nivel Físico	Taquicardia, manposas estomacales e intranquilidad
Datos objetivos	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños) • BAS 2 (Batería de Socialización)
Diagnóstico	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. Áreas afectadas en la vida del sujeto	
	• Problemas escolares • Autovalía Disminuida • Ansiedad Constante • Economía y cultura escasa • Apego inseguro y ansioso • Dificultad de vinculación • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad
IV Historia de la Queja Actual	
	Muestra problemas académicos y de conducta, pelea con sus compañeros, se siente preocupada la mayor parte del tiempo y le cuesta relacionarse. Evita situaciones temidas.
V Historia Familiar	
	Según consta en su expediente, R A. proviene de una familia con muchas disfuncionalidades. En el informe social, hay constancia de que gran parte de su familia tiene problemas de alcoholismo. Antecedentes prenatales, perinatales y postnatales se desconocen al igual que sus primeros años de vida. En el área escolar le cuesta concentrarse para estudiar ha bajado las calificaciones, le cuesta dormir por las noches, se preocupa por todo y se muestra irritable.

Historia Clínica	
I. Datos Filiación	
Nombre:	E T.(4)
Edad:	10 años
Fecha de Nacimiento:	14 de agosto de 2001
Residencia Actual:	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso:	18 de septiembre de 2004
Escuela:	Ricardo Miro
Grado que cursa:	V
Caso social:	Riesgo Social
II. Enumeración de los Síntomas	
Nivel Cognitivo	"temo a muchas cosas" "no me siento capaz de hacer cosas nuevas", "el mundo es peligroso"
Nivel Afectivo	Tristeza, soledad, temor, preocupación y angustia
Nivel Conductual	Llora, grita, evita situaciones temidas y tiene pesadillas
Nivel Motivacional	Le gustaría sentirse mejor y superar sus temores.
Nivel Físico:	Dolor de cabeza, taquicardia, sudoración y dolor estómago
Datos objetivos	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños) • BAS 2 (Batería de Socialización)
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. Áreas afectadas en la vida del sujeto	
	• Problemas escolares • Autovalía Disminuida • Ansiedad Constante • Economía y cultura escasa • Apego inseguro y ansioso • Dificultad de vinculación • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad
IV Historia de la Queja Actual	
	Le duele frecuentemente la cabeza, se distrae con facilidad, no le gusta estar solo, le preocupa que algo malo le pase y tiende aislarse, esto le ocurre hace como alrededor de siete meses.
V. Historia Familiar	
	E T es el segundo de cuatro hermanos, que se encuentran en las aldeas porque sus padres no pueden mantenerlos, ya que sus condiciones son de extrema pobreza. Su padre falleció y su madre lava y plancha para subsistir, los niños no se alimentaban bien por los que el Mides decide que ingresen a las aldeas. Presenta problemas en la escuela para concentrarse, se distrae con facilidad y le angustia no tener control sobre las cosas.

Historia Clínica	
II Datos Filiación	
Nombre	H.G(5)
Edad:	11 años
Fecha de Nacimiento:	1 de abril de de 2000
Residencia Actual.	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso:	26 de octubre de 2007
Escuela	Manuel E. Amador
Grado que cursa	VI
Caso social:	Protección (Abuso sexual)
II. Enumeración de los Síntomas	
Nivel Cognitivo	Es espantoso cometer errores, hacer el ridículo y vivir preocupada todo el tiempo no lo resisto Las personas y el mundo son impredecibles
Nivel Afectivo	Angustia, temor, miedo, rabia y tristeza.
Nivel Conductual	Grita, en ocasiones llora, evita enfrentarse a situaciones temidas, es inquieta e irritable
Nivel Motivacional	Desea sentirse mejor sin temores y angustia
Nivel Físico	Dolor de cabeza, taquicardia, sudoración, intranquilidad y estrés
Datos objetivos.	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños) • BAS 2 (Batería de Socialización)
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III Áreas afectadas en la vida del sujeto	
	• Problemas escolares • Autovalía Disminuida • Ansiedad Constante • Economía y cultura escasa • Apego inseguro y ansioso • Dificultad de vinculación • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad
IV Historia de la Queja Actual	
	Presenta problemas para seguir indicaciones en la escuela, se distrae y se le olvida lo que estudia, se siente cansada de siempre estar a la expectativa de que va ocurrir algo malo, temiendo lo peor
V Historia Familiar	
	H G es la segunda de cinco hermanos, tiene una hermana melliza mayor Fue ingresada a la Aldea por protección dado que un primo de la niña abuso de ella cuando tenía cuatro años Su madre se encontraba trabajando en la calle lava y plancha H G. es huérfana por parte de padre Le tiene miedo a la oscuridad, le cuesta confiar en otros, no le gusta la escuela porque estudia y se le olvida, se distrae con facilidad y es inquieta

Historia Clínica	
I Datos Filiación	
Nombre	D G(6)
Edad	11 años
Fecha de Nacimiento	1 de abril de 2000
Residencia Actual	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso	26 de octubre de 2007
Escuela	Europea de Panamá
Grado que cursa	VI
Caso social	Negligencia y protección
II. Enumeración de los Síntomas	
Nivel Cognitivo.	Es espantoso cometer errores, hacer el ridículo y vivir preocupada todo el tiempo no lo resisto. Las personas y el mundo son impredecibles.
Nivel Afectivo	Angustia, temor, miedo, rabia y tristeza
Nivel Conductual	Grita, en ocasiones llora, evita enfrentarse a situaciones temidas, es inquieta e irritable
Nivel Motivacional.	Desea sentirse mejor sin temores y angustia
Nivel Físico	Dolor de cabeza, taquicardia, sudoración, intranquilidad y estrés
Datos objetivos:	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños) • BAS 2 (Batería de Socialización)
Diagnóstico	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III Áreas afectadas en la vida del sujeto	
	• Problemas escolares • Autovalía Disminuida • Ansiedad Constante • Economía y cultura escasa • Apego inseguro y ansioso • Dificultad de vinculación • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad
IV Historia de la Queja Actual	
	Presenta problemas para seguir indicaciones en la escuela, se distrae y se le olvida lo que estudia, se siente cansada de siempre estar a la expectativa de que va ocurrir algo malo, temiendo lo peor
V Historia Familiar	
	H G. es la primera de cinco hermanos, tiene una hermana melliza menor por horas. Fue ingresada a la Aldea por protección después que un primo abusó de su hermana melliza. Es huérfana de padre y vive en la aldea, junto a sus cinco hermanos. Tiene miedo que a su madre le ocurra algo malo y se angustia cuando tiene examen o charla en la escuela, no le gusta hablar en público y le aterra la oscuridad.

Historia Clínica	
I. Datos Filiación	
Nombre	R. V (7)
Edad	8 años
Fecha de Nacimiento	23 de junio de 2003
Residencia Actual	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso	23 de marzo de 2011
Escuela	Ricardo Miro
Grado que cursa	8 años
Caso social	III
II. Enumeración de los Síntomas	
Nivel Cognitivo	Es espantoso cometer errores, hacer el ridículo y vivir preocupada todo el tiempo no lo resisto. Las personas y el mundo son impredecibles.
Nivel Afectivo	Angustia, temor, miedo, rabia y tristeza
Nivel Conductual	Grita, en ocasiones llora, evita enfrentarse a situaciones temidas, es inquieta e irritable
Nivel Motivacional	Desea sentirse mejor sin temores y angustia
Nivel Físico	Dolor de cabeza, taquicardia, sudoración, intranquilidad y estrés.
Datos objetivos	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños) • BAS 2 (Batería de Socialización)
Diagnóstico	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III. Áreas afectadas en la vida del sujeto	
	• Apego inseguro y ansioso • Autovalía disminuida • Bajos recursos económicos y cultural • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad • Dificultad para vincularse • Problemas en la escuela
IV Historia de la Queja Actual	
	El niño se distrae con facilidad no copia, se le olvida lo que estudia, vive preocupado por su futuro, por lo que va ocurrir, le cuesta hacer amigos, se la pasa pelando.
V Historia familiar	
	R. V. Es el menor de cuatro hermanos, proviene de un hogar disfuncional, con fuertes problemas económicos, su madre los maltrataba y no les brinda las necesidades básicas. Es por ello que es refugio junto a su hermana a la casa hogar en Coclé. Tiene una fuerte necesidad de ser aceptado y validado por lo que muestra conducta vicaria, es rebelde, hace berrinches cuando no quiere obedecer. Percibe la vida como peligrosa y tiene varios temores. Por su expediente sabemos que fue abusado por su padrastro.

Historia Clínica	
I Datos Filiación	
Nombre:	D A (8)
Edad	10 años
Fecha de Nacimiento	16 de junio de 2001.
Residencia Actual	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso	20 de octubre de 2007
Escuela:	Manuel E. Amador
Grado que cursa:	V
Caso social.	Maltrato
II Enumeración de los Síntomas	
Nivel Cognitivo	"Soy tonto", "los demás hacen las cosas mejores que yo", "es terrible tener miedo"
Nivel Afectivo	Tristeza, desesperación, preocupación, angustia y miedo
Nivel Conductual	Llora, gnta, evita situaciones temerosas y disgusto.
Nivel Motivacional.	Le gustaría superar sus temores y no enojarse tanto
Nivel Físico.	Dolor de cabeza, sudoración, intranquilidad, taquicardia
Datos objetivos	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños) • BAS 2 (Batería de Socialización)
Diagnóstico	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III Áreas afectadas en la vida del sujeto	
	• Problemas escolares • Autovalía Disminuida • Ansiedad Constante • Economía y cultura escasa • Apego inseguro y ansioso • Dificultad de vinculación • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad
IV Historia de la Queja Actual	
	D es un niño inseguro que le cuesta concentrarse en la escuela, se distrae con facilidad, en las noches a veces tiene pesadillas en las que el cuesta dormir y vive nervioso sin una razón aparente, le preocupa estar solo
v. Historia Familiar	
	Proviene de un hogar disfuncional, padre privado de libertad por consumo de drogas y la madre lleva una vida irresponsable y promiscua, debido a que maltrataba al niño el Juzgado de Menores le retiró la custodia D es el menor de cinco hermanos, muestra desde el año pasado problemas en la escuela para concentrarse, le cuesta seguir indicaciones, es un niño inseguro, con muchos temores, le preocupa su futuro y se anticipa negativamente a los hechos No existe intervenciones psicológicas previas ni psiquiátricas

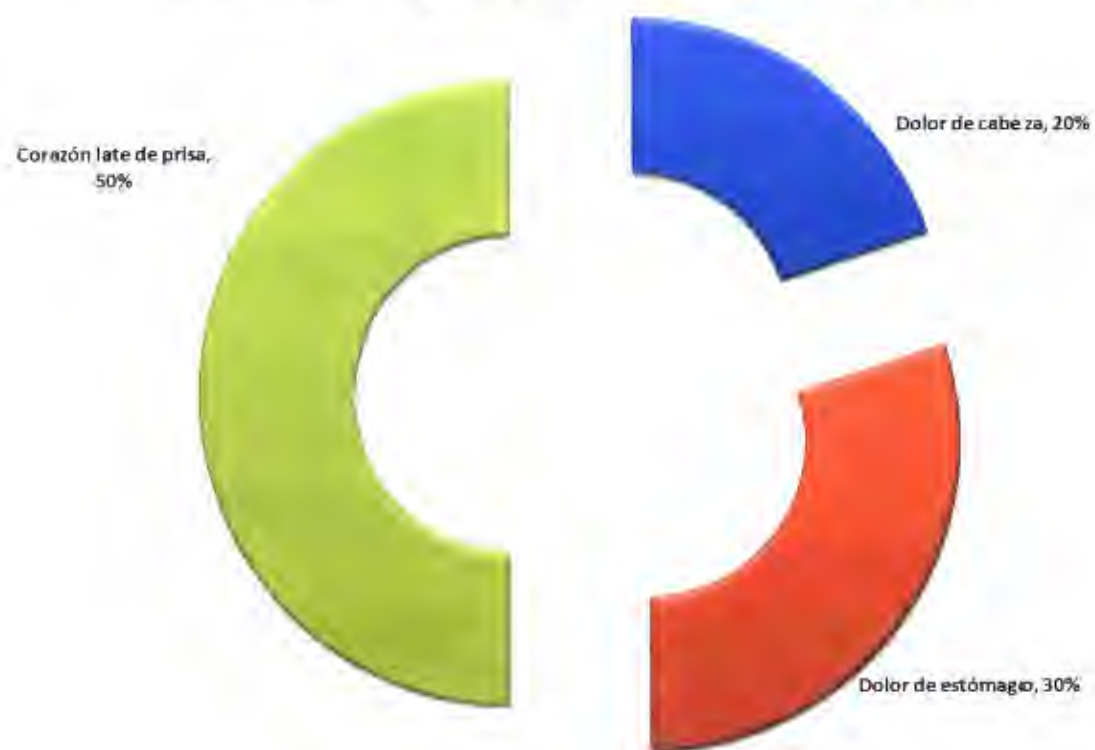
Historia Clínica	
I Datos Filiación	
Nombre	A.S.(9)
Edad	8 años
Sexo	Masculino
Fecha de Nacimiento	10 de julio de 2003
Residencia Actual	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso	17 de mayo de 2006
Escuela	Ricardo Miro
Grado que cursa	III
Caso social	Riesgo social
II. Enumeración de los Síntomas	
Nivel Cognitivo:	Piensa que es tonto, que se van a reír de él los demás, que las personas son agresivas
Nivel Afectivo	Angustia, tristeza, miedo preocupación
Nivel Conductual:	Pelea con los otros niños, es inquieto, rebelde, evita situaciones que el causen temor
Nivel Motivacional:	Le gustaría sentirse mejor y superar sus temores
Nivel Físico	Taquicardia, sudoración, mariposas en el estómago
Datos objetivos	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños) • BAS 2 (Batería de Socialización)
Diagnóstico:	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III Áreas afectadas en la vida del sujeto	
	• Apego inseguro y ansioso • Autovalía disminuida • Bajos recursos económicos y cultural • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad • Dificultad para vincularse • Problemas en la escuela
IV Historia de la Queja Actual	
	Tiene problemas para seguir indicaciones, es rebelde y muestra problemas para concentrarse en la escuela, no le gusta estudiar.
V Historia familiar:	
	A S proviene de un hogar disfuncional donde sus padres consumen drogas por lo que el Juzgado de Menores, le otorga su cuidado a las aldeas. Le cuesta hacer tareas, se distrae con facilidad y se le olvida lo que estudia, le preocupa su futuro. No existe intervenciones psicológicas ni psiquiátricas.

Historia Clínica	
I Datos Filiación	
Nombre	P M (10)
Edad	10 años
Sexo	Masculino
Fecha de Nacimiento:	17 de marzo de 2001
Residencia Actual	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso	3 de octubre 2009
Escuela	Ricardo Miro
Grado que cursa	V
Caso social.	Maltrato
II Enumeración de los Síntomas	
Nivel Cognitivo	"Soy torpe", "los demás solo quieren aprovecharse de mi" "El mundo es un lugar inseguro y peligroso"
Nivel Afectivo	Ira, miedo, angustia y desamparó
Nivel Conductual	Llora, gnta, huye del peligro o lo que cree peligroso, le cuesta concentrarse.
Nivel Motivacional.	Le gustaría tener más confianza y sentir menos temor.
Nivel Físico	Intranquilidad, sudoración y palpitaciones aceleradas
Datos objetivos	• Prueba CMAS-R (Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños) • BAS 2 (Batería de Socialización).
Diagnóstico	Trastorno de Ansiedad Generalizada
III Áreas afectadas en la vida del sujeto	
	• Apego inseguro y ansioso • Autovalía disminuida • Bajos recursos económicos y cultural • Baja tolerancia a la frustración • Agresividad • Dificultad para vincularse • Problemas en la escuela
IV Historia de la Queja Actual	
	Presenta problemas en la escuela, para concentrarse, se distrae con facilidad, es hipervigilante a lo que ocurre a su alrededor como a la expectativa que ocurra algo malo y por todo se preocupa
V Historia familiar	
	P M es menor de ocho hermanos, llegó a la Aldea cuando tenía seis años por maltrato, dado que sus madre le pegaba con tajona cuando el niño no hacía los deberes de la casa, lo dejaba al cuidado de su hermanita de dos años. Desde su ingreso, ha mostrado preocupación por la escuela, por que estudia y no se concentra, le cuesta relacionarse con otros. Tiene temor de dormir solo y no le gusta que le hagan bromas sobre su origen

Gráfica 14. Situaciones que le causan temor a los niños



Gráfica 15. Primer signo o pista que te avisa que estas ansioso



Sesión 1

Pensamientos y sentimientos

La primera sesión jugamos con los niños armando rompecabezas de animales, se hicieron dos grupos de a cinco. A un grupo se le asignó los siguientes animales: oso, gallina, gato, elefante y pájaro y al otro grupo tigre, jirafa, perro, pato y ratón. Luego por grupo debían imitar un animal, el que ellos desearán y el grupo contrario debía adivinar. La finalidad del mismo era romper el hielo y disminuir la ansiedad de los niños.

Propósito

Conocernos mutuamente y aclarar información básica con respecto al tratamiento. Comenzamos a recolectar información acerca de situaciones que generan ansiedad en el niño y sus reacciones a los signos de sentimientos de ansiedad.

Objetivos:

1. Crear una buena relación de comunicación (alianza terapéutica)
2. Orientar al niño(a) acerca del tratamiento
3. Alentar /respaldar la participación del niño(a)
4. Asignar una actividad, "Demuestre Que Puede" (DQP) inicial y simple
5. Participar en una actividad divertida de fin de sesión

Actividades

1. Crear una buena relación de comunicación (alianza terapéutica).

Iniciando la conversación: los primeros 10-15 minutos son para abrir el diálogo, sin enfoque ni presiones. Invitamos a los niños(as) a sentirse a gusto, probando cualquiera de los juguetes o juegos que quieran para una actividad divertida para el fin de la sesión.

Iniciamos jugando un juego de "datos personales". En este juego se forman parejas y los niños responden las mismas preguntas, tales como "¿Cuál es tu segundo nombre?", "¿Cuántos años tienes?", "¿Cuántos hermanos y hermanas tienes?", etc.

2. Orientar a los niños acerca del tratamiento.

Dando un breve resumen del programa (especificando que las reuniones serán una vez por semana, que durarán una hora, intentando transmitirle que el programa es un esfuerzo conjunto entre ambos.

Mencionar los objetivos del tratamiento, incluyendo el ser capaz de identificar los sentimientos de ansiedad, reconociendo los pensamientos ansiosos, y usando las estrategias de afrontamiento apropiadas. Estas ideas son presentadas como *"saber cuándo estás ansioso"* y saber *"qué hacer al respecto"* las primeras sesiones se enfocarán en *"saber cuándo estás ansioso"*, y serán seguidas por sesiones con enfoque sobre *"saber qué hacer al respecto"*.

3. Alentar/respaldar la participación de los niños.

Invitamos a los niños(as) a preguntar acerca de los niños(as) y comenzamos a compartir sus preguntas e inquietudes.

Hacemos ver con claridad que la información desde su punto de vista es muy importante y le pedimos a los niños(as) que relaten algunas historias de una actividad divertida o algún evento escolar que haya resultado particularmente agradable.

Recompensamos su participación y alentamos la verbalización, haciendo preguntas fáciles de responder.

Resaltamos la importancia que una misma cosa, puede ser vista de formas distintas por diferentes personas, por ejemplo: *una pared de ladrillos que puede ser muy alta para un niño (a), puede ser baja para un adulto alto, un bocado delicioso para una persona puede ser la causa de dolor de estómago, para otra persona no*

Hacemos énfasis en estar interesado en *"cómo ve y qué piensa él en distintas situaciones"*, eso es importante. Explicamos al niño(a) el modelo del ABC en palabras sencillas con imágenes de la computadora que ilustran que un niño(a) que estudió y pensó gana cinco, y se sintió bien por ello. Es decir, como lo que pensamos, influye en cómo nos sentimos y actuamos, y se incentivó a que varios niños(as) pusieran un ejemplo, para observar si habían entendido.

4. Asignar una actividad DQP inicial y simple

Presentamos las tareas a realizar fuera de sesión, informándoles a los niños que las actividades **Demostrar – Que – Puedo** (DQP) serán asignadas a los niños(as) en cada encuentro. Como primera actividad DQP, hay que pedirle que escriba en un breve ejemplo una situación, en que se sintió realmente bien, ni alterado ni preocupado. Pidiéndoles a los niños(as) que se enfoquen en qué lo hizo sentir bien y qué pensaba en ese momento. Para ayudar a los niños(as) en comprender la tarea, se les brindó ejemplos de una vez en que el terapeuta se sintió realmente bien describiendo sus pensamientos. Luego se le ofrece al niño la oportunidad de hacer lo mismo. Se les dijo a los niños que pueden ganar 2 puntos o stickers la siguiente sesión por haber completado la actividad DQP, y acumularlos. Los puntos acumulados son utilizados para adquirir recompensas periódicamente durante el programa (luego de las sesiones 4, 9, 12 y 16). El niño(a) puede elegir las recompensas que desea y anotarlas en el "menú de recompensas".

5. Participar en una actividad divertida de fin de sesión

Cumplir lo prometido al niño para que vea la terapia como algo divertido y quiera continuar participando

Sesión 2

Reconociendo Emociones

Propósito

Repasar brevemente los objetivos del tratamiento. Ayudar a los niños(as) a identificar distintos tipos de sentimientos y a distinguir sentimientos de ansiedad entre otros tipos de sentimientos. Normalizar los sentimientos de temor y ansiedad. Hacer que los niños(as) comiencen a identificar sus propias reacciones de ansiedad en su cuerpo. Comenzar a desarrollar una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad

Objetivos

1. Crear una buena relación de comunicación (alianza terapéutica)
2. Ver la actividad DQP de la primera sesión.

3. Presentar la idea de que distintos sentimientos tienen distintas expresiones físicas.
4. Normalizar la experiencia de temor y ansiedad.
5. Comenzar a establecer una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad
6. Asignar una actividad DQP

Actividades

1. Crear una buena relación de comunicación (alianza terapéutica).

Iniciaremos con una dinámica de juego "traigo una carta ,"

2. Ver la actividad DQP de la primera sesión.

Comentaremos la situación en la que algunos de los niños se sintieron bien en los días entre sesiones y ¿qué anotaron en su cuaderno de actividades del "Gato Valiente"? Poniéndole énfasis particular en los aspectos que le brindaron placer. Se le preguntará al niño(a) cómo se sintió, qué pensó, y cómo actuó. Es probable que el niño(a) no sea capaz de describir enteramente tal situación. Se Recompensará el esfuerzo con punto o stickers-incluso la participación limitada.

Si un niño(a) no ha completado la actividad DQP asignada en la primera sesión, no se castigará, sino (a) que se usa el tiempo inicial de la sesión para completar la actividad con el niño y (b) se explora las razones por las cuales el niño(a), no completó la actividad, por ejemplo: el niño no entendió la consigna, el niño olvidó realizar la actividad. Se le pide al niño(a) que recuerde la semana y se guía a hablar de sus experiencias y el niño completarán la actividad durante la sesión.

3. Presentar la idea de que distintos sentimientos tienen distintas expresiones físicas.

Comentamos que el cuerpo de la gente puede hacer distintas cosas en respuesta a distintos sentimientos, y que diferentes expresiones faciales y posturas son pista de sus sentimientos. Se le pide al niño(a) que realice una lista de sentimientos y evaluaremos acerca de cuáles sentimientos le resulta más cómodo hablar.

Para ayudar a los niños a diferenciar y nombrar sentimientos se utilizaron imágenes de personas con diferentes expresiones (por ejemplo, en computadora, en revistas o en el cuaderno de actividades, se observó tanto faciales como de cuerpo entero, que demuestran distintas emociones y se debatió con el niño(a) acerca de qué tipo de

sentimientos cada persona parece estar experimentando (se incluyen imágenes de ansiedad, pero no son limitadas a la ansiedad).

4. Normalizar la experiencia de temor y ansiedad.

Iniciamos una convención para asegurarle a los niño(as) que todas las personas tenemos temores y ansiedades, (incluso aquellos adultos que son admirados por su coraje o considerados héroes) y que el propósito de este programa es ayudarle a aprender a reconocer el malestar y a lidiar con él efectivamente. Todos sentimos ansiedad en un momento u otro, pero algunos sabemos mejor que otros qué hacer cuando eso sucede. Algunos somos buenos "regulando" la emoción, como si ajustáramos el volumen de la radio. La habilidad de manejar la ansiedad puede ser aprendida.

El propósito de este programa es ayudar al niño a aprender y utilizar las habilidades de manejo de sentimientos de ansiedad

5. Comenzar a establecer una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad.

Hablar sobre situaciones que generan ansiedad en el terapeuta, un ejemplo, luego cada niño comienza hablar de sus ansiedades, incluyendo los tipos de situaciones que provocan ansiedad, las reacciones de los niños frente a la ansiedad (somáticas y cognitivas), y las respuestas de los niños en situaciones que provocan ansiedad

Si el niño tiene dificultades al ser específico acerca de sus ansiedades, se puede utilizar un procedimiento, recomendado por Ollendick y Cenry (1981), donde el niño intenta imaginar, uno se puede alentar usando visualizaciones, sonido e imágenes, la respuesta de los niños puede variar ante el uso de la imaginación.

Presentar el termómetro de emociones (escala de disconformidad del individuo) (EDI)

El termómetro utiliza una escala de 0 a 8

0 1 2 3 4 5 6 7 8

0 nada y 8 un montón

Esta escala puede ayudar a determinar qué situaciones provocan ansiedad en los niños. El terapeuta pregunta, ¿cuán ansiosos te sientes cuando...?", "asígnale un número"

En base a la información recolectada hasta el momento, se puede comenzar a ordenar jerárquicamente las situaciones que parecen provocar ansiedad en los niños(as). Para los niños(as) pequeños clasificar temores entre "fácil", "medio", y "difícil" puede ser una actividad más sencilla y comprensible que construir una escalera de jerarquía. Cualquiera sea el método elegido para documentar los temores del niño(a).

6. Asignar un actividad DQP

Recordar a los niños (as) acerca de las actividades DQP, pedirles que registren una experiencia ansiosa y una no-ansiosa, describiendo ¿qué pensó? Que escriba lo sucedido tan precisamente como pueda, agregando la información extra que desee. Tomar unos minutos para realizar una actividad divertida antes del final de sesión, jugar a buscar parejas con refranes semejantes

Sesión 3

¿Cómo reacciona mi cuerpo?

Propósito:

Poder distinguir entre sentimientos ansiosos y otros tipos de sentimientos. Que los niños(as) aprendan más sobre las respuestas somáticas a la ansiedad e identifique las propias.

Objetivos:

- 1 Ver la actividad DQP de la sesión 2.
- 2 Hablar acerca de las respuestas somáticas específicas de la ansiedad.
- 3 Practicar la identificación de respuestas somáticas
- 4 Presentar el paso T
5. Asignar una actividad DQP.

Actividades:

1. Ver la actividad DQP de la sesión 2.

Invitamos a los niños(as) a compartir las experiencias que registraron. Enfocamos la conversación particularmente en las sensaciones físicas durante estos episodios. Recompensamos con stickers o puntos por la realización de la actividad DQP.

2. Hablar acerca de las respuestas somáticas específicas de la ansiedad.

Presentamos la variedad de sensaciones somáticas asociadas a la ansiedad incluyendo mariposas en la panza, latidos acelerados, rubor en la cara, temblores, etc., mediante el relato de una historia en la cual personas viven una situación provocadora de ansiedad y describiendo cómo cada persona se siente durante la experiencia.

Pídele al niño(a) que identifique los tipos de respuestas somáticas acerca de las que ha oído o que él (ella) ha experimentado en situaciones que provocan ansiedad. Si el niño(a) no es capaz de ser específico, sugiere que se imagine a sí mismo en una situación segura incluyendo cómo se sentiría su cuerpo. El terapeuta entonces describe una situación, que provoca ansiedad en el niño(a), e invita nuevamente al niño(a) a describir qué sintió su cuerpo durante la situación provocadora de ansiedad que no había sentido en la situación segura.

3. Practicar la identificación de respuestas somáticas.

Utilizar un modelo de afrontamiento y procedimientos de juego de roles. Mediante el uso de la imaginación, el terapeuta presenta una situación que provoca bajo niveles de ansiedad y modela la identificación de sus respuestas físicas (por ejemplo, "Ahí está la sensación en mi panza nuevamente"). Utiliza el "Termómetro de Emociones" para registrar el bajo nivel de ansiedad. En situaciones de mayor estrés, el modelo de afrontamiento y los procedimientos de juego de roles son acompañados de una conversación sobre situaciones que parecen provocar niveles levemente mayores de ansiedad en los niños(as). Se puede señalar delicadamente ciertos signos de ansiedad, como el rubor en el rostro o el estar inquieto, que el niño(a) no haya reconocido o reportado. Se le pide al niño(a) que compare las diferencias entre los sentimientos de bajos niveles de ansiedad y los de mayores niveles.

Si en algún momento durante estos procedimientos, el niño(a) comienza a tener dificultades lidiando con su ansiedad, el terapeuta le enseña a "congelar el cuadro"- a detener la situación-y respirar hondo.

Hablar con los niños(as) acerca del hecho de que sus respuestas somáticas pueden ser signos que le ayuden a reconocer cuando su ansiedad comienza a aumentar y que este

conocimiento puede ayudarle a saber cuándo utilizar las técnicas de afrontamiento que aprenderá en sesiones futuras

4. Presentar el paso T

Se le presenta a los niño(as) un plan de afrontamiento en 4 pasos, llamado el plan de TEMOR. El primer paso, el paso "T" es

T ienes miedo?

E

M

O

R

Como parte del primer paso, el niño reconoce los sentimientos de ansiedad, monitorean su respuesta somática relacionada a la ansiedad y se pregunta a sí mismo, "¿estoy teniendo miedo?", "¿cómo se siente mi cuerpo?"

5. Asignar una actividad DQP

La actividad DQP para los niños(as) consiste en prestar atención a las reacciones de su cuerpo ante situaciones de ansiedad en dos ocasiones durante la semana y registrar cómo sintió su cuerpo. Se le pide a los niños(as) que evalúen el nivel de ansiedad de cada situación según cómo siente su cuerpo utilizando el "Termómetro de Emociones". Se les recuerda a los niños(as) que debe traer la actividad DQP, completa para la sesión próxima. Al final de la sesión, toma unos minutos para jugar Simón dice.

Sesión 4

Comprensión del modelo ABC y revisión de temores

Propósito

Brindar atención a los niños(as) individualmente, revisar sus temores, preguntar y verificar que comprendan el modelo del ABC y citar a las tías para preguntar qué han observado en el niño

(a) Para poder realizar esta sesión se utilizaron diez horas semanales

Objetivos

1. Brindar atención individual

2. Aprender más acerca de situaciones en las que el niño(a) se siente ansioso
3. Verificar que el niño(a) y las tías comprenden el modelo
4. Involucrar a las tías en el proceso

Actividades

1. Se procedió a que llenaran una escala de actitudes disfuncionales, se les repasó el modelo del ABC, se les preguntó acerca de sus temores, se les debatió su creencia y se les incitó a buscar otras respuestas alternativas al problema. Las tías participaron narrando qué habían observado en los niños durante estas tres primeras sesiones, se les pidió el apoyo para el cumplimiento de las tareas.

Se les explicó cómo funciona la ansiedad y que el evitar situaciones que causen temor mantiene el temor. Que hay que fomentar conductas valientes (a través de elogios y/o recompensas). Que ellas mismas son modelos de comportamiento.

Sesión 5

Relajémonos

Propósito

Repasar cómo reconocer las pistas somáticas que indican tensión o ansiedad. Presentar las técnicas de relajación y su uso para controlar la tensión asociada a la ansiedad.

Objetivos

1. Ver la actividad DQP de la sesión 3
2. Introducir la idea de que muchas sensaciones somáticas asociadas a la ansiedad incluyen tensión muscular.
3. Introducir el concepto de relajación y la práctica de técnicas de relajación
4. Practicar las técnicas de relajación mediante el modelo de afrontamiento y el juego de roles
5. Asignar una actividad DQP.

Actividades:

1. Ver la actividad DQP de la sesión 3

Iniciar una conversación acerca de las situaciones de ansiedad que los niños(as) hayan descrito en el cuaderno de actividades. Hablar sobre las dos situaciones exhaustivamente, focalizando particularmente en las respuestas somáticas que el niño(a) experimentó. Si los niños(as) no han ofrecido una clara descripción o si han tenido dificultad al recordar las respuestas somáticas asociadas a las dos experiencias, se utiliza un juego de roles imaginarios para insistir al niño(a) e identificar las expresiones físicas de las sensaciones de preocupación y ansiedad. Recompensa con dos puntos, si es apropiado y permítale al niño(a) cambiar sus puntos acumulados por un premio al finalizar la sesión. Se les entregó algunos cariños que ellos habían solicitado con anticipación a los que entregaron a tiempo sus tareas. A los que no, se les incitó a hacerlo. Se monitoreaba con las psicólogas de planta las conductas de los niños(as) porque además de hacer las tareas debían ser obedientes con las tías y hacer sus deberes escolares.

2. Introducir la idea de que muchas sensaciones somáticas asociadas a la ansiedad incluyen tensión muscular

Mencionar que cuando una persona se pone ansiosa, algunas parte de su cuerpo se tensionan y endurecen y que las respuestas somáticas están relacionadas a esa tensión.

3. Introducir el concepto de relajación y la práctica de técnica de relajación

Pedirles a los niños(as) que piensen en un momento o situación en que se encontraban realmente en calma y felices. Pedirles que se imaginen en esa situación y presten atención a cómo se siente su cuerpo.

Se describe una situación que provoque ansiedad y se les pide que se imaginen en ese escenario. Indicándole a los niños que presten atención a sus respuestas somáticas y así podrán identificar qué partes de su cuerpo se vuelven tensas.

Comparar el sentirse tenso con el sentirse relajado. Refuerce la idea pidiéndole a los niños(as) que cierren su puño fuertemente mientras cuentan hasta cinco y que presten atención a qué sienten. (Luego pídale al niño(a) que relaje su puño contando hasta cinco y que preste atención a la sensación tibia y relajada de su mano. Se le hace que si puede

aprender a relajar las partes tensas de su cuerpo, va a estar dando su primer paso en el manejo de su ansiedad

Atenúe la iluminación e invite a los niños(as) a encontrar una posición cómoda (por ejemplo, recostado sobre un sofá, reclinado en un sofá). Cuénteles que practicarán un ejercicio que los ayudará a relajarse. Dígame que cierren sus ojos. La primera técnica de relajación es la respiración profunda. Se les pide a los niños(as) que inhalen profundamente intentando que su estómago se expanda (como si inflaran un globo), luego que exhale lentamente prestando atención a cómo su cuerpo se siente cuando el aire sale. Se reitera el procedimiento 3 a 5 veces. Dígame a los niños(as) que se enfoque en cómo siente su cuerpo luego de unas cuantas inspiraciones profundas, hágame notar la sensación de relajación y cuénteles que ésta es una manera que rápidamente ayuda a sentirse relajado. Dígame que esta idea, "respirar hondo" puede ser muy útil como primera técnica de afrontamiento en una situación provocadora de ansiedad.

Dígame al niño(a) que nuevamente cierre su puño contando hasta cinco y lo abra también contando hasta cinco prestando atención a la sensación tibia en su mano, siguiéndola por el brazo y sintiendo cómo se expande por todo su cuerpo. Continúa el ejercicio de relajación, focalizando grupos de dos o tres músculos que el niño(a) haya identificado (o el terapeuta notado) como áreas donde se siente tensión.

Con la finalidad de ayudar a los niños(as) con la relajación se le entregó un CD para que puedan practicar los ejercicios en su hogar por su cuenta. En la grabación, se "acompaña al niño(a) a través de técnicas de relajación como respiración profunda y relajación muscular progresiva.

4. Practicar las técnicas de relajación mediante el modelo de afrontamiento y juego de roles

El terapeuta describe una situación que provoca ansiedad y modela cómo reconoce las sensaciones de ansiedad y la tensión acompañante hablando de sus respuestas somáticas. Actúa como un modelo de afrontamiento. Demuestra el afrontamiento modelando el estrés y luego utilizando la respiración profunda y la relajación. Describe en detalle todo lo que hace. Invita a los niños(as) a sumarse en una secuencia similar, o a actuar una mientras provees la guía necesaria.

5. Asignar una actividad DQP

El terapeuta explica la necesidad de la práctica diaria de los ejercicios de relajación, describiendo la capacidad para relajarse como una habilidad aprendida no como algo que se hace automáticamente. Se les pide a los niños(as) que realicen los ejercicios de respiración, tensión y relajación de sus músculos presentados durante la sesión. Si es apropiado, se les pide a las tías que asistan al niño(a) en encontrar un momento y lugar privado y/o auricular para practicar con el CD. Los objetivos son (a) practicar al menos una vez al día por varios días y (b) escribir acerca de dos situaciones que le provoquen ansiedad incluyendo los pensamientos y pistas somáticas que reconozca.

Jugamos a armar rompecabezas, como una forma de fomentar el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales de confianza

Sesión 6

¿En qué estoy pensando?

Propósito

Presentar la función de los pensamientos personales y su impacto en la respuesta ante situaciones provocadoras de ansiedad. Asistir al niño(a) en el reconocimiento de su diálogo interno (expectativas, preguntas automáticas, y atribuciones) en situaciones ansiosas. Ayudar al niño(a) a comenzar el desarrollo y uso de un diálogo interno de afrontamiento. Repasar las técnicas de relajación

Objetivos

1. Ver la actividad DQP de la sesión 5
2. Introducir el concepto de pensamientos automáticos (diálogos internos)
3. Hablar del diálogo interno en situaciones de ansiedad (diálogo interno ansioso)
4. Diferenciar al diálogo interno ansioso del diálogo interno de afrontamiento
5. Presentar el paso "EM"
6. Practicar el diálogo interno de afrontamiento
7. Asignar una actividad DQP

Actividades

1. Ver la actividad DQP de la sesión 5

Hablar con los niños(as) acerca de sus experiencias durante las prácticas de relajación, notando cuáles partes funcionaron bien y cuáles no. Se inicia una conversación sobre las experiencias que provocan ansiedad en los niños(as) durante los días entre sesiones. Recompensamos al niño(as) con dos puntos, si es apropiado. Si la actividad DQP no fue realizada, hay que hacerla con el niño(a) al inicio de la sesión.

Conversamos con los niños(as) sobre su experiencia utilizando la relajación como primera respuesta al sentirse ansioso, y reforzamos la idea de relajarse con respiración profunda y aflojando los músculos que tienden a tensionarse.

2. Introducir el concepto de pensamientos automáticos (diálogo internos)

Comentamos que ahora el niño(a) sabe cuándo comienza a sentirse ansioso, y que probablemente ciertos pensamientos suceden simultáneamente con esa sensación.

Le mostramos a los niños(as) los dibujos con globos vacíos (ver páginas 22 a 24 del cuaderno de actividades). Junto con el terapeuta el niño(a) completa con posibles pensamientos cada uno de los diferentes dibujos. Las imágenes representan situaciones relativamente sencillas en las cuales los pensamientos de los personajes probablemente sean obvios para los niños (as) e incluyen una variedad de sentimientos.

Describimos situaciones concretas no estresantes, o situaciones levemente estresantes (por ejemplo, "tu lápiz cae al suelo", o "la tía está preparando brócoli para la cena y tú odias el brócoli"). Se le pide al niño(a) que ofrezca ejemplo de los pensamientos que acompañarían estos eventos por ejemplo, "¿Qué diría el globo de tu dibujo?". El niño(a) piensa en una situación y describe los pensamientos que podría tener una persona que acabara de vivir esa experiencia.

Describimos una situación de poco estrés pero ambigua (los pensamientos que despierte pueden variar entre pensamientos de afrontamiento y pensamientos negativos) y sugiere e ilustra que el comportamiento de una persona dependerá de qué pensamientos tenga. Una vez presentado con una situación ambigua (por ejemplo, andar en patines), se le pide al niño(a) que desarrolle dos pensamientos y describa las probables variaciones en el comportamiento debido a los distintos pensamientos similares para otras imágenes. Se le

explica la conexión entre el pensamiento "algo malo está por suceder" y la sensación de ansiedad

3. Hablar del diálogo interno en situaciones de ansiedad (diálogo interno ansioso)

- Usando dibujos (o fotos de revistas) para presentar personajes en situaciones que provoquen ansiedad leve (selecciona dibujos personajes de particular interés para los niños(as)), el terapeuta sugiere los posibles pensamientos que el personaje pueda tener y se le pide a los niños(as) que sugieran pensamientos similares para otras imágenes. El terapeuta explica la conexión entre el pensamiento "algo malo está por suceder" y la sensación de ansiedad.

4. Diferenciar el diálogo interno ansioso del diálogo interno de afrontamiento

Nuevamente, se les presentan dibujos(o imágenes de revistas) mostrando personajes en situaciones que provocan bajos niveles de ansiedad, pero esta vez se les pide a los niños(as) que nos ayuden a idear qué pensamientos: (a) podrían incrementar el malestar del personaje (por ejemplo, diálogos internos ansiosos) y b) qué pensamientos podrían ayudar a reducirlo (por ejemplo, diálogos internos de afrontamiento). Basándonos en este ejemplo presentamos a los niños(as) el concepto de diálogo interno de afrontamiento como pensamientos que ayudan a reducir el estrés en situaciones de ansiedad. El terapeuta y el niño(a) debaten cómo se modificaría el comportamiento del personaje dependiendo del modo en que pensara sobre la situación: luego cambian el "diálogo" en el globo y piensan en un resultado o final diferente para el dibujo.

5. Presentar el paso "EM"

- Presentamos a los niños(as) el segundo paso, el paso "EM"

Tienes miedo?

Esperas que pase algo

Malo?

O

R

- Explicamos que como parte del paso "EM" los niños(as) deben prestar atención a sus pensamientos asociados con la ansiedad y preguntarse a sí mismo ¿cuál es mi diálogo interno? ¿Qué pienso que está por suceder? Explicamos que cuando una

persona tiene pensamientos ansiosos, puede intentar reducir su ansiedad cambiando su diálogo interno por un diálogo interno de afrontamiento

6. Practicar el diálogo interno de afrontamiento

- Se modela e invita al niño(a) a sumarse a la práctica del paso "EM" monitorea los pensamientos en situaciones gradualmente más ansiosas considerando las siguientes preguntas.

¿Tienes miedo?

Pregúntate.

¿Me siento Ansioso? ¿Qué está sucediéndole a mi cuerpo?

¿Esperas que pase algo malo?

Pregúntate

¿Cuál es mi dialogo interno? ¿Qué estoy esperando que suceda?

Recoge evidencia para tus pensamientos (se un buen detective)

¿Estoy seguro que esto es lo que va a suceder? ¿Qué otra cosa puede suceder?

¿Qué ha ocurrido anteriormente? ¿Ha sucedido esto a alguien que yo conozca?

¿Cuántas veces ha ocurrido?

Al tener toda la evidencia

¿Cuán probable es que esto suceda? ¿Qué pensamiento de afrontamiento puedo tener en esta situación? ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Qué tendría de malo eso?

Hablar de las trampas de la mente

Insta al niño(a) a ser un detective en busca de trampas de la mente que engaña a la gente y la hacen sentir ansiosa antes de que tengan la oportunidad recoger las evidencias necesarias.

Caminar con anteojeras

Ver sólo lo negativo sin considerar lo positivo de una situación (los caballos de carrera usan anteojera para mirar directamente hacia adelante sin distraerse al correr)

El repetidor

Si ha sucedido una vez sucederá cada vez igual

El catastrófico (o el pesimista)

Siempre pensando que "lo peor de lo peor, va a suceder"

El evitador

Mantenerse lejos de situaciones que generan miedo sin siquiera intentar

El lector de mentes (o el adivino con su "bola de cristal").

Llegar a conclusiones apresuradas sobre personas, cosas y situaciones, etc

Sin tener evidencia ni hechos

Los debos

DEBO ser siempre perfecto DEBO hacer todo bien

El perfeccionista

Tener expectativas demasiado altas: la perfección no es una opción humanamente posible

- Invitamos al niño(a) a confeccionar una tarjeta con posibles pensamientos de afrontamiento y / o pistas útiles o preguntas de "detective "para que tenga consigo en caso de situaciones de ansiedad Para niños(as) pequeños puede ser más útil una tarjeta con un dibujo o imagen que representa el pensamiento de afrontamiento

8. Asignar una actividad DQP

- Se les pide a los niños que durante la próxima semana registren en su cuaderno de actividades dos situaciones en las que se sientan ansiosos y presten especial atención a sus pensamientos. Deben practicar con su CD de relajación y registrar sus experiencias
- Al finalizar la sesión, se utilizan unos minutos para jugar el trencito con los ojos cerrados y uno dirige el equipo, para desarrollar confianza se dividió en dos equipos de a cinco

Sesión 7

¿Qué debería hacer?

Propósito

Identificar el concepto de diálogo interno ansioso y reforzar su transformación en diálogo interno de afrontamiento. Introducir el concepto de resolución de problemas y

desarrollar las estrategias de resolución para el manejo de la ansiedad. Repasar las técnicas de relajación

Objetivos

- Ver la actividad DQP de la sesión anterior
- Repasar los primeros dos pasos del plan de TEMOR
- Introducir el paso "O"
- Hablar sobre el concepto de resolución de problemas
- Practicar la resolución de problemas en situaciones de ansiedad
- Asignar una actividad DQP

Actividades

- **Ver la actividad DQP de la sesión anterior**
 - Hablar con los niños acerca de las experiencias de ansiedad que describieron en su cuaderno de actividades. Focalizar la conversación en cómo supo el niño que estaba ansioso y cuál era su diálogo interno utilizando una versión modificada del procedimiento de "tres columnas". Se hacen sobre un papel tres columnas con los títulos "Situación", "Sensaciones" y "Pensamientos", permitiendo agregar una cuarta columna. Mientras conversan, el terapeuta anota la información en la columna correspondiente, ayudando al niño a organizar sus pensamientos acerca de las experiencias. Se agrega la cuarta columna llamada "Acciones" y se anotan las acciones posibles relacionadas a los distintos "pensamientos" de la tercera columna. Recompensa al niño por su esfuerzo y cooperación con dos puntos o stickers.
 - Se habla con los niños acerca de sus experiencias practicando relajación durante la semana, notando los momentos en que el ejercicio fue realizado con éxito y aquellos en los que hubo dificultades. Se practica algún ejercicio de relajación con los niños(as) por unos minutos. Preguntamos a los niños acerca de sus experiencias usando relajación como primera respuesta al sentirse ansioso, y les

recordamos respirar profundamente y relajar los músculos que tienden a tensionarse

- **Repasar los primeros dos pasos del plan de T E M O R**

- Se resumen los primeros dos pasos recordándoles a los niños(as) que ahora ya pueden reconocer que su cuerpo responde con ciertas sensaciones cuando se siente ansioso. Utilizamos una experiencia registrada en el modelo de cuatro columnas como ejemplo y se insta a los niños(as) a pensar en otras situaciones.
- Los niños(as) pueden ahora tomar medidas para modificar sus respuestas en situaciones de ansiedad e identificar su diálogo interno ansioso. Estos son los primeros dos pasos para aprender a manejar una situación aunque se sienta ansioso.
- Se le informa a los niños(as) que saber los pasos a seguir, les permitirá lidiar con ansiedad o preocupación.

Se les instruye para que se pregunten

¿Tienes miedo?

Pregúntate: ¿Me siento ansioso? ¿Qué está sucediéndole a mi cuerpo?

¿Esperas que pase algo malo?

Pregúntate: ¿Cuál es mi diálogo interno? ¿Qué estoy esperando que suceda?

Recoge evidencias para tus pensamientos (Sé un detective!)

¿Estoy seguro de que esto es lo que va a suceder? ¿Qué otra cosa puede suceder? ¿Qué ha ocurrido anteriormente? ¿Ha sucedido esto a alguien que yo conozca? ¿Cuántas veces ha ocurrido?

Al tener toda la evidencia

¿Cuán probable es que esto suceda? ¿Qué pensamiento de afrontamiento puedo tener en esta situación? ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Qué tendría de malo eso?

- **Introducir el paso " O "**

Se le presenta a los niños(as) el tercer paso del plan de TEMOR para afrontar la ansiedad, el paso "O":

Tienes miedo

Esperas que pase algo

Malo?

Operaciones que ayudan (Actitudes y Acciones)

R

Se les explica a los niños(as) que además de reconocer sus sensaciones de ansiedad y diálogos internos, ellos pueden intentar acciones que ayuden a cambiar la situación para que pueda seguir adelante a pesar de su ansiedad

- **Hablar sobre el concepto de resolución de problemas**

- Se le explica a los niños que la resolución de problemas ayuda a desarrollar un plan para afrontar la ansiedad (Este plan será específico al tipo de situación y a las estrategias que los niños encuentren más útiles o de su preferencia) Explica el proceso de resolución de problemas describiendo cómo desarrollar una idea

Paso 1

Define el problema

¿Cuál es la situación que provoca ansiedad?

Paso 2

Explora posibles soluciones alternativas (no evalúes aún)

¿Qué podría hacer alguien para que la situación sea menos estresante?

Paso 3

Evalúa las posibles soluciones alternativas

¿Cuáles de las soluciones son más factibles?

¿Hay alguna solución que NO parezca factible o que NO tenga sentido?

Paso 4

Selecciona una alternativa preferida

¿Qué sería lo mejor para hacer?

¿Cuál es la solución elegida?

Esta presentación deberá ser modificada para ajustarse al nivel de desarrollo del niño, especialmente en términos de lenguaje y habilidades cognitivas. Algunos niños serán

capaces de comprender las ideas así presentadas, pero el lenguaje deberá ser simplificado. Con niños pequeños, será mejor enseñar el procedimiento con ejemplos y práctica.

Aplicar la resolución de problemas a situaciones no estresantes

Para demostrar el uso de este método, comienza con un problema simple, no estresante, que sea concreto y real para el niño(a) (por ejemplo "has perdido tus zapatos en alguna parte de tu casa ¿Qué harías para encontrarlos?") Se modela el proceso de explorar alternativas y de seleccionar una preferencia. Se propone otra situación concreta y comienza a modelar el proceso, esta vez invitando a los niños(as) a participar en la resolución del problema con sugerencias y evaluando las alternativas hasta dar con la mejor. Durante el ejercicio se pone especial énfasis en el hecho de que esta habilidad requiere de mucha práctica y que los niños(as) no deben esperar éxito inmediato

- **Practicar la resolución de problemas en situaciones de ansiedad**

- Practicar el mismo procedimiento en una situación que provoque bajos niveles de ansiedad. Nuevamente, se modela la resolución del problema e invita a los niños(as) a sumarse. Como siempre, se alienta a los niños(as) a ofrecer sus propios escenarios sobre los que actuar, pero debe tener preparadas situaciones relevantes para los niños(as) en caso de que no se le ocurran ideas.
- Aplicar la resolución de problemas a situaciones que provoquen mayores niveles de ansiedad, nuevamente modelando e invitando a los niños(as) a sumarse en el procedimiento tanto como sea necesario hasta que los niños puedan atreverse a una situación sin mucha guía del terapeuta

- **Asignar una actividad DQP**

- Durante la semana entretanto, los niños(as) deben registrar en sus cuadernos de actividades dos situaciones en las que se sientan ansiosos, presentando especial atención a sus reacciones. Además, se le pide al niño(a) que continúe practicando relajación con su CD (aunque esta semana no se le pide que registre sus experiencias)
- Al finalizar la sesión, utiliza unos minutos para pintar un dibujo de su preferencia

Sesión 8

¿Cómo voy?

Propósito

Introducir los conceptos de evaluación o escala de evaluación o escala de evaluación de desempeño y de recompensa basada en esfuerzos y rendimiento. Repasar las habilidades previamente presentadas al formalizar el cuarto paso del plan de T E M O R a fin de que los niños(as) lo utilicen al sentirse ansiosos y practiquen su uso en situaciones no estresantes.

Objetivos

1. Ver la actividad DQP de la sesión 7
2. Presentar el paso "R"
3. Hablar del concepto de auto- evaluación y recompensa
4. Practicar auto-evaluación y recompensa por esfuerzo
5. Repasar el plan de T E M O R
6. Aplicar el plan de T E M O R
7. Ver la escala de temor y ver actividades de exposición
8. Asignar una actividad DQP

Actividades

1. Ver la actividad DQP de la sesión 7

- Iniciamos con conversaciones acerca de las experiencias de los niños(as) durante los días entre sesiones. Pedimos a los niños(as) que describan sus experiencias al desarrollar un plan de acción, cuando se sintieron ansiosos- asegurarnos de alertar y apoyar incluso el éxito parcial
- Recuérdales a los niños(as) que para ser capaz de manejar estas nuevas habilidades necesita muchas prácticas.
- Hablar con los niños(as) acerca de sus experiencias al practicar la relajación esta semana, señalando los momentos en que el ejercicio funcionó y aquellos en que tuvo dificultades.

2. Presentar el paso "R "

- El terapeuta presenta el último paso del plan de T E M O R para afrontar la ansiedad , el paso " R "

Tienes miedo?

Esperas que pase algo

Malo?

Operaciones que ayuden (actitudes y acciones)

Resultados y recompensas

Hicimos un resumen junto a los niños(as) de los primeros tres pasos para reconocer su ansiedad, su diálogo interno ansioso y aplicar el diálogo interno de afrontamiento, y actuar de manera que modifique la situación. Introducimos la idea de evaluar su rendimiento y recompensarse a sí mismo por su esfuerzo por afrontar y lidiar con una situación a pesar de su ansiedad.

3. Hablar del concepto de auto – evaluación y recompensa

- Comenzamos describiendo "recompensa" como algo que se entrega cuando alguien está satisfecho con el trabajo realizado. Dimos ejemplos de recompensas mediante una historia sobre cómo enseñarle un truco a un perro. Si el perro aprende el truco, recibe un premio tal como una golosina, una caricia en la cabeza, u otra cosa que él disfrute. Pero el truco entero no se aprende enseguida; se necesitan varios pasos para acercarse gradualmente al truco completo. Si un cachorro tiene problemas para aprender el truco, su entrenador le hace intentar una y otra vez hasta que lo logre. Haz hincapié en que al comienzo el entrenador puede recompensar al cachorro por lograr parte del truco y que lo hará cada vez que el cachorro haga algo bien.
- Se trasladó el concepto a la gente hablando de "jefes" en el trabajo y evaluación y recompensa y hablamos acerca de cómo se siente una persona al recibir una recompensa o ser castigado.
- Presentamos la idea de auto-evaluación describiendo cómo un niño(a) puede decidir si se encuentra satisfecho con su propio trabajo o no. Sugerimos que las personas pueden evaluarse a sí mismas y recompensar o castigar su propio comportamiento. Por ejemplo, en el caso de un niño(a) que disfrute del deporte: "Imagina que haz hecho

una buena jugada y haz ganado un punto para tu equipo. Has tenido éxito en lo que intentabas hacer? ¿Cómo te sentirías? ¿Qué harías luego del partido? ¿En qué pensarías?" Nos Aseguramos de señalar que no se puede esperar ganar un punto en cada turno que uno tenga durante un partido (por ejemplo, un excelente jugador de fútbol acierta 1 de cada 3 definiciones) y que no acertar tampoco es razón para castigarse a uno mismo. Sólo se pide que uno de lo mejor de sí. Haz lo mismo con el ejemplo de una situación en la que el niño no tiene éxito, y por lo tanto no obtiene recompensas

- Acordamos con los niños(as) recompensas de magnitudes y tamaños apropiados (no demasiado grandes), señalar que la recompensa es mejor si es inmediata, y alentamos la combinación de premios materiales (por ejemplo: binchas) y no materiales (por ejemplo, leer un cuento, ver una película en casa). Presenta el concepto de recompensa social, como ejemplo jugar un juego de su preferencia, o ver una película.
- Presentamos un escenario en el que los niños(as) afronten con relativa facilidad algún problema simple y se auto-evalué positivamente. Le explicamos que el modo en que se sienta luego indicará cómo evaluará su rendimiento –positiva o negativamente. Si te sientes mal, es muy probable que estés decepcionado con tu rendimiento, pero si te sientes feliz luego de hacer algo, seguro que estás satisfecho con tus esfuerzos. Además, presentamos un escenario en el que los niños deban enfrentar una situación más difícil, en la que sus acciones tengan poco impacto en la resolución del problema, pero en la que pueda sin embargo sentirse satisfecho o decepcionado con sus pensamientos y respuestas frente a la situación. Hablamos acerca de las diferencias para ayudar a los niños a ver que es posible evaluarse positivamente a pesar de haber obtenido resultados desfavorables que escapaban a su control.
- Presentamos la idea de un "Reloj de las Emociones".
Utilizando el Reloj de las Emociones (ver anexo) los niños(as) miden su propia evaluación de su esfuerzo/rendimiento. El terapeuta modela la auto-evaluación y utiliza el Reloj de las Emociones en función de una situación propia. Se le presenta otra situación para que los niños(as) se imaginen en ella y utilicen el Reloj de las

Emociones para evaluar su esfuerzo/rendimiento

Muy feliz

Muy triste

Feliz

Triste

Ok

Molesto

Indeciso

Practicar auto-evaluación y recompensarse uno mismo por el esfuerzo

- El terapeuta provee un modelo de afrontamiento al describir al menos una situación en la que experimentó alguna preocupación, pero no resolvió el problema automáticamente, aunque sí afrontó exitosamente la ansiedad, hizo una auto-evaluación positiva, y se dio a sí misma una recompensa adecuada. Algunos ejemplos de la recompensa pueden incluir decirse a sí mismo que hizo un buen trabajo, escribir la situación en su diario, contárselo a una amiga, o dedicar un tiempo a su hobby favorito.
- El terapeuta y los niños(as) actúan un escenario donde una situación que provoca ansiedad es enfrentada con éxito (aunque no perfectamente). El terapeuta guía e invita a los niños a sumarse. Incluye ejemplos de recompensas posibles.
- Se le muestra a los niños(as) una historieta en la que el personaje intenta afrontar una situación que le provoca ansiedad y tiene éxito. Dile al niño que complete los globos de pensamientos. (ver anexo).
- Aprovechamos esta oportunidad para llamar la atención de los niños(as) a que cuando evalúan su propio rendimiento, es probable que encuentren aspectos positivos como cosas que podrían haber salido mejor pues la gente muy rara vez hace todo correctamente.
- Le aclaramos a los niños que pueden recompensarse por el esfuerzo y por el progreso no sólo por hacer "lo correcto". Haz hincapié en que nadie hace todo perfectamente, que no hacer algo al cien por ciento correctamente no significa que debas castigarte (por ejemplo, Michael Jordán acertó el 49% de sus tiros, promedio de tiros acertados durante toda su vida).

4. Ver el plan de TEMOR

- Se revisan los conceptos de los cuatro pasos del plan de TEMOR y confecciona un "Carnet de Plan TEMOR" – una tarjeta que quepa en un bolsillo como la que se encuentra cuaderno de actividades. Remarcar las letras importantes de cada paso con colores. Los niños(as) decoran el carnet usando su creatividad y lo personalizan con pensamientos de afrontamiento, posibles recompensas, etc.
- La palabra TEMOR facilita la memorización de los pasos y un afrontamiento exitoso. Se alienta a los niños(as) a utilizar la palabra TEMOR durante las sesiones. Si el niño(a) es creativo y encuentra difícil recordar los pasos de la manera propuesta, se le permite crear su propia palabra para memorizarlos.

5. Aplicar el plan de TEMOR

- Se presenta una situación levemente estresante y luego utiliza el plan de temor para atravesar el problema. El niño(a) y el terapeuta realizarán un ejercicio similar juntos con otra situación, y finalmente, el niño (a) actúa el proceso en una situación que le provoca mayor ansiedad.
- **Ver la jerarquía de temor y hablar de actividades de exposición**
 - Practicarán los pasos del plan de TEMOR en situaciones en que el niño(a) siente ansiedad o preocupación (es decir, las situaciones registradas en las tarjetas de situaciones o la escalera de temor del cuaderno de actividades). Practicar estos pasos en situaciones que le provocan ansiedad real le permitirá al niño(a) ver que es capaz de afrontar las situaciones y ver que lo que cree que pasará es improbable.
 - El propósito del tratamiento no es eliminar la ansiedad del niño(a) por completo sino reducirla a niveles normales y que el niño(a) pueda manejarla.
 - Los niños(as) experimentarán ansiedad mientras practiquen sus habilidades, cuanto más practique en situaciones reales, menos ansiosos se sentirán y serán capaces de sentirse seguros y en control.
 - **Los pasos de T E M O R debe ser practicados repetidamente.** Practicarán una y otra vez enfrentar situaciones que haga sentir ansioso al niño(a). La práctica durará

casi hasta que los niños descubran qué disminuyó la ansiedad. La práctica se realiza tanto en sesión como si fuera de ella.

- Dependiendo de la actividad de exposición, los niños(as) pueden necesitar permanecer en una situación por un tiempo. El objetivo de una actividad de exposición es que los niños(as) vean que pueden afrontar una situación y que lo que creyeron que pasaría no es tan probable.

6. Asignar una actividad DQP

- Los niños (as) deben registrar en su cuaderno de actividades dos situaciones de ansiedad que hayan vivido, y que preste atención a su auto – evaluación y recompensa. Si se auto – evaluó por éxito parcial o solamente por éxito completo, cómo se sintió luego, y que utilizó para recompensarse.

Sesión 9

Diálogos internos, respuestas de afrontamiento y habilidades sociales

Propósito

Brindar atención individual a los niños(as) y tías, identificar si el niño(a) tiene alguna dificultad con el plan temor, con sus diálogos internos y con sus respuestas de afrontamiento, explicarle con más detalle los errores de pensamiento.
Alentar la continuación del apoyo y ayuda de las tías en el tratamiento.

Objetivos

1. Brindar atención individual
2. Proveer información adicional acerca de la segunda mitad del tratamiento
3. Aprender más acerca de situaciones que provocan ansiedad en el niño (a)
4. Conversar con las tías sobre el programa y la conducta de los niños(as)
5. Enseñar habilidades sociales a los niños (as)

Actividades

1 Brindar atención individual

- Se conversa con el niño(a) se revisan sus tareas, se le pregunta si tiene alguna duda, se le recuerda que las medidas de seguridad mantienen su ansiedad cuando no las enfrenta, cuando se escapa, cuando vive pendiente de lo que le asusta y cuando enfrenta las situaciones sólo si cuenta con ayuda, que es necesario que haga todas sus tareas y cómo se siente con el programa

2 Proveer información adicional acerca de la segunda mitad del tratamiento a los niños (as) y las tías.

- Los niños(as) practicarán las técnicas que han aprendido, exponiéndolos a situaciones que le causan temor para poder superarlos, se les explica esto a las tías
- Se practicarán los pasos del plan de T E M O R en situaciones en que el niño (a) siente ansiedad o preocupación lo que le permitirá al niño(a) ver que es capaz de afrontar las situaciones y ver que lo que cree que pasará es improbable
- Los pasos de TEMOR deben ser practicados repetidamente Practicarán una y otra vez a enfrentar situaciones que hagan sentir ansioso al niño(a) La práctica durará casi hasta que el niño(a) se sienta aburrido por la situación más que ansioso La práctica se realiza tanto en la sesión como fuera de ella
- Habilidades Sociales ¿te imaginás estando triste un sábado a la noche, lo bueno que sería poder telefonear a un amigo o conocer gente nueva? Existen habilidades de comunicación positiva A ciertas personas le resulta fácil entablar nuevas relaciones y a otras no tanto En parte la diferencia se da por la forma de comunicarnos que hemos aprendido (otros factores que interfieren en nuestra capacidad para establecer y profundizar relaciones son nuestros pensamientos negativos y catastróficos. Algunos los adquirieron compartiendo tiempo y actividades con gente diversa Otros, por timidez o cambios que afectaron sus vidas no tuvieron la oportunidad de desarrollarlas También puede pasar que no seamos conscientes de que las tenemos y nos sentimos inseguros ante la falta

de práctica La buena noticia es que Estas herramientas se pueden aprender y mejorar

- Algunas técnicas de comunicación positiva son:
 - Gestos mirar a los ojos, sonreír y distenderse.
 - Decir cosas positivas, escuchar activamente, hacer preguntas, interesantes por el otro.
- Cuando conversa con alguien, es importante lo que dices, la forma en la que lo dices, los gestos y el tono
- El modo con que decimos las cosas puede ser:
 - **Inseguro:** decimos lo que pensamos o queremos en voz baja, sin insistir o apenas lo insinuamos
 - **Agresivo:** Decimos lo primero que se nos cruza por las cabeza, sin pensar bien las cosas, gritando y, muchas veces, insultando también
 - **Asertivo:** Decimos lo que queremos, logrando que nos escuchen y respeten. Sin dejar de respetar a los demás

Sesión 10

Empieza la práctica

Se realizó esta sesión dos veces a la semana, para poder llevarla a cabo con cada niño (a) en grupo de a cinco.

Propósito

Practicar los cuatro pasos del plan de T E M O R en situaciones, imaginarias y en vivo, que provocan bajos niveles de ansiedad en el niño (a)

Objetivos

1. Revisar la actividad DQP de la sesión 8
2. Ver el concepto de progreso mediante la práctica de las nuevas habilidades
3. Practicar en situaciones imaginarias que provocan poca ansiedad
4. Practicar en situaciones reales (en vivo) que provocan poca ansiedad

5. Planificar una actividad de exposición para la sesión 11
6. Asignar una actividad DQP

Actividades

1. Revisar la actividad DQP de la sesión 8

- Conversar respecto a las ansiedades de los niños(a) cómo están mejorando en términos de su afrontamiento y manejo y cómo se están recompensando a sí mismos por su progreso. Hablar de las dos situaciones que los niños(as) registraron en su cuaderno de actividades, prestando especial atención a su uso y manejo del plan TEMOR. Se alienta a los niños(as) a que practiquen los cuatro pasos a fin de que no requieran de tanta concentración como lo hacen al principio.

2. Ver el concepto de progreso mediante la práctica de las nuevas habilidades

- Recordarles a los niños (as) que hoy comenzarán las prácticas de las nuevas técnicas en situaciones reales y que debe escribir el cambio que habrá en las actividades que harán de ahora en adelante. En vez de aprender acerca de los pensamientos y sensaciones y de desarrollar en el niño(a) estrategias de afrontamiento, el énfasis se pondrá en practicar las técnicas y estrategias de afrontamiento, a veces en la sesión otras veces en la situación real.

3. Práctica en situaciones imaginarias que provocan poca ansiedad

- Describe la situación elegida para la práctica y desarrolla junto a los niños(as) el plan TEMOR para afrontar la ansiedad (Ver anexo). A fin de hacer la situación imaginaria lo más real posible, el terapeuta utiliza elementos reales que serían parte de la situación y le pide que evalúe la situación según la escala de 0 a 8 de EDI.
- El terapeuta actúa en el lugar del niño(a) y modela en voz alta sus pensamientos a través de la situación utilizando el plan TEMOR y recordando los pasos de afrontamiento. Se un modelo de afrontamiento –no debe ser perfecto– sólo una demostración útil y clara. Luego, el terapeuta le pide al niño(a) que reitere el procedimiento en una situación levemente distinta usando los mismos elementos.

- Anotamos la evaluación del niño (a) y registramos su percepción de cuán ansioso cree que está en las etapas pre, durante y post exposición (un minuto aproximadamente).

4. Practicar en situaciones reales(en vivo) que provocan poca ansiedad

- Como preparación para la actividad de exposición en vivo, juntos formulamos un plan de TEMOR para afrontar la situación y lo anotamos en el cuaderno de actividades
- Se le pidió a los niños(as) que apliquen las técnicas aprendidas a la situación real que ha sido practicada en el proceso de exposición imaginaria, mientras realizan el ejercicio completo. Siendo éste el primer intento de práctica en la vida real, se le pidió a los niños (as) que tengan cerca su carnet/tarjeta de TEMOR para confirmar o recordar los pasos en caso de tener dificultades. A los niños (as) que no fueron capaces de seguir adelante en algún momento de la práctica, se les alienta a recompensarse por el éxito parcial que alcanzaron hasta el momento. Durante la actividad de exposición en vivo, el niño(a) provee su evaluación EDI antes, durante (cada minuto) y al finalizar. Se anotan los puntos del niño (a) y se registra su opinión de cuán ansioso podría estar el niño(a) antes, durante y luego de la exposición. Recompensar a los niños(as) por su esfuerzo y por completar la actividad en vivo.

5. Planificar una actividad de exposición para la sesión 11

- Se eligió una situación para que el niño (a) practique durante la sesión 11. La situación debe ser seleccionada del grupo de situaciones que provocan bajos niveles de ansiedad.

6. Asignar una actividad DQP

- Se les dijo a los niños(as) que revisen y practiquen los pasos del plan TEMOR en al menos una situación que les provoque ansiedad, una similar a la practicada en sesión, y que registren su experiencia en su cuaderno de actividades. Se les recompensó por la práctica en vivo fuera de la sesión.
- Se jugó a cazadores y leones.

Sesión 11

Más Práctica

Propósito

Continuar la práctica y aplicación de las técnicas de afrontamiento de ansiedad en situaciones que provocan bajos niveles de ansiedad en los niños(as). Se llevó a cabo dos veces a la semana para poder realizarla con cada niño(a), en un grupo de cinco.

Objetivos

1. Ver la actividad DQP de la sesión 10
2. Continuar la práctica usando actividades de exposición en vivo en situaciones que provocan bajos niveles de ansiedad
3. Planificar la actividades de exposición para la sesión 12
4. Asignar una actividad DQP

Actividades

1. **Ver la actividad DQP de la sesión 10**
 - Se le pidió que compartan su imagen del personaje favorito que le ayudará afrontar su ansiedad
 - Hablamos con los niños (as) acerca de su experiencia de ansiedad que se practicó durante la semana. Recompensamos su cooperación con puntos/stickers
2. **Continuar la práctica usando actividades de exposición en vivo en situaciones que provocan bajos niveles de ansiedad.**
 - Describimos a los niños(as) la situación seleccionada. Como preparación, se idea un plan TEMOR para afrontar la ansiedad que provocará la situación y la registran en el cuaderno de actividades (Ver Anexo). Se anticipa los pensamientos negativos del niño(a) y sus comportamientos de evitación. Se refuerzan los logros de los niños(as) por pequeños que sean. Se les pidió a los niños (as)

que practiquen la situación actuada y que presten atención a cualquier dificultad al utilizar los pasos del plan.

- Durante la actividad de exposición, el niño(a) provee su evaluación EDI, cada minuto y al final de la práctica. Nosotros también proveemos nuestras propias evaluaciones de cuán ansioso creemos que se encuentra el niño(a) antes, durante y después de la exposición.

Se recompensa al niño(a) por seguir la actividad de exposición, se habla con él (ella) una vez terminada la exposición acerca de qué le resultó sencillo y qué difícil y se intenta desarrollar ideas para mejorar en el futuro.

3. Planificar la actividad de exposición para la sesión 12

- Se trabaja junto a los niños (as) en la selección de una situación a ser practicada durante la sesión 12. La situación debe ser una que provoque niveles medios de ansiedad.

4. Asignar una actividad DQP

- Se les pidió a los niños que utilicen el plan TEMOR en dos situaciones que le provoquen ansiedad leve y que registren en su cuaderno lo sucedido para hablar de eso la siguiente sesión. Se establece una recompensa por la actividad.

Sesión 12

Más Práctica

Se llevó a cabo dos veces a la semana para poder realizarla con cada niño(a), en grupo de a cinco.

Propósito

Practicar y aplicar las técnicas de afrontamiento para la ansiedad en situaciones imaginarias y en vivo que provocan niveles moderados de ansiedad en el niño(a).

Objetivos

- 1 Ver la actividad DPQ de la sesión 11
- 2 Practicar usando exposición imaginaria en situaciones que provocan niveles moderados de ansiedad.
- 3 Planificar la actividad de exposición para la sesión 13
- 4 Asignar una actividad DQP

Actividades

1. Ver la actividad DQP de la sesión 11

- Se habló acerca de las dos situaciones de ansiedad que experimentaron los niños(as) (donde se expusieron a sí mismo) durante la semana. Se le pidió que describan cómo afrontaron su ansiedad y cómo se recompensaron. Se recompensó la cooperación del niño(a) con puntos/stickers

2 Practicar usando exposición imaginaria en situaciones que provocan niveles moderados de ansiedad.

- Se describe la situación seleccionada, que se espera provoque niveles moderados de ansiedad, y en colaboración con el niño (a) se desarrolla un plan TEMOR. Para hacer la situación imaginaria lo más real posible, el terapeuta utiliza elementos que serían parte real de la situación y se le pide al niño(a) que evalúe la situación usando el Termómetro de Emociones
- Actuando como un modelo de afrontamiento, (actuamos como si fuéramos el niño(a)) se modela sus pensamientos a través de la situación usando el plan TEMOR. Luego, invitamos al niño(a) a realizar el papel. Y continuar con el plan
- Durante la exposición imaginaria, el niño(a) provee su evaluación EDI antes y después, al igual que durante el ejercicio, cada minuto, nosotros registramos las evaluaciones del niño(a) y anotamos sus observaciones de cuán ansioso se encuentra el niño(a), utilizando la misma escala.

- Al finalizar la actividad de exposición, el niño(a) es recompensado por su esfuerzo y por completar la actividad en vivo. Hablamos acerca de qué le resultó más sencillo y qué más difícil e intentamos desarrollar ideas para mejorar en el futuro.

4. Planificar la Actividad de exposición para la sesión 13

- Se trabaja junto al niño(a) en la selección de una situación para ser practicada durante la sesión 13. La situación debe ser una que provoque niveles medios de ansiedad.

5. Asignar una actividad DQP

- Se le pide a los niños(as) que practiquen los pasos del plan TEMOR en, al menos, dos situaciones que le provoquen ansiedad moderada y registren lo ocurrido para hablar de ello la próxima sesión. Acordamos con los niños(as) una recompensa por la práctica fuera de sesión.
-

Sesión 13

Se pone Difícil

Se llevaron a cabo dos veces a la semana para poder realizarla con cada niño, en grupo de cinco.

Propósito

Practicar la aplicación de las técnicas de afrontamiento de ansiedad en situaciones reales (en vivo) que provocan niveles moderados de ansiedad en el niño(a).

Objetivos:

- 1 Ver la actividad DQP de la sesión 12
- 2 Practicar usando exposición en vivo en situaciones que provocan niveles moderados de ansiedad
- 3 Planificar la(s) actividad(es) de exposición para la sesión 13
- 4 Asignar una actividad DQP

Actividades

1. Ver la actividad DQP de la sesión 12

- Hablamos con el niño(a) sobre las dos experiencias de ansiedad que vivió en la semana. Se le pidió a los niños(as) que describieran cómo afrontaron su ansiedad y cómo se auto-recompensaron incluso por el éxito parcial.

2. Practicar usando exposición en vivo en situaciones que provocan niveles moderados de ansiedad.

- Conversamos con los niños(as) de las situaciones de ansiedades que seleccionaron en la sesión 12 para practicar el día de hoy. Como preparación, desarrollamos un plan TEMOR para afrontar la ansiedad que provocará la situación; el plan es registrado en el cuaderno de actividades (ver anexo). Se reforzó la actividad del niño.
- Para presentar un modelo de afrontamiento, el terapeuta menciona los aspectos de la situación que probablemente generan ansiedad en el niño(as), cubriendo cada paso del plan. Se le pide al niño(a) que describa sus sensaciones, respuestas somáticas y diálogos internos ansiosos así como las estrategias para manejar el inicio de la ansiedad.
- Nos aseguramos de ayudar al niño(a) a desarrollar estrategias reales para afrontar la ansiedad de la situación y "analizamos" cómo ponerlos en práctica.
- Al igual que en la actividad de exposición anterior, el niño(a) provee su evaluación EDI en cada minuto y al final de la práctica. Nosotros registramos las evaluaciones del niño(a) y también proveemos nuestra propia evaluación.
- Al finalizar la actividad de exposición, se guía al niño(a) en una evaluación de su desempeño, mencionando qué aspectos le resultaron más sencillos y cuáles más difíciles. En conjunto, desarrollamos ideas para mejorar en el futuro, y el niño(a) recibe su recompensa por el esfuerzo de la actividad de exposición en vivo.

3. Planificar la actividad de exposición para la sesión 13

Se trabaja junto al niño(a) en la selección de una situación a ser practicada durante la sesión 14. La situación debe ser una que provoque elevados niveles de ansiedad.

4. Asignar una actividad DQP

- Recordarle al niño(a) practicar los pasos del plan TEMOR en al menos dos situaciones que le provoquen niveles moderados de ansiedad y registrar lo sucedido para hablarlo la semana siguiente. Acuerda una recompensa por su esfuerzo.

Sesión 14

Practicar un poco más

Se realizó esta sesión dos veces a la semana para poder llevarla a cabo con cada niño, en un grupo de cinco.

Propósito

Practicar y aplicar las técnicas de afrontamiento de la ansiedad en situaciones imaginarias y en vivo.

Objetivos

1. Ver la actividad DQP de la sesión 13.
2. Practicar usando exposición imaginaria en situaciones que provocan niveles elevados de ansiedad.
3. Planificar la actividad de exposición para la sesión 15.
4. Asignar una actividad DQP.

Actividades

1. Ver la actividad DQP de la sesión

- Hablamos con el niño(a) acerca de las situaciones de ansiedad que experimentó durante la semana. Le pedimos que describa cómo afrontó la ansiedad y cómo se recompensó a sí mismo. Se recompensa la cooperación y

2. Practicar usando exposición imaginaria en vivo en situaciones que provocan niveles elevados de ansiedad

- Describimos la situación seleccionada, que se espera provoque niveles elevados de ansiedad, y en colaboración con el niño(a) desarrollamos un plan de TEMOR que registramos en el cuaderno de actividades. A fin de hacer la situación imaginaria lo más real posible, el terapeuta utiliza elementos que serían parte real de la situación y le pide al niño(a) que valore la situación usando el Termómetro de emociones.
- Se le pide al niño(a) que describa sus sensaciones, respuestas somáticas y diálogos internos ansiosos. Se evalúan con el niño(a) las estrategias de afrontamiento más apropiadas e invierte unos minutos en algún ejercicio de relajación antes y/o en la situación. Luego se da la exposición en vivo, el niño(a) provee su evaluación EDI antes y después, al igual que durante el ejercicio, cada minuto. El terapeuta registra las evaluaciones del niño(a) y a su vez anota sus observaciones de cuán ansioso se encuentra el niño(a), utilizando la misma escala en las etapas pre, durante (cada minutos) y post exposición.
- Al finalizar la actividad de exposición, el niño es recompensado por su esfuerzo y por completar la actividad en vivo. Hablamos acerca de qué le resultó sencillo y qué difícil se intentan desarrollar ideas para mejorar en el futuro.

3. Planificar la actividad de exposición para la sesión 15

- Elegimos una situación estresante para que el niño(a) practique durante la sesión 15.

4. Asignar una actividad DQP

- Le pedimos a los niños(as) que practiquen los pasos del plan TEMOR en, al menos, dos situaciones que le provoquen ansiedad elevada y registren lo ocurrido para hablar de ello la próxima sesión. Acordamos con el niño una recompensa por cada práctica fuera de sesión.

- Presentándolo como una actividad divertida, le pedimos al niño(a) que elabore un poema, una canción, un folleto, una volante, o cualquier otra cosa que le guste hacer. Fomentamos la creatividad.

Sesión 15

Una oportunidad más para practicar

Propósito

Practicar la aplicación de técnicas de afrontamiento de la ansiedad en situaciones, en vivo, que provocan niveles elevados de ansiedad en el niño(a). Se llevó a cabo dos veces a la semana para poder realizarla con cada niño(a), en grupo de a cinco en un grupo de cinco.

Objetivos

- 1 Ver la actividad DQP de la sesión 14
- 2 Practicar usando exposición en vivo en situaciones que provocan niveles elevados de ansiedad
- 3 Planificar una actividad de exposición de cierre para la sesión 16
- 4 Hablar acerca del fin del tratamiento
- 5 Asignar una actividad DQP

Actividades

1. **Ver la actividad DQP de la sesión 14**
 - Hablamos con el niño(a) acerca de las situaciones de ansiedad de la semana pasada, notando los diferentes temores y preocupaciones que el niño(a) tuvo en esas situaciones. Le pedimos que describa cómo afrontó la ansiedad y cómo se recompensó.
2. **Pedirle al niño que comparta sus ideas**
 - Sobre qué ha pensado hacer, una canción o un poema. Preguntar si desean hacer poemas y otros canciones sobre lo que han aprendido.

3. Practicar usando exposición en vivo en situaciones que provocan niveles elevados de ansiedad

- Hablamos acerca de la situación de ansiedad seleccionada durante la sesión 14 para practicar en la sesión de hoy. Se registró en el cuaderno de actividades.
- Como modelo de afrontamiento, el terapeuta menciona los aspectos de la situación que puedan generar ansiedad. Cubriendo cada punto del plan, el terapeuta describe sus pensamientos y alienta al niño a comentar acerca de la situación y a ofrecer sugerencias para ayudarlo a afrontar mejor la situación. Es importante que el niño ayude al terapeuta a usar los pasos del plan TEMOR.
- Se le pide al niño(a) que describa sus sensaciones, reacciones somáticas, y diálogo interno, y cómo adaptarlos. El terapeuta y el niño (a) debaten acerca de las estrategias más apropiadas y utilizan unos minutos en ejercicios de relajación antes y/o en la situación misma. Ayudar al niño(a) desarrollar las estrategias reales para afrontar la situación y hablen acerca de cómo llevarlas a cabo. Le pedimos al niño (a) que entregue sus evaluaciones EDI antes, durante y después de la actividad de exposición. Nosotros registramos las evaluaciones del niño(a) además de su apreciación de cuán ansioso esté, usando la misma escala (también antes, durante y luego de la actividad).
- Al finalizar la actividad de exposición ayudamos al niño(a) a evaluar su propio desempeño, hablando sobre qué le resultó más fácil o más difícil. Ayudar al niño(a) a notar el éxito con respecto a partes del plan TEMOR y no solamente en el resultado final como parte de la evaluación. Se le refuerza la sesión con una recompensa.

4. Planificar una actividad de exposición de cierre para sesión 16.

- La próxima sesión será la última en la que practiquen el plan TEMOR en una situación de ansiedad. Seleccionaremos junto al niño(a) una situación que presente un desafío (que pueda superarse exitosamente) para la sesión 16. La situación ha de ser una que provoque altos niveles de ansiedad.

5. Hablar acerca del fin del tratamiento

- Recordarle al niño(a) que la siguiente sesión es la última. Repasamos todo lo que hemos aprendido y logrado, haciendo hincapié en el progreso de las últimas semanas. Le demostramos confianza en su capacidad para mantener frescos los

beneficios del tratamiento y continuar la práctica en su hogar. Invitamos al niño(a) a compartir sus reflexiones acerca del proceso de tratamiento y cualquier pregunta o preocupación que pueda tener sobre el fin del tratamiento.

6. Asignar una actividad DQP

- Le pedimos al niño(a) que utilice el plan TEMOR en dos situaciones de ansiedad y registre lo sucedido para hablarlo en la última sesión. Acordamos una recompensa para la práctica en vivo fuera de sesión.

Sesión 16

Lo lograste

Propósito:

Proveer una actividad final para la aplicación de habilidades en una exposición en vivo que provoca elevados niveles de ansiedad en el niño(a). Realizar el poema. Ver y resumir el programa de entrenamiento. Hacer planes con las tías para ayudar al niño(a) a mantener frescas las habilidades aprendidas.

Objetivos

1. Ver la actividad DQP de la sesión 15
2. Llevar a cabo una actividad de exposición final en una situación que provoca altos niveles de ansiedad
3. Tarde de talentos
4. Ver y resumir el programa de tratamiento y dar cierre a la relación terapéutica

Actividades

1. **Ver la actividad DQP de la sesión 15**
2. Repasamos con el niño(a) sus experiencias de la semana, haciendo hincapié en su esfuerzo, su progreso hasta la fecha y otras maneras en que haya logrado mantenerse menos ansioso(a). Se aplaudió y compartió el orgullo por los logros, mientras que el niño(a) describe cómo afrontó su ansiedad y qué recompensa se dio a sí mismo. A esta

altura, probablemente el niño(a) está haciendo cosas que no era capaz de hacer al comienzo del tratamiento. Se recompensó al niño (a).

3. Llevar a cabo una actividad de exposición final en una situación que provoca altos niveles de ansiedad.

- Hablar con el niño(a) acerca de la situación de ansiedad seleccionada en la sesión 15 para practicarla hoy. Juntos, creamos un plan de TEMOR para afrontar la ansiedad que la situación puede provocar y la registramos en la página 70 del cuaderno de actividades.
- Al igual que en las actividades de exposición pasadas, el terapeuta puede mencionar aspectos de la situación que puedan generar ansiedad en el niño(a). Sin embargo, es bueno si el niño(a) puede hacerlo por sí mismo. El niño(a) puede describir sus sensaciones, respuestas somáticas y diálogo interno, y cómo modificarlos. Si el niño(a) quiere "hacerlo de una vez" y se acerca a la situación sin disconformidad, este debe ser permitido. Es importante que el niño(a) haya ido tomando las "riendas" en el uso de los pasos del Plan de TEMOR.
- Al igual que en actividades anteriores, registrar las evaluaciones EDI.
- Al finalizar la actividad de exposición, analizamos con el niño y hablamos de su desempeño notando el progreso desde el comienzo del tratamiento. Ayudamos al niño(a) a resaltar todas o cualquier parte del plan que haya sido exitosa. Le entregamos al niño(a) un juguete por haber cumplido con sus tareas.

4. Tarde de talentos

- Invitamos a las tías a observar a los niños(as) diciendo el poema. El contenido y la calidad del poema tendrán menor importancia que el contexto de celebración del evento.

5. Ver y resumir el programa de tratamiento y dar cierre a la relación terapéutica

- Revisar con el niño y las tías todo lo que ha sido conseguido en el curso del tratamiento. Repasar con las tías el plan TEMOR, cediendo el rol de experto al niño(a). Hacerles notar los logros y al mismo tiempo señalar que hay áreas que todavía necesitan ser mejoradas.

- Comentar a las tías (al igual que hicimos con el niño(a)) que puede haber momentos de dificultad para afrontar la ansiedad y que esto es normal. Sin embargo, cuanto más continúe la práctica mayor será la mejoría.
- Le expresamos la satisfacción que sentimos con los esfuerzos logrados y alentamos a que continúen.