



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

***TEMA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVO-
CONDUCTUAL DE PHILIP C. KENDALL PARA NIÑOS QUE PRESENTAN ANSIEDAD***

TESINA PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE "PSICÓLOGA CLÍNICA"

DIRECTORA:

MST. LUCÍA CORDERO COBOS

AUTORAS:

LISSETH MARISSA BRAVO GONZÁLEZ

JESSICA FERNANDA GORDILLO LEÓN

CUENCA – ECUADOR

2020

Dedicatoria

El presente trabajo es dedicado a mis padres, Francisco y Anita, quienes han estado apoyándome en cada momento, por ser la luz que tengo todos los días, a mi hermana por estar conmigo siempre y ser los protagonistas de esta meta próxima a cumplirse. A mis maestros por persistir y enseñarnos los múltiples conocimientos que hoy en día poseemos.

Lisbeth Bravo

Mi tesis la dedico a mi familia, muchos de mis logros son motivados por ellos, por haberme forjado a ser la persona que soy en la actualidad, por el apoyo brindado, las palabras de aliento, el esfuerzo y sacrificio, especialmente a mi madre y tía, que con su dedicación, amor y paciencia, me escucharon y aconsejaron a no desistir en cada proyecto que me proponía.

Gracias a todos.

Jessica Gordillo

Agradecimiento

Agradezco primero a Dios, a la Virgen de Guadalupe por regalarme vida y salud para poder culminar este proceso académico, a mis padres por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias por brindarme motivación, apoyo, fortaleza y persistencia para salir adelante. Un agradecimiento a todas las autoridades y personal que conforman la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay por permitirnos realizar el proceso investigativo.

Lisseth Bravo

Agradezco a Dios, a mi familia, a las autoridades de la Universidad del Azuay, quienes me han orientado en esta investigación y han hecho posible que hoy pueda estar culminando esta gran etapa de mi vida.

A mis maestros por los conocimientos brindados y a mis compañeros por las experiencias vividas, les agradezco mucho.

Jessica Gordillo

Resumen

La presente investigación aborda el tema "Ansiedad Infantil", la cual al no ser diagnosticada a tiempo puede ocasionar en un futuro consecuencias mayores, las intervenciones tienen una corriente cognitiva-conductual, pues por años ha demostrado su eficacia tanto en niños, adolescentes como en personas adultas. Philip C. Kendall, prolífico investigador, nativo de Merrick, EEUU, diseñó un programa para niños con ansiedad que contiene una herramienta fundamental para lograr adherir a los infantes a la terapia como es el cuaderno de actividades "Gato Valiente".

El estudio es una revisión bibliográfica donde se citan varios artículos para poder percibir la eficacia, efectos y la respuesta ante la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual y el Tratamiento Cognitivo-Conductual para Trastornos de Ansiedad en Niños de Kendall. En cuanto a la metodología la investigación es descriptiva, con un enfoque metodológico cualitativo y el alcance es exploratorio-descriptivo.

Abstract

This investigation addresses the topic “Child Anxiety”, which can lead to major consequences if it is not diagnosed on time. The processes have a Cognitive-Behavioral trend because of the efficiency shown in children, adolescents and adults for years. Philip C. Kendall, an outstanding researcher, native from Merrick, U.S.A designed a program for children with anxiety which has a key tool to get the kids engaged to the therapy as in the activity book “Gato Valiente”. This is a bibliographical review with many articles to appreciate the efficiency, effects and the answer to the Cognitive-Behavioral Therapy application and Kendall’s Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety Disorders on kids. The methodology applied was descriptive with a qualitative approach and the aim is explorative-descriptive.

Translated by

A handwritten signature in blue ink that reads "Margali Aitegga". The signature is written in a cursive style with a horizontal line underneath the name.A handwritten signature in black ink that reads "Jessica Gordillo". The signature is written in a cursive style with a horizontal line underneath the name.

Jessica Gordillo

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
Ansiedad Infantil	3
1.1. Edad evolutiva “Características del desarrollo en niños de 9-11 años”	3
1.2. Ansiedad en niños	5
1.3. Tipos de ansiedad	8
1.4. Sintomatología	11
1.5. Terapia Cognitivo Conductual	13
1.6. Philip C. Kendall	16
1.7. Libro: “Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños”	16
1.8. Conclusión	17
CAPÍTULO II.....	18
2. Referencias bibliográficas basadas en la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual de Philip C. Kendall enfocada en niños con ansiedad	18
2.1. La ansiedad infantil y la terapia cognitivo-conductual	19
2.2. Tratamiento cognitivo-conductual en un niño con ansiedad a la hora de dormir	22
2.3. Evaluación e intervención de ansiedad infantil desde el enfoque cognitivo conductual: Un estudio de caso	24
2.4. Trastorno de ansiedad por separación y su incidencia en el rendimiento escolar en una niña de 8 años de edad	28
2.5. Efectividad del tratamiento temprano de niños con mutismo selectivo en los centros educativos	30
2.6. Tratamiento de la ansiedad a través de la terapia cognitiva conductual en un niño víctima de violencia intrafamiliar	32
2.7. Intervención cognitiva conductual de un paciente con fobia específica de 6 años	34
2.8. Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con mutismo selectivo	37

2.9. Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden ..	40
2.10. La terapia de juego y sus consecuencias en el trastorno de ansiedad infantil en niños de 6 a 8 años que reciben atención psicológica en el hospital municipal de “ Nuestra Señora de la Merced”	42
2.11. Tratamiento cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil	45
2.12. Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación	46
2.13. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas	49
2.14. Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños..	50
2.15. Trastorno de ansiedad por separación, rechazo escolar y fobia escolar	51
2.16. Superando la ansiedad para lograr el aprendizaje de una segunda lengua	55
2.17. Terapia cognitivo conductual con TUMU.....	57
2.18. Estudio de caso: trastorno de ansiedad y terapia cognitivo conductual para niños ansiosos de Philip C. Kendall.....	61
2.19. Programa de terapia grupal para niños con ansiedad.....	62
2.20. Tratamiento cognitivo-conductual de fobia específica en la infancia: estudio de caso.....	66
2.21 Conclusión	70
CAPÍTULO III	73
3. Informe	73
3.1 Conclusiones	76
Bibliografía.....	79
Anexos.....	85

INTRODUCCIÓN

La ansiedad infantil es un trastorno que puede ser originado por factores internos y externos, que se puede presentar de forma adaptativa, siendo una ayuda para el ser humano para afrontar las situaciones de la vida y a superarse, por otro lado, está la ansiedad patológica que se puede originar por pensamientos distorsionados o reacciones a diferentes estímulos que sean difíciles de controlar, la sintomatología ansiosa que no es detectada o tratada a tiempo pueden generar repercusiones graves en la vida del infante o llegar a afectar en su vida adulta, dependiendo de la situación, es por esto que la presente investigación se enfoca en demostrar la eficacia de las intervenciones basadas en la corriente Cognitivo-Conductual, teniendo claro que esta psicoterapia toma en cuenta la triada de pensamiento, emoción y conducta. Al mismo tiempo, se enfatiza el desarrollo evolutivo del niño, este nos manifestará las reacciones que puedan tener según su edad, para así observar si su actitud ante un estímulo es adecuada o presenta alguna patología.

La Terapia Cognitivo-Conductual ha demostrado su validez en diferentes ámbitos patológicos, es por eso que se aborda su investigación en la población infantil, además esta corriente ha ido evolucionando en sus estudios, es decir varios autores enfocan su empeño, dedicación en investigar y crear sus programas, técnicas y estrategias para estabilizar o disminuir la patología que presente el infante. El Dr. Philip C. Kendall, quien ha sido presidente de la Sociedad de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes de la Asociación Americana de Psicología se ha enfocado en la Terapia Cognitivo-Conductual, creando varios manuales y programas, entre ellos el “Tratamiento Cognitivo-Conductual para Trastornos de Ansiedad en Niños”, que tiene como objetivo ayudar a identificar el pensamiento negativo y cuestionarlo.

Es importante mencionar que la etiología de la ansiedad puede ser manifestada por estilos de crianza, factores genéticos, ambientales y conductas aprendidas, además los síntomas más frecuentes que se pueden observar en la ansiedad son: anticipación aprensiva, miedo, preocupación excesiva, pensamiento dominado por desastres, dolor muscular, mayor estado de alerta, tensión y movimientos repetitivos, estos síntomas pueden generar frustración en la persona que los presenta y a la vez en su entorno, ya que son difíciles de controlar.

La metodología de la presente tesis es descriptiva, se realizará una revisión bibliográfica acerca de la intervención de psicoterapia cognitiva conductual en niños que presenten síntomas ansiosos, con un enfoque metodológico cualitativo.

Por otro lado, los objetivos que tiene la tesis son: describir los efectos de la aplicación del libro “Tratamiento Cognitivo- Conductual para Trastornos de ansiedad en niños” de Philip C. Kendall, siendo este el objetivo general; realizar una investigación bibliográfica sobre los tipos de ansiedad, sus niveles y sus diferentes formas de evaluación, detallar los efectos de la aplicación del “Tratamiento Cognitivo-Conductual para Trastornos de Ansiedad en Niños” y analizar la propuesta y la eficacia del “Tratamiento Cognitivo-Conductual para Trastornos de Ansiedad en Niños” de Philip C. Kendall, correspondientes a los objetivos específicos, lo cual será demostrado en la presente investigación.

Dejando entonces mencionado los objetivos, la presente tesis está conformada por 3 capítulos, el primero aborda la teoría de la ansiedad, su clasificación, causas, efectos y el autor, en quien nos hemos enfocado principalmente; el segundo capítulo trata la revisión y análisis de los artículos enfocados en la Terapia Cognitivo-Conductual y el “Tratamiento Cognitivo-Conductual para Trastornos de Ansiedad en Niños”, del autor Philip C. Kendall y en el tercer capítulo está redactado el informe realizado en base a los capítulos antes mencionados y las conclusiones generales.

CAPÍTULO I

Ansiedad Infantil

La ansiedad es uno de los términos más utilizados en la actualidad, debido a la influencia que ha generado la sociedad, ya sea por factores externos o internos. La ansiedad positiva, se presenta a lo largo de nuestra vida para mantenernos disciplinados o por alguna reacción emocional como la felicidad. Pero también existe la ansiedad negativa, la cual se manifiesta con síntomas de malestar intenso, ya sea por un miedo real o no correspondiente al estímulo. Los niños son la población más vulnerable ante esto, debido a que no suelen manifestar los síntomas que presentan y en algunos casos pueden llegar a normalizar cierto tipo de sintomatología. Es por esto que se necesita la máxima atención por parte de los padres o cuidadores. De esta manera se podrá detectar a tiempo el tipo de patología que el infante presenta, y de manera inmediata poder acudir a un profesional.

Para poder referirnos a estas situaciones en primer lugar, se debe hacer un estudio de la persona, y mediante esto poder obtener una evaluación completa, ya que detectar a tiempo el tipo de la patología correspondiente nos ayuda a prevenir trastornos más graves que podrían desencadenarse a lo largo del tiempo. Es por esto, que la presente revisión bibliográfica está orientada a definir los diferentes conceptos, tipos y sintomatología correspondiente a la ansiedad. Además, está enfocado en el tratamiento cognitivo conductual, debido a que esta por años ha demostrado su eficacia tanto en niños como en adultos. De la misma manera se tomará el modelo "Tratamiento Cognitivo Conductual para Trastornos de Ansiedad en Niños" de Philip C. Kendall, el cual trabaja en conjunto con el cuaderno de actividades "Gato Valiente", en donde el infante tendrá la posibilidad de trabajar en casa como en consulta, mediante actividades lúdicas que ayudarán para la superación del tipo de ansiedad que posea.

1.1. Edad evolutiva "Características del desarrollo en niños de 9-11 años"

El ser humano desde su nacimiento atraviesa una transición en su ciclo vital, es decir va cambiando en el transcurso de su vida, según su edad pasa por diferentes etapas. La psicología del desarrollo favorece la explicación de los cambios evolutivos que puede presentar el individuo (González, y otros, 2018).

Piaget (1896-1980), sostenía que el desarrollo cognitivo ocurría en cuatro etapas relacionadas con la edad, las cuales son: desde el nacimiento hasta los dos años, es la etapa

sensoriomotor, en donde los niños utilizan los sentidos y las habilidades motoras para comprender el mundo, no existe aún un aprendizaje conceptual o reflexivo, una de sus primeras adquisiciones es cuando el infante aprende que los objetos que no están, aún existen. La segunda etapa va desde los dos hasta los seis años de edad, llamada etapa pre operacional, en donde los infantes usan el pensamiento mágico y simbólico, además de poseer algunos rasgos egocéntricos, en esta fase los niños tienen la capacidad de imaginación, y el lenguaje es algo fundamental. La tercera fase va desde los seis años hasta los once, llamada etapa operacional concreta, en la cual los niños pueden comprender y realizar operaciones lógicas, pueden interpretar sus experiencias como reflexivas adquiriendo así el conocimiento lógico. La última etapa es a partir de los doce años, llamada etapa operacional formal, en la cual los adolescentes y adultos tienen un pensamiento analítico para compartir sobre temas sociales, éticos, etc. (Berger, 2016).

En la etapa de años escolares, que va desde los seis hasta los once años, en cuanto a su desarrollo cognitivo los mecanismos que impulsan la memoria son los encargados de procesar la velocidad y la base de conocimientos, se los conocen como procesos de control, el cual se encarga de regular la información que entra al cerebro. La metacognición es "el proceso de control supremo porque permite que la persona evalúe una tarea cognitiva, determine como lograrla, controle su ejecución y realice ajustes necesarios" (Berger, 2016, pág. 358). Los procesos ejecutivos son los encargados de concentrarse en una tarea y de unir los conocimientos con la información recibida. En cuanto a su lenguaje, los niños ya dominan el vocabulario básico y la gramática. La capacidad del lenguaje es alta, debido a que pueden lograr aprender veinte nuevas palabras al día. Cuentan con un vocabulario variado, ya que a esta edad saben los nombres de varios objetos, personas, verbos, adjetivos, etc. Con respecto al aprendizaje de nuevas cosas, el infante posee una mente y memoria muy amplia, en donde podrá almacenar conocimientos, para así poder utilizar la lógica. En la parte psicosocial los niños al crear su autoconcepto pueden ir formando su madurez, tomando en cuenta su personalidad, habilidades y su inteligencia. Existen también nuevas influencias, como son la de sus compañeros de clase y la sociedad. La competencia académica puede llegar a formar parte de alguno de los factores que generan una sintomatología ansiosa, debido al nuevo ambiente, críticas de los demás, rechazo por parte de los compañeros creando así una conducta de aislamiento. Durante el proceso de desarrollo de los infantes, también se ha

tomado en cuenta la importancia de fomentar la resiliencia, en donde el infante aprende o utiliza estrategias de afrontamiento para poder adaptarse a una nueva situación. Se ha investigado que la red de apoyo que rodea al niño es de suma importancia en esta etapa, debido a que es un factor importante para fortalecer la habilidad de enfrentarse ante el estrés (Berger, 2016).

1.2. Ansiedad en niños

Las personas a lo largo de la vida han experimentado sentimientos de ansiedad percibiéndolos así como un estado de ánimo transitorio, convirtiéndose esta en una de las emociones más frecuentes. Es un mecanismo defensivo, la cual se puede presentar de manera positiva y negativa, que antes de ser diagnosticada se debe tomar en cuenta la edad evolutiva del niño y las características del desarrollo, ya que las reacciones que en una persona adulta involucrarían un determinado diagnóstico, en el niño son expresiones de su etapa evolutiva (Ochando Perales & Peris Cancio, 2017). La ansiedad puede ser positiva, definiéndola como “Aquel estado psicológico en el cual una persona tiene muchas inquietudes buenas de mejorar, de ir a más, de avanzar en facetas concretas de su vida, que puede referirse a distintos ámbitos, a mejorar en algún área concreta de su vida. Se trata aquí de tener una meta exigente y realista a la vez que requiere esfuerzo, disciplina, voluntad y tenacidad” (Rojas, 2017, pág. 3). Pero existen algunos casos en donde la persona presenta una respuesta exagerada en magnitud y no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto, sino resulta ser una ansiedad patológica. Se le llama de esta manera, cuando el individuo empieza a presentar sensaciones de malestar intenso, síntomas neurovegetativos, cognitivos, somáticos a largo plazo, daños en el desarrollo de la autoestima, del funcionamiento interpersonal y en la adaptación social (Perales & Cancio, 2012).

Las personas que padecen ansiedad frecuente, no toleran las situaciones nuevas o poco conocidas, ya que perciben a la novedad como algo amenazador, pues se sienten mejor en situaciones habituales, debido a que lo ven más predecible y sienten que tienen la capacidad para controlar los acontecimientos (Clark & Beck, 2016).

Cabe recalcar que este trastorno no se desarrolla en todas las personas, pero se debe diagnosticar a tiempo para poder llevar a cabo un tratamiento asertivo.

Según Muñoz y Salinas (2019) la ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite estar atentos a diferentes estímulos que se presentan en la vida cotidiana, una

ansiedad moderada puede ayudar a mantenerse concentrado y a afrontar los desafíos de la vida. Por otro lado, la ansiedad patológica, es desproporcionada y se presenta en ausencia de cualquier peligro, las personas que manifiestan este síntoma, se sienten indefensos y paralizados.

De acuerdo a Guidolin BL y Célia SAH citado en (Lima Gomes & Lima da Nóbrega, 2015) “Se puede definir la ansiedad como “un estado emocional que tiene comportamientos fisiológicos y psicológicos que incluyen sentimientos de miedo; la inseguridad y la anticipación aprensiva; pensamiento dominado por desastres, ideas o incompetencia personal; mayor estado de alerta; la tensión y el dolor muscular; sensación de constricción respiratoria; temblores y agitación” (p. 966).

Kendall (2010) afirma que, la ansiedad es frecuente en la infancia y puede ser ocasionada por diversos factores, por lo que se debe diagnosticar a tiempo, debido a que sus consecuencias en un futuro pueden llegar a ser crónicas.

La ansiedad se puede dar tanto en niños, adolescentes o personas adultas, siendo los niños la población más vulnerable, es por esto que debe ser diagnosticada y atendida a tiempo para que en el transcurso de su desarrollo no tenga un progreso grave.

Se han realizado estudios acerca de ansiedad infantil lo que ha demostrado la presencia de ansiedad en niños escolarizados debido a que la problemática es alta. El país con más casos de desórdenes de ansiedad en Latinoamérica es Ecuador, con un posible incremento del 15% anual en niños con un rango de edad entre seis y once años según la Organización Mundial de la Salud (2016).

Los niños al pasar de la etapa preescolar a la etapa escolar, es probable que en esta transición den como respuesta cambios emocionales al adaptarse a nuevas amistades, ambiente, personas nuevas como amigos y profesores, y sobre todo tener que acatar normas (Laso, 2016). Un niño con sintomatología ansiosa, en cuanto a su nivel académico será bajo, debido a que este trastorno consumirá gran parte de su memoria de trabajo, en su vida cotidiana se le dificultará realizar tareas complicadas por la preocupación que esta genera (Amaya & Campbell, 2010).

La ansiedad infantil posee una característica significativa como es la preocupación, definida como: "Una cadena persistente de pensamientos repetitivos, incontrolables, centrados en resultados negativos futuros e inciertos. Implica un repetido repaso mental de posibles soluciones que no resuelven la sensación de incertidumbre sobre una amenaza inminente" (Clark & Beck, 2016, pág. 80).

(Clark & Beck, 2016), mencionan que la preocupación es un conflicto para la ansiedad, debido a que nos mantiene concentrados en pensamientos negativos, de peligro o amenaza, también la persona siente impotencia personal debido a que se le es difícil controlar la sensación de incertidumbre, se presenta al estar la mayoría del tiempo pensando en un futuro que no se puede conocer.

"La etiología de los trastornos de ansiedad es multifactorial, estando implicados en su desarrollo factores de riesgo genéticos, ambientales, temperamentales, familiares y sociales" (Ochando Perales & Peris Cancio, 2017, pág. 40).

Según la etapa o momento del desarrollo se pueden activar diferentes síntomas patógenos. Mostrando los diferentes factores etiopatogénicos tenemos los siguientes: La presencia de trastornos ansiosos en los padres coloca a su hijo ante circunstancias de riesgos ambientales, además de un posible riesgo genético (Ochando Perales & Peris Cancio, 2017).

Se han realizado varios estudios en donde los padres que presentan ansiedad son siete veces más probables que sus hijos padezcan este trastorno. Al igual que padres que sean diagnosticados con distimia, tienen mayores probabilidades de que sus hijos presenten algún trastorno de ansiedad (Drake & Ginsburg, 2012). Por otro lado, un detonante para que se presente una sintomatología ansiosa puede ser la falta de armonía en el hogar, ya que para el niño es más importante la función familiar que la estructura (Berger, 2016).

El estilo de crianza parental, es otro factor importante para relucir, la sobreprotección de los padres hacia sus hijos, puede generar algunos síntomas de ansiedad, así como estilos educativos extremadamente punitivos.

Las situaciones traumáticas, ya sea conflictos familiares, sociales o educativos, pérdida de seres queridos y/o cambio de domicilio o colegio, pueden ser factores desencadenantes o mantenedores para el trastorno mental.

Familias disfuncionales con enfermedades u otros tipos de trastorno, además miembros de la familia que tengan un nivel alto de violencia y poca capacidad de resolución de conflictos, influyen en los síntomas ansiosos.

Por último, una situación social deplorable, genera sentimientos de inseguridad, lo que ayuda a que los trastornos de ansiedad se desarrollen (Ochando Perales & Peris Cancio, 2017).

Se han realizado varios estudios para determinar la causa de la patología (Solloa, 2014), menciona que la ansiedad infantil tiene una relación con el temperamento del infante, la etapa de desarrollo y sobre todo la madurez cognitiva en la que se encuentra. Debido a los factores externos, como las enfermedades, se puede presentar la ansiedad en niños grandes, mientras que para los niños más pequeños los recuerdos dolorosos pueden ser un factor para que se desarrolle la sintomatología ansiosa.

En cuanto a la cultura se debe tomar en cuenta que la presencia de alguna sintomatología ansiosa en un país, no es signo de ansiedad en otro, por lo que se debe dar importancia a la cultura de los niños antes de ser diagnosticados con ansiedad.

1.3. Tipos de ansiedad

Según (American Psychiatric Association , 2014), menciona varios tipos de ansiedad que serán descritos brevemente a continuación.

Trastorno de ansiedad por separación: miedo o ansiedad intensa y persistente al hecho de tener que separarse de una persona con la que tiene mayor apego. Tiene miedo o preocupación a quedarse solo en casa, rechazo a quedarse solo en otros lugares y pesadillas. Estos síntomas deben estar presentes en un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes. (Ochando Perales & Peris Cancio, 2017), expone que es importante mencionar la ansiedad que pueden presentar los niños al separarse de su cuidador es normal, alrededor de los 4-5 meses de edad y comienza a disminuir a los 3 años hasta los 5, que es cuando ellos comienzan a asimilar que la separación no es definitiva. Los síntomas que caracterizan a este trastorno son:

- Malestar excesivo y recurrente al separarse de los padres.

- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de la figura de apego o que sean víctimas de accidentes o catástrofes.
- Preocupación excesiva ante la probabilidad de que una situación (ser raptado, perderse, enfermar) cause la separación de una figura de apego.
- Rechazo o resistencia a salir lejos de casa, visitar amigos o ir al colegio.
- Rechazo a quedarse solo en casa durante el día o a dormir solo o fuera de casa.
- Pesadillas acerca del tema de la separación.
- Síntomas somáticos (náuseas, abdominalgias, cefaleas, palpitaciones, vértigos o vómitos) en situaciones que implican una separación de la figura de apego.

Mutismo selectivo: incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica. El fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas, a pesar de que se puede hablar en otras situaciones. Esta situación produce deterioro en los logros académicos o en la comunicación social, además debe tener una duración mayor a un mes para que sea diagnosticado como mutismo selectivo. Duración mínima de un mes.

Fobia específica: ansiedad o miedo intenso y persistente respecto a un objeto o situación específica. Puede ser fobia a un animal, sangre, situaciones, inyecciones, entorno natural, etc. Se expresa en forma de llanto, rabietas y parálisis. Esto debe persistir en un mínimo de 6 meses.

Los niños no reconocen que sus temores pueden ser excesivos o irracionales a diferencia de los adultos que si lo hacen, además los infantes rara vez expresan malestar por la fobia.

Las fobias más características en los infantes son: la fobia escolar, a la oscuridad, a animales, accidentes, enfermedades, ciertas películas, monstruos, tormentas, alturas, agujas o espacios cerrados, exámenes y acontecimientos traumáticos.

Trastorno de ansiedad social: miedo o ansiedad intensa que aparece cuando la persona se expone a la posible crítica de otras personas. El miedo, ansiedad o evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses. (Ochando Perales & Peris Cancio, 2017) mencionan que el niño con el trastorno de ansiedad social se muestra tímido, aturdido y angustiado, con personas que no conoce, actuando con poca seguridad y confianza en sí; incluso puede

expresarse con llanto, rabietas, además piensa que va a fracasar en una conversación desde el principio o va a tener problemas para mantenerla.

Los niños mayores suelen mostrarse con el temor a ruborizarse, con un temblor en las manos, con náuseas, micción frecuente, rehusándose a participar en juegos que sean en equipo y con poca participación en clase. Su inicio puede ser gradual y formado frecuentemente por un antecedente de timidez o inhibición social o formada rápidamente tras una experiencia humillante o estresante.

Trastorno de pánico: ataques de pánico imprevisto recurrentes. Miedo o malestar intenso que alcanzan su máxima expresión en minutos. Persistente durante un mes o más. Síntomas 4 o más: palpitaciones, sudoración, temblor, ahogo, náuseas, miedo a morir, etc.

Agorafobia: miedo o ansiedad que aparecen en dos o más de las siguientes situaciones: transportes públicos (automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones), lugares abiertos (aparcamientos, mercados, puentes), lugares cerrados (tiendas, teatros, cines), hacer filas, estar en medio de la multitud o fuera de casa. Deben estar presentes mínimo 6 meses.

Trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza por ansiedad y preocupación excesivas, persistentes en donde las personas tienen dificultad para controlar. Debe estar presente la mayoría de los días, durante un mínimo de 6 meses, los síntomas de este trastorno son: la inquietud o sensación de estar atrapado, presencia de fatiga, dificultad de concentración o de quedarse con la mente en blanco, se siente irritado, presenta tensión muscular y dificultades de conciliar el sueño, es decir trastorno del sueño, repercutiendo así en el área social, escolar y/o en otras áreas del funcionamiento de su vida. (Ochando Perales & Peris Cancio, 2017) mencionan que los niños además de mostrar los síntomas señalados, tienen un cambio en su comportamiento habitual, se tornan perfeccionistas con lo que realicen, se muestran inseguros y persiguen la aprobación constante de los demás.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicación: presencia de crisis de ansiedad o angustia, que se presentan durante o después de la intoxicación de sustancias. No se dan exclusivamente durante el delirium.

Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica: presencia de angustia o ansiedad, siendo consecuencia directa de otra condición médica. No se dan exclusivamente durante el delirium.

Otros trastornos de ansiedad especificados: presencia de síntomas de ansiedad correspondientes a cualquier trastorno de ansiedad, pero no llegan a cumplir con todos los criterios diagnósticos. Se especificará la razón concreta. No cumple con los criterios ni el periodo de tiempo.

Trastorno de ansiedad no especificado: presencia de síntomas ansiosos clínicamente significativos, que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos, debido a una falta de información.

1.4. Sintomatología

La ansiedad, siendo una reacción natural ante un estímulo, es decir una ansiedad natural, encuentra su polo, produciendo perturbación y angustia en el niño, esta ansiedad es conocida como patológica, ya que no se puede controlar fácilmente, afectando a su comportamiento o conducta directamente, generando en el niño ansioso, una forma inhabitual del desenvolvimiento (Esteban, 2018).

Dentro de la sintomatología que caracteriza a la ansiedad están los síntomas físicos como: palpitaciones, respiración acelerada, presión en el pecho, náuseas, mareo, sudor, temblor, hormigueo en los brazos y piernas, desmayo, boca seca. Síntomas cognitivos: miedo a la muerte, lesiones, pérdida del control, pensamientos e imágenes aterradoras, falta de concentración, confusión, mala memoria. Síntomas conductuales: escape, huida, agitación, hiperventilación, dificultad para hablar. Síntomas emocionales: sentir nerviosismo, temor, irritabilidad, impaciencia o frustración (Clark & Beck, 2016).

Es importante mencionar los 14 síntomas más comunes presentes en cualquier tipo de población, y así de esta manera poder diagnosticar trastorno de ansiedad:

- **Taquicardia:** En el ataque de ansiedad el síntoma principal a identificar es la pérdida de ritmo pausado de los latidos, el corazón empieza a latir con fuerza o demasiado rápido; este síntoma puede causar miedo en el infante y esto a su vez, puede empeorar la situación.

- **Dificultad para respirar:** Cuando se ha acelerado los latidos del corazón, mantener una respiración pausada se complica, esta se acelera, incomodando al niño y en casos extremos puede hiperventilar, incluso marearse o llegar a desmayarse.
- **Sudoración excesiva:** La perturbación que provoca el ataque de ansiedad produce que el cuerpo sude más, de la forma no habitual a la que se está acostumbrado normalmente la persona.
- **Mareos:** Cuando existe la dificultad de mantener un ritmo pausado de respiración, el cerebro sufre un déficit de oxígeno, produciendo mareo e intenso dolor de cabeza.
- **Tensión muscular:** Los músculos del cuerpo se tensan, se ponen rígidos.
- **Dolor estomacal:** La angustia y la ansiedad afectan directamente al estómago.
- **Preocupación excesiva:** Los niños con síntomas ansiosos tienden a ser perfeccionistas y estrictos con ellos mismos, por lo que las cosas insignificantes suelen preocuparlos en exceso.
- **Problemas de autoestima:** Los ataques de ansiedad pueden afectar la confianza en sí mismos y generar inseguridad e incertidumbre en los niños.
- **Dificultad para concentrarse:** El infante llega a tener problemas de concentración, ya que la ansiedad hace que el niño se concentre en lo que le preocupa.
- **Pensamientos negativos:** Son ideas distorsionadas de la realidad, que nos producen sentimientos negativos.
- **Ataques de hambre:** La ansiedad provoca “ataques de hambre”, es decir, atracones de comida, el niño desea comer de forma convulsiva, más no por hambre, sino por la ansiedad.
- **Tics nerviosos:** Son movimientos o sonidos de los cuales no se tiene el control, por ejemplo: morderse las uñas.
- **Más sensibles:** Se enfada o llora por cualquier motivo, la presencia de emociones negativas es más predominante.
- **Movimientos repetitivos:** Esto es similar a los tics nerviosos, el infante que presenta angustia tiene movimientos repetitivos (Esteban, 2018).

Dentro de las etapas del desarrollo se encuentran las primeras etapas de la infancia, en donde la ansiedad se manifestará en la inquietud motriz, el llanto inmotivado, la pérdida de apetito, los trastornos del sueño, la negativa a separarse de los padres, dolores abdominales, cefaleas, las dudas y los temores irreprimitos. En niños mayores y adolescentes con el

desarrollo de las capacidades de comunicación, suelen aparecer la angustia (elemento nuclear en los trastornos de ansiedad), dolor torácico, obsesiones, rituales, inhibición motriz, dificultades de concentración y atención, lentitud de procesamiento, problemas de memoria, temores irreparables, o incluso sentimientos de personalización y desrealización (Calvo, 2019).

El ser humano está conformado por varios sistemas que están interrelacionados, de los cuales algunos participan en la activación de la ansiedad ya sea adaptativa o patológica. El primero es el sistema nervioso, ya que se encarga de preparar al cuerpo para emitir una respuesta ante una amenaza o peligro. En cuanto a la parte neuronal se encuentra el sistema límbico, es el encargado de informar al resto del cuerpo sobre el peligro o amenaza mediante una cadena de mensajes químicos. El segundo sistema que se activa es el cardiovascular, ya que se encarga de sustituir la necesidad de oxígeno en varias partes del cuerpo, por este motivo el ritmo cardíaco aumenta, lo que explica síntomas de cosquilleo y fuertes latidos en el corazón característicos de la sintomatología ansiosa. El tercer sistema en activarse es el sistema digestivo, a diferencia de los anteriores este sistema es desactivado, por lo que las náuseas y dolor de estómago están presentes. En cuanto al sistema endócrino, libera neurotransmisores y hormonas, como la adrenalina y noradrenalina, las cuales se encargan de la presión arterial y ritmo cardíaco. El sistema respiratorio, aumenta la cantidad de oxígeno disponible, con el cual se proporciona la energía necesaria para nutrir las células musculares, es decir, a lo que aumenta la respiración se lleva energía adicional a los músculos, es por esto que se produce la sensación de quedarse sin aliento o de la percepción de que obtenemos poco aire, opresión en el pecho, mareo característicos de los síntomas ansiosos. Por estos motivos se da la sensación de agotamiento debido a la activación de la mayor parte del sistema nervioso (D, Jacofsk, Santos, Khemlani-Patel, & Neziroglu, 2018).

1.5. Terapia Cognitivo Conductual

La teoría del aprendizaje permite entender como los procesos cognitivos de pensamiento contribuyen con la emoción y conducta, además según Bandura (1977, citado en Romina Kosovsky, 2018) los factores sociales y psicológicos influyen en la conducta.

Beck (1985, citado en Romina Kosovsky, 2018), manifiesta que existen elementos interconectados para la conceptualización de las dificultades psicológicas, siendo estos: el

contexto interpersonal, emociones, la conducta y la cognición de la persona, de esta manera la terapia colocará importancia en las variables contextuales, sistémicas, interpersonales y culturales en un cuadro general y particular en la población.

Según (Clark & Beck, 2016), el término "cognitivo" hace referencia al acto de conocer o reconocer nuestras experiencias. Es un tratamiento psicológico sistemático, que su eficacia está en lograr que las personas cambien sus actitudes, creencias y pensamientos que tienen dominio en los estados emocionales negativos. Es una psicoterapia breve, estructurada, que se centra en las sensaciones, creencias, pensamientos y percepciones cotidianas de la persona, para poder cambiarlos al ser negativos, con el objetivo de reducir estados de ansiedad o depresión.

Según Knell (1993, citado en Romina Kosovsky, 2018) la terapia cognitivo- conductual puede basarse en un enfoque empírico, que se centra en el aquí y el ahora. De la misma manera el tratamiento se orienta en la acción, debido a que los niños aprenden más con la práctica que con la teoría.

"La idea básica de la terapia cognitiva es que la manera como pensamos influye en la manera como sentimos, por lo que cambiar nuestra manera de pensar puede cambiar también nuestra manera de sentir" (Clark & Beck, 2016, pág. 21).

Kendall (2000, citado en Romina Kosovsky, 2018) afirma que el pensamiento de los niños ansiosos sobre sí mismos y el mundo suelen 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 negativos por positivos, sino en ayudarlos a identificar y cuestionar su pensamiento negativo.

La terapia cognitiva es un tratamiento eficaz para la ansiedad debido a que es considerada como una de las patologías mentales más comunes, por lo que esta terapia ofrece un 60-80% de eficacia (Clark & Beck, 2016).

Las destrezas de la terapia cognitivo conductual pueden enseñarle a detectar y desactivar pensamientos exagerados y automáticos, sobre peligro o amenaza. Tratándose de esta manera de una terapia que consta de seis a veinte sesiones individuales aproximadamente, de manera

semanal, luego se recibirán bisemanales y para concluir mensuales. Se divide en tres partes: valoración, siendo esta la primera sesión, en la cual el objetivo principal es evaluar la naturaleza del problema de la ansiedad y sobre todo su sintomatología. Luego tenemos la intervención, en donde se van a identificar los pensamientos problemáticos que hacen que se genere la ansiedad para ayudarle a descubrir una nueva perspectiva y así lograr estructurar planes de acción. Por último, está la finalización, en donde por lo general se realizan sesiones mensuales, y su atención se centra en formar y potenciar varias estrategias de afrontamiento ante la alguna nueva crisis de ansiedad que pueda llegar a surgir (Clark & Beck, 2016).

Philip Kendall (2000, citado en Romina Kosovsky, 2018) el terapeuta enfocado en trabajar con niños, asume diferentes roles dependiendo de la necesidad de los casos, se desarrolla como diagnosticador o evaluador, significando que se recoja e integre datos de fuentes diferentes, ya sea del ámbito escolar, familiar, médico y del mismo paciente, realizando una síntesis de toda la información recogida y estableciendo un diagnóstico y conceptualización del caso. Además de los roles antes mencionados, el terapeuta puede ser consultor, esto para ayudar a identificar el problema, hallar opciones y hacer que el niño elija una de ellas o puede ser educador o entrenador para descubrir y potenciar sus fortalezas, enseñándole nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales para su desarrollo y bienestar.

Además, es importante mencionar que los trastornos infantiles se agrupan en dos conjuntos: externalizadores e internalizadores, se indica esto, debido a que la Terapia Cognitivo- Conductual proporciona un tratamiento base para estos trastornos. Los trastornos externalizadores abarcan la agresividad y el comportamiento disruptivo, aquí se pone énfasis el déficit cognitivo, es decir la falta de registro y el procesamiento cognitivo, para pensar alternativas antes que actué el impulso. Aquí nos encontramos con los trastornos de conducta e impulsividad, los cuales se pueden trabajar con psicoeducación, estrategias de autocontrol y entrenamiento en resolución de problemas. Por otro lado, tenemos a los trastornos internalizadores, que abarcan la ansiedad, depresión y el comportamiento inhibido, en estos predominan las distorsiones cognitivas, creencias sostenidas por una lógica rígida, repetitiva y distorsionada, trabajando de igual manera con la psicoeducación y herramientas para ejercitar la exposición a las situaciones evitadas (Kosovsky, y otros, 2018).

1.6. Philip C. Kendall

El Dr. Kendall nació el 2 marzo de 1950, es un prolífico investigador, docente y clínico. Su currículum incluye más de cuatrocientas publicaciones, treinta libros y veinte manuales de tratamiento. Sus programas de tratamiento han sido traducidos en varios idiomas. El Dr. ha obtenido preponderantes premios como la beca del Centro de Estudios Avanzados sobre Ciencias del Comportamiento; el premio en reconocimiento a su investigación de la Asociación Americana de los Trastornos de Ansiedad, ha sido presidente de la Sociedad de Psicología Clínica de niños y adolescentes de la Asociación Americana de Psicología como también de la Asociación de Terapias Comportamentales y Cognitivas de los Estados Unidos. En el año 2016 la academia de Terapia Cognitiva lo reconoce con el premio "Aaron T. Beck" por contribuciones significativas y duraderas a la terapia cognitiva. También cabe recalcar que ha realizado contribuciones como científico, teórico y docente. Sus contribuciones incluyen primordiales trabajos en el campo de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, en la terapia cognitiva, evaluación e investigación, conceptualización y comprensión de la psicopatología infanto-juvenil (Kendall, 2010).

1.7. Libro: "Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños"

El tratamiento cognitivo- conductual para trastornos de ansiedad en niños, del autor Philip Kendall, proponen dos módulos, el primero es la adquisición de estrategias y el segundo, de exposición y práctica. Tiene como objetivo principal enseñar a los niños a que reconozcan los primeros signos de ansiedad para utilizarlos como estrategias del manejo de la misma. El terapeuta toma un rol de modelo de afrontamiento, mientras las técnicas son expuestas a los niños, se encarga de las dificultades que aparecen y busca estrategias para superarlas (Kosovsky, y otros, 2018).

"El autor del libro Philip C. Kendall, nos propone el manual de tratamiento que describe un programa de 16 sesiones para el tratamiento en los trastornos de ansiedad, específicamente trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, y trastorno de ansiedad por separación en niños y adolescentes jóvenes.

El objetivo principal es enseñarles a los niños a reconocer los primeros signos de ansiedad no deseado y a utilizarlos como punto de partida para el uso de estrategias de manejo de la ansiedad.

Secuenciados en este manual para poder avanzar habilidad sobre habilidad se presenta: la identificación de procesos cognitivos relacionados con el comienzo de ansiedad excesiva, el entrenamiento en estrategias cognitivas para el manejo de la ansiedad, el entrenamiento en relajación conductual, y las oportunidades para la práctica.

Este manual trabaja en conjunto con el cuaderno de actividades Gato Valiente, para que el paciente realice ejercicios y actividades consistentes con la información presentada y explicada en el tratamiento. El terapeuta funciona como un modelo de afrontamiento a medida que las nuevas técnicas son introducidas no solo demostrando al niño como es la técnica, sino a su vez las dificultades que pueden aparecer y las estrategias para superar esas dificultades. El enfoque de este libro es estructurado, más son necesarias habilidades clínicas y flexibilidad de parte del terapeuta para individualizar el programa en base de las necesidades de cada niño a fin de maximizar los beneficios" (Kendall, Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños , 2010, pág. XIII).

1.8. Conclusión

Se han expuesto diferentes conceptos de ansiedad por parte de varios autores, en donde se menciona que la ansiedad en varios casos puede tener inicio en la infancia, ya que en esta etapa los niños son más vulnerables. Los infantes que hayan pasado por algún suceso traumático, ya sea social, familiar o educativo, en el presente o a lo largo del tiempo pueden presentar sintomatología ansiosa y se manifestará dependiendo de la etapa en la que se encuentre el niño. Por lo tanto, los padres o representantes legales del infante deben estar alertas ante cualquier conducta poco común en la persona, para elaborar un tratamiento eficaz de manera temprana.

Para poder diagnosticar algunos de los trastornos ansiosos, primero se debe tener en cuenta la sintomatología física y cognitiva que manifiesta el paciente como sudores, mareos, palpitaciones, pensamientos automáticos, miedo a la muerte, presión en el pecho, falta de concentración, confusión, etc. Y así, de esta manera poder elaborar un diagnóstico certero.

En cuanto a la terapia cognitivo conductual podemos decir que existen varios estudios que promueven su eficacia, ya que en varias investigaciones se ha trabajado con este tratamiento y ha dado excelentes resultados en varios tipos de patologías, llevando así a obtener resultados por encima del 50% y dejando resultados prometedores a largo plazo.

CAPÍTULO II

2. Referencias bibliográficas basadas en la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual de Philip C. Kendall enfocada en niños con ansiedad

La presente es una revisión de carácter bibliográfico, la cual tiene como fin recopilar y analizar información ya existente sobre un tema, obtenida de diferentes fuentes tales como: artículos científicos, revistas, trabajos académicos y libros.

La siguiente revisión teórica aborda investigaciones realizadas por diferentes profesionales y tesis, quienes tienen como objetivo demostrar la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en niños, ya que se ha percibido que la población infantil es la más vulnerable, por lo que es importante reducir estos síntomas mediante esta intervención, consiguiendo así un futuro donde no se vean afectados por este trastorno y puedan desarrollarse correctamente. Algunas de estas investigaciones se basan en la teoría del autor Philip C. Kendall, quien ha desempeñado el rol de presidente en la Sociedad Clínica Psicológica de Niños y Adolescentes de la Asociación Americana de Psicología como también de la Asociación de Terapias Comportamentales y Cognitivas de los Estados Unidos, además ha tenido la autoría de varios libros y manuales de tratamiento, y en la siguiente revisión se mencionará uno de ellos, el “Tratamiento Cognitivo-Conductual para Trastornos de Ansiedad en Niños”.

Por otro lado, la terapia cognitivo-conductual se basa en técnicas específicas, las cuales en la mayoría de los casos actúan directamente en la sintomatología ansiosa, logrando así reducir el trastorno, esto dependerá del grado de desarrollo en el que se encuentre, ya que en algunos casos es necesario el uso de fármacos.

Se ha alcanzado a recolectar varios estudios en donde la terapia cognitivo-conductual demuestra su eficacia, pero cabe mencionar que existen algunos casos de mayor atención en los cuales no es suficiente la TCC, por lo que se acompaña del uso de fármacos al inicio del tratamiento, debido a que los síntomas son persistentes. La mayoría de los autores mencionados en la siguiente revisión han optado por esta corriente psicológica, debido a la eficacia que ha demostrado a lo largo de los años. El autor Philip C. Kendall utiliza como

herramienta fundamental dentro de su terapia, el programa “Coping Cat”, con el objetivo de generar en los infantes una manera entretenida de seguir el tratamiento que consta de 16 sesiones, obteniendo así el cese de los síntomas ansiosos. Cabe recalcar que el apoyo de los padres es de gran importancia para que exista un buen resultado.

A continuación se procede a describir cada investigación enfocada en la Terapia Cognitivo-Conductual y el Tratamiento Cognitivo-Conductual para Trastornos de Ansiedad en Niños de Philip C. Kendall:

2.1. La ansiedad infantil y la terapia cognitivo-conductual

La investigación fue realizada en Cuba, en la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas en el año 2019 por María Elena Martínez de Ring, Yinet Sosa Saborit y Terianne Pérez Viñals, a modo de monografía, publicado en el repositorio de la universidad.

El presente trabajo aborda el tema de la ansiedad en infantes y su tratamiento enfocado en la terapia cognitivo-conductual; presentando en un inicio las formas de manifestarse, los diferentes tipos y su relevancia.

La etiología de los trastornos de ansiedad puede deberse a diferentes estímulos o acontecimientos tanto sociales, educativos, familiares o personales. H. Eysenck (1916-1997, citado en Martínez de Ring, Sosa Saborti, Pérez Viñals, 2019) manifiesta la existencia de ansiedad como rasgo definiéndose como un desarrollo estable de la personalidad y ansiedad estado refiriéndose a las reacciones del niño ante situaciones o circunstancias desagradables.

A diferencia de los estudios realizados acerca de la ansiedad en adultos, no existen considerables investigaciones enfocadas en los trastornos de ansiedad en niños, aunque es necesario identificar a tiempo para ayudar a disminuir o estabilizar el problema para que este no evolucione, además es necesario estar atentos y alertas a los síntomas de ansiedad en los infantes para que reciban ayuda profesional y así poder mejorar su calidad de vida.

Teniendo en cuenta que los trastornos de ansiedad son las enfermedades más comunes en adultos, con una prevalencia del 25% de su vida, también son los trastornos más prevalentes en niños y adolescentes. A partir de esto nos enfocaremos en el tratamiento del trastorno, correspondiente a la terapia cognitivo- conductual (TCC), siendo este la intervención de primera elección para disminuir la ansiedad. Encontrándonos en la terapia con las técnicas más utilizadas, como: la psicoeducación, técnicas de relajación, respiración consciente y

diafragmática, interpretaciones catastrofistas, técnicas de exposición, asertividad, resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.

Según la Dra. C. Vivian Guerra (2001, citado en Martínez de Ring, Sosa Saborti, Pérez Viñals, 2019) de acuerdo a varios autores, la ansiedad en la infancia es diagnosticada frecuentemente, por lo que se le reconoce como un problema común en el área infanto-juvenil.

Por otro lado, percibiendo la importancia de tratar la ansiedad infantil, es necesario reconocer la terapia más significativa para el tratamiento, considerándose la terapia cognitivo-conductual la alternativa más adecuada para el trastorno, ya que en diferentes estudios se ha demostrado su eficacia, enfocándose particularmente en el trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad por separación. La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento que ha manifestado una gran aceptación y eficacia para el trastorno de ansiedad.

Comprendiendo que la terapia es adecuada para el trastorno, se debe poner atención a los diferentes síntomas ansiosos, ya que la intervención consta de una gran cantidad de técnicas y estrategias, estas deben ser seleccionadas y planificadas acorde a la necesidad de cada persona.

El tratamiento por medio de las técnicas permite trabajar en el área conductual y cognitiva al mismo tiempo, generando el proceso de razonar, relacionar y regular información. Un punto a tener en cuenta es que el tratamiento para los niños también se trabaja en conjunto con los padres, familia y/o cuidadores. Por otro lado, para una aplicación exitosa de las diferentes técnicas, se debe practicar los ejercicios que ayuden a distanciarse de los pensamientos que generan ansiedad, como por ejemplo técnicas de exposición intensa y diálogo con los mismos pensamientos.

Además en la ansiedad infantil se puede recurrir al juego, ya que al ingresar en su medio ambiente, en su entorno y forma de actuar, se puede generar confianza del infante con el terapeuta, para así desarrollar mayor consolidación del tratamiento.

La terapia cognitivo-conductual enfocada en los infantes coloca énfasis en las fortalezas que poseen, motivándolos a que realicen actividades que les ayuden y sean de su agrado. En el estudio mencionan a Philip C. Kendall, quien ha realizado un programa de intervención enfocado en la terapia cognitivo-conductual, demostrando con esta, efectividad en la

reducción de la ansiedad en los infantes, un factor a relucir en el estudio, es el tratamiento que incluye la intervención de la familia del niño, ya que alcanzó resultados definitivamente superiores a diferencia de solo emplear terapia cognitivo-conductual en niños.

Según Orgilés, Méndez, Carrillo, Rosa A. y E inglés, C. (2003, citado en Martínez de Ring, Sosa Saborti, Pérez Viñals, 2019) Kendall forma elementos básicos en el programa que tiene como objetivos:

- Identificar los sentimientos ansiosos y las reacciones.
- Descubrir los pensamientos negativos del infante que le producen ansiedad.
- Establecer un plan de afrontamiento del trastorno.
- Identificar los síntomas y autorreforzarse cuando lo amerite.
- Las estrategias son: Modelado, exposición en vivo, role-playing, relajación, autoinstrucciones y refuerzo contingente.

Además nos encontramos con la Terapia de Aceptación y Compromiso, basada en mindfulness (autoconciencia o conciencia plena) que menciona que la disminución de la sintomatología no es la meta para esta terapia, porque puede generar sufrimiento, ocasionando otros trastornos, la intervención enfocada en aceptación y compromiso se basa en las estrategias de afrontamiento, técnicas de exposición y relajación, y la autorregulación.

Se realiza la intervención en 13 casos utilizando el protocolo de tratamiento cognitivo-conductual apoyado en realidad virtual, demostrando la efectividad de este, produciendo una mejora en los niños, con una duración de seguimiento de un mes.

En conclusión, para los trastornos de ansiedad, la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento más utilizado con una gran efectividad, también es importante involucrar a la familia para reforzar con más ímpetu las autorregulaciones y reconocimiento de señales que producen síntomas, para que sean un apoyo para el desarrollo natural del niño.

Aparte de trabajar con las diferentes técnicas y para el beneficio del desarrollo infantil, se debe considerar la prevención y psicoeducación (Martínez de Ring, Sosa Saborit, & Pérez Viñals, 2019).

2.2. Tratamiento cognitivo-conductual en un niño con ansiedad a la hora de dormir

El artículo fue publicado en la Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, un factor importante a mencionar de la revista es la periodicidad de sus publicaciones, cumpliendo un total de 20 artículos anuales. La autora de esta investigación publicada en el año 2014 es Alejandra Antón, quien forma parte del equipo de salud mental infanto-juvenil de Badajoz, en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (España).

La presente investigación aborda el tema de un niño de 11 años que presenta síntomas ansiosos, al momento de ir a dormir. Antes de esta situación, el niño, llamado Pablo presentaba un desarrollo normal en todas las áreas funcionales, vive con sus padres y una hermana mayor, el problema de ansiedad inicia cuando él va a un campamento, se debe mencionar que antes iba a menudo, y después de este viaje el panorama de su vida cambia.

Es derivado por su pediatra, con motivo de consulta de dificultad a la hora de dormir, después de haber asistido al campamento, comenzó a evitar cualquier situación que se refiera a dormir fuera de casa, presentando mucha ansiedad y angustia al no poder conciliar el sueño, inició hace 6 meses aproximadamente sin buscar ayuda profesional, razón por la cual el trastorno ha ido evolucionando, llegando a tener dificultades más complejas, es decir no solo mostrando ansiedad al dormir fuera de casa, sino también al dormir en el hogar, solo en su cuarto, sin compañía de sus padres, sin que esté la luz prendida o incluso esperar a que su hermana mayor se encuentre dormida en la otra habitación primero.

Se procede a explorar las diferentes áreas funcionales de Pablo, sus padres, quienes tienen que estar en el proceso, mencionan que ha sido un niño sin problemas relevantes, sólo que él a diferencia de otros niños tiende a ser más miedoso que los demás infantes y se preocupa más de lo habitual cuando algún familiar está enfermo.

Evaluación del caso

Según Antón (2014), menciona que se realizó una entrevista semiestructurada tanto a los padres como al niño, se aplicó también reactivos tales como la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) y el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs. Además se utilizó un Diario del Sueño, realizado por el niño y los padres, en el cual se anota la hora en la que se

acuesta, cuanto tiempo duerme, si se levanta en mitad del sueño y el nivel de descanso que tiene al despertar.

La puntuación de los reactivos dio como resultado que Pablo no presenta sintomatología clínicamente significativa y en el diario de sueño se observó una diferencia en comparación con lo que anota el niño, con lo que anotaron los padres, registrando un tiempo menor de los padres, de lo que Pablo registra.

Análisis funcional

A nivel motor, Pablo se muestra inquieto, realiza peticiones para que su entorno se modifique a su gusto para sentirse seguro a la hora de dormir (ej. pide a los padres que uno de ellos o ambos duerman con él).

A nivel fisiológico, presenta tensión muscular, calor, sudoración, taquicardia y llanto.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento consta de 12 sesiones, en un tiempo aproximado de 6 meses, con una frecuencia semanal los dos primeros meses, cambiando conforme avanza la terapia.

Los objetivos planteados fueron:
<ul style="list-style-type: none">a) Proporcionar información sobre el proceso de génesis, desarrollo y mantenimiento del trastorno.b) Explicación a los padres de los mecanismos de refuerzo, castigo y extinción en relación con la conducta en general y comportamiento del niño.c) Proporcionar a Pablo recursos de afrontamiento.d) Reducir la ansiedad anticipatoria al hecho de dormir, reducir y sustituir los pensamientos negativos.e) Lograr que el infante durmiese sin los condicionantes que facilitaban el sueño (padres que duerman con él, luz encendida).f) Conseguir que duerma fuera del hogar como lo hacía antes.
Se realiza el tratamiento en tres momentos con el fin de alcanzar los objetivos

<p>1. Evaluación del problema y psicoeducación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de ansiedad. Cómo funciona la ansiedad. • Mantenimiento del problema por las conductas de evitación y escape, • Pautas para el sistema de refuerzo y castigo. Pensamientos negativos. • Análisis topográfico y funcional. • Como proceder durante la intervención. 	<p>2. Técnicas de afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiración diafragmática. • Relajación muscular de Koeppen. • Técnicas de visualización y cognitivas como las autoinstrucciones de competencia. • Un registro de actividades practicadas. 	<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposición graduada y en vivo a situaciones en las que existe evitación o escape. • Listado de situaciones ansiógenas. • Por último, prevención de recaídas y de alta.
---	--	--

Como resultado el infante fue progresando paulatinamente desde el inicio del tratamiento, demostrando una mejoría, consiguió apagar la luz del pasillo, fue tolerante ante el hecho de que su hermana no se encontrara cerca de su habitación a la hora de dormir y permitió que por lo menos uno de los padres durmiera en su propia habitación, así fue en las primeras sesiones. Ya en las siguientes sesiones pudo dormir cuando sus progenitores estaban en su propia habitación y presentó la capacidad de autorregulación. Logró dormir sin condicionantes y además salir del hogar y permanecer un tiempo prolongado fuera de esta. Tras aplicar el tratamiento se logra identificar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, se cumple con los objetivos propuestos, debido a la aplicación de las diferentes técnicas que han demostrado ser eficaces no solo en este caso, sino también en otros estudios, entre ellas se encuentra la respiración, relajación e intervenciones cognitivas como las autoinstrucciones de competencia y distracción (Antón, 2014).

2.3. Evaluación e intervención de ansiedad infantil desde el enfoque cognitivo conductual: Un estudio de caso

Este trabajo fue elaborado por José Jairo Jaimes Duarte, en Barranquilla en el año 2017, para su maestría en psicología en la Universidad Norte, dirigido por la Mg. Amparo Durán Mosquera, además fue publicado en el Repositorio Institucional Universidad del Norte.

El presente estudio trata acerca de una niña de 9 años, llamada Lucía, a quien su madre lleva a terapia, debido a que no puede conciliar el sueño, presentando trastorno de ansiedad

por separación, ella hasta los 7 años vive con sus padres y una hermana menor. En la historia familiar, el padre de la niña deja el hogar hace dos años para mejorar el estado económico de la familia, es decir cuando Lucía tenía 7 años, y tanto ella como su madre y hermana no reciben noticias por parte de él, un año después regresa a formar parte de la dinámica familiar, tras mejorar su estado económico.

Es derivada a consulta por tener insomnio, afectando de esta forma la dinámica familiar, ya que su madre tras observar que Lucía no puede dormir, la llevó junto con su hermana para que le cuidara, y así disminuir el problema de Lucía, otorgándole un rol de cuidador, sin lograr su objetivo, su madre se enoja y le regaña, siendo este un detonante para que el insomnio se intensifique.

En el ámbito personal de la paciente, sus padres siempre han pedido un buen rendimiento académico por parte de ella, y al no ser alcanzado, ellos han reforzado pensamientos e ideas de incapacidad y a su vez esto ha incrementado su ansiedad. En cuanto al área social de la niña se observa un déficit en el desarrollo, ya que no contaba con su propio círculo de amigos, ya que los amigos de la hermana menor, eran sus amigos. Además se cambió de colegio, razón por la cual no conocía a nadie y fue víctima de bullying, no mostrando estrategias de afrontamiento ante esto frente a sus pares.

Evaluación del caso

Se realizó una entrevista tanto a la madre como a la hija, además se aplicó el reactivo de la Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS), dando como resultado un trastorno de ansiedad por separación.

Tanto en la entrevista con la madre y en la aplicación del test se puede observar que la niña tiene miedo y preocupación excesiva al estar sola o al estar lejos de su madre y su padre, ya que este perdió comunicación con ella por un año.

Sintomatología

- Lucía presenta dificultad para conciliar y mantener el sueño.
- Presenta rumiación del pensamiento, generando angustia, llanto e ideas de incapacidad.
- Conflicto para adaptarse al contexto escolar.

- Dificultad para generar vínculos de calidad.
- Comportamiento ansioso.
- Preocupación constante y temor recurrente hacia el futuro y a las consecuencias.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento tiene un enfoque cognitivo conductual, el cual se ha desarrollado en 19 sesiones.

Objetivo principal del tratamiento: La abolición de las respuestas des adaptativas de ansiedad infantil, para disminuir las manifestaciones asociadas al Trastorno de Ansiedad por Separación.

Número de sesión	Objetivo de la sesión	Metodología utilizada
1	Reducir los síntomas físicos de la ansiedad a través de la técnica de relajación.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Terapia de relajación progresiva de Jacobson.
2	Reducir los síntomas físicos de la ansiedad a través de la técnica de respiración.	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración diafragmática. • Tomar registro de la aplicación de la técnica.
3	Detectar las ideas irracionales presentes al momento de dormir.	<ul style="list-style-type: none"> • El papel de las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales. • Diálogo socrático.
4	Explicar a los padres sobre la técnica de mejoramiento en las ideas irracionales presentes en la paciente antes de dormir.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación a los padres. • Dar a conocer la utilización de la técnica “La cajita mágica” para la modificación de los pensamientos.
5	Reestructurar cognitivamente las ideas irracionales utilizando la técnica de juego “la cajita mágica”	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica “La cajita mágica”.
6	Explorar los cambios propiciados por la reestructuración cognitiva frente a las ideas irracionales	<ul style="list-style-type: none"> • Primera parte de la Técnica “La cajita mágica”.
7	Modificar la responsabilidad de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de reestructuración cognitiva. • Diálogo Socrático.

	de la hermana menor con técnicas cognitivas.	
8	Modificar el sentido de responsabilidad impuesto por los padres, frente al cuidado y la protección de la hermana menor.	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar la atribución.
8	Mejoramiento del protocolo conductual frente al dormir.	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de control de estímulos. • Revisar “La cajita mágica” con el fin de reforzar pensamientos que generen tranquilidad. • Aplicación de técnicas de aromaterapia, respiración y relajación.
9	Mejorar la higiene del sueño.	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones para dormir. • Segunda parte de la técnica de “La cajita mágica”.
10	Reflexionar sobre el entrenamiento de la madre en la observación de conductas del sueño.	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de entrenamiento y psicoeducación a la mamá con el fin de monitorear el cumplimiento de las metas para el mejoramiento del sueño.
11	Evaluar los protocolos conductuales y síntomas de ansiedad antes y durante el sueño.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si la paciente modifica la hora de sueño. • Implementar técnicas de relajación y respiración.
12	Mejorar las habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento de habilidades sociales. • Reestructuración cognitiva. • Entrenamiento en resolución de problemas.
13	Mejorar el vínculo de juego con la hermana menor y verificar el nuevo rol como hermana menor.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación del cambio en la cognición frente al rol protector de hermana mayor.
14	Implementar estrategias de afrontamiento para el mejoramiento de su círculo social.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento de habilidades sociales.
15	Desarrollar mayor autonomía en la toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación de sus patrones cognitivos disfuncionales.
16	Entrenar en la resolución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en resolución de problemas. • Técnica del abanico de posibilidades.
17	Evaluación de la toma de decisiones, habilidades	

	sociales y solución de problemas.	
18	Evaluar las actividades realizadas junto con los padres y del manejo de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación.
19	Sesión final	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendación a la paciente sobre las técnicas utilizadas. • Se resalta el buen desempeño frente al proceso terapéutico.

Como resultado, en la infante se observa una gran evolución, dando como consecuencia la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad por separación, en este caso, no solo actuando en el paciente, sino también en los padres y teniendo en cuenta que ellos son una parte fundamental de la terapia (Jaimes Duarte, 2017).

2.4. Trastorno de ansiedad por separación y su incidencia en el rendimiento escolar en una niña de 8 años de edad

El estudio fue elaborado por Xiomara Fernanda Castro Santillan, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica de la "Universidad Técnica de Babahoyo" en Ecuador, publicado en la plataforma de la universidad en el año 2020.

Existe una gran importancia en estos estudios sobre este tipo de trastorno, debido a que repercute en un nivel académico, social y personal, además es un reto desde el punto de vista diagnóstico, ya que existe confusión por la presencia de síntomas relacionados con los demás trastornos de ansiedad.

En el presente estudio se trata un caso de una niña de 8 años, Lucy, quien presenta trastorno de ansiedad por separación, ella es hija única, la niña presentó un inicio escolar normal, pero hace 6 meses aproximadamente ha presentado un deterioro en su rendimiento escolar, en sus relaciones sociales y con su maestra.

Los síntomas de este trastorno se hacen presente en la institución donde estudia, siendo derivada la niña al departamento de psicología de la escuela, por la docente que está a cargo, ya que ella presencia la angustia, el llanto fácil, rabietas, las ideas que tiene la niña al estar

separada de su madre, temor a que los otros niños le golpeen al no estar presente la docente, además cuando su madre le deja en la escuela, la niña no la quiere soltar.

Ella vive con su madre, ya que hace un año atrás sus padres se separaron, dejando a Lucy al cuidado de la madre, un motivo más para que se genere el trastorno de separación.

Evaluación del caso

Las diferentes técnicas utilizadas para la recolección de los datos son las siguientes:

Método clínico, ficha de observación, entrevista, y un reactivo, siendo el cuestionario de ansiedad infantil (CAS).

Realizándose la entrevista en 7 partes, ya que primero se realiza la entrevista con la docente, quien menciona el motivo de consulta, después se procede a hacer una entrevista con la madre, luego con la niña, estableciendo un rapport, se aplica el test, y cabe mencionar que el padre no asiste a las entrevistas por motivos laborales, menciona la madre.

Según el test aplicado la niña presenta una sintomatología ansiosa bastante alta, concordando con las observaciones que se han hecho en la entrevista.

Sintomatología

Lucy presenta en las diferentes entrevistas síntomas de ansiedad tales como: preocupación excesiva de que le ocurra algo grave al estar sola o fuera de casa, tristeza porque los padres estén separados, pensamientos distorsionados recurrentes, llanto, rabieta, movimiento frecuente del cuerpo y dolores de cabeza.

Aplicación del tratamiento

Se procede a realizar un plan terapéutico con base en la terapia cognitivo- conductual en conjunto con la representante de la paciente para obtener mejores resultados en el cumplimiento de las tareas.

Objetivo: Disminuir los estados de ansiedad del infante.

Las técnicas propuestas se aplicarán en el momento de un estado de ansiedad para que se logre disminuir los síntomas y a su vez ayuden al mejoramiento de su rendimiento escolar.

Número de sesiones	Meta terapéutica	Técnica	Resultados obtenidos
2	Reforzamiento de la autoestima.	Exposición gradual en vivo a las situaciones de separación.	Adaptación al ambiente escolar y familiar.
2	Bajar la energía fisiológica, que le genera ansiedad y angustia.	Técnica de relajación	Disminución de la ansiedad.
2	Fortalecimiento de confianza y mayor seguridad.	Reestructuración cognitiva (adaptación lúdica con imágenes)	Reforzamiento de confianza hacia la madre, cambio de pensamientos negativos por positivos.

Como resultado, se logró mejorar su conducta al momento de separarse de su madre y modificar los pensamientos que provocaban ansiedad, beneficiándose directamente la paciente, así como su familia y su entorno, debido a la atención psicológica que recibió y al tratamiento pertinente y eficaz, el cual también contribuyó para el rendimiento escolar, progresando en este significativamente.

Mostrando que la terapia cognitivo conductual, es eficaz, además de beneficio a la institución con esta herramienta como directriz de intervención al momento de la presencia de eventos similares (Castro Santillan, 2020).

2.5. Efectividad del tratamiento temprano de niños con mutismo selectivo en los centros educativos

El artículo fue publicado en la plataforma Scielo en el año 2019 por los siguientes autores: José Olivares, Pablo J. Olivares-Olivares y Ángel Rosa-Alcázar, de las Universidades de Murcia y Católica de Murcia de España, demostrando en este la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual.

La presente investigación aborda el tema del mutismo selectivo en infantes de 3 a 5 años, para la elaboración y análisis del mismo se procede a reunir participantes tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión, quedando 10 partícipes.

Evaluación

Para la investigación y debida evaluación de los niños se toma en cuenta los siguientes instrumentos y estrategias:

- Prueba para evaluar el habla en presencia de/con un extraño (EHEx).
- Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños, versión para padres (ADIS-IV: P), es importante mencionar que el ADIS-IV no incluye al mutismo selectivo como trastorno, motivo por el cual se verifica si cumplen los criterios del trastorno en el DSM-V.
- Cuestionario de mutismo selectivo (SMQ) y cuestionario del habla en la escuela (SSQ).
- Entrevista con los padres, profesores y personal auxiliar del centro educativo.
- Inventario de reforzadores infantiles.
- Sociograma.
- Evaluación de las expectativas de los compañeros de clase.

Aplicación del tratamiento

Se procede a contactar con los padres de los niños, profesores y personal auxiliar que rodean el entorno del niño con el trastorno para que ellos también participen en la terapia, a todos se les indica que el objetivo del tratamiento es el desvanecimiento estimular y esto significa que tienen ellos que poseer un papel central en su parte del tratamiento, se menciona que todos firmaron un consentimiento colectivo informado.

Objetivos:

- Desencadenar y generalizar el uso adecuado del habla audible en un grupo de cuatro integrantes y sus profesoras mientras se realiza un juego cooperativo (dominó de nombres de animales, composición de rompecabezas).
- Eliminar el aislamiento social y consolidar y generalizar el uso del habla.

Tratamiento para padres, profesores y personal auxiliar	Tratamiento de los niños
Fase psicoeducativa, utilizando el manual “El niño con miedo a hablar” y un modelo tentativo. Duración: una semana.	Fase de entrenamiento, desarrollada en dos partes. Un juego cooperativo: rompecabezas de dificultad elevada y uso de animales. Asignación de una tarea donde se requiera hablar.
Entrenamiento	
Tareas para casa Puesta en común de los logros y dificultades en la realización de las tareas acordadas y análisis de las relaciones entre los antecedentes, respuestas y consecuencias (ABC). Explicación cognitivo conductual. Transmisión de información y modelado de cómo prevenir y afrontar dificultades	

Como resultado, se pudo observar que existe una diferencia significativa en los niños, mejorando no solo en los pos-test que se han aplicado, sino también aumentando las mejoras en el seguimiento que se ha realizado. Los padres y profesores también han mencionado que existe una mejora significativa en su entorno tras la aplicación del tratamiento.

La terapia cognitivo-conductual se ajusta a las necesidades relevantes del trastorno mutismo selectivo, destacando el papel de las estrategias de transmisión de información, reestructuración cognitiva, instrucciones y modelado, siendo estas herramientas las más utilizadas en este caso (Olivares, Olivares-Olivares , & Alcázar , 2019).

2.6.Tratamiento de la ansiedad a través de la terapia cognitiva conductual en un niño víctima de violencia intrafamiliar

En la Universidad del Azuay, situada en la ciudad de Cuenca, una alumna realizó una investigación previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica, la tesis fue dirigida por el Dr. Patricio Cabrera, el cual ha formado su carrera en un ámbito más fisiológico. Se realiza una evaluación e intervención basada en la terapia cognitiva conductual, logrando que los síntomas se reduzcan un 50%, ya que no se alcanzó obtener más porcentaje debido a que el niño junto con su familia se retiraron de la casa de acogida, por lo que no se concluyó el tratamiento.

En un estudio realizado por (López, 2010), aborda la temática de ansiedad padecida por un niño, AS de 10 años, el cual es remitido debido a que presenta un estado de ánimo inestable, manifiesta sentirse desesperado y triste. En cuanto a los antecedentes disfuncionales se puede mencionar violencia intrafamiliar y deseos de abandonar su casa, abuso sexual a su hermana mayor y a AS por parte de su padre, tiene dificultad para conciliar el sueño por temor a que le agredan a su hermana. Se enferma varias veces en especial del estómago, menciona que siente dolor en el pecho, sensaciones de ahogo, cosquillas en el interior de su cuerpo y presenta pesadillas.

En cuanto a su vida personal, tiene 5 hermanos, en la infancia se caracterizaba por ser obediente y estudioso. Entrenaba atletismo. Se considera una persona social. Su padre jugaba fútbol con él en la noche, cuando AS tenía aproximadamente 7 años la violencia fue ejercida por parte del padre hacia toda su familia en especial hacia la madre y la hermana mayor, debido a que celaba mucho a su esposa. Con el pasar del tiempo los problemas fueron tomando más fuerza, por lo que las agresiones hacia su cónyuge eran frecuentes y por las noches se aprovechaba de su hija mayor. AS le relató lo ocurrido a su madre y ella logró enfrentar a su esposo, mientras él lo negaba todo. Al cabo del tiempo los profesores de AS, le ayudan a denunciar el hecho y el padre va a prisión.

El infante siente preocupación, ya que teme que su padre salga de prisión, piensa que querrá vengarse. En el ámbito académico no puede desarrollarse completamente, debido a que sus miedos no le permiten concentrarse, sus dolores en el pecho se presentan cuando AS recuerda la promesa que hizo su padre, que lo encontrará y lo matará, este pensamiento también le produce sensación de ahogo. Su madre al ver estos síntomas acude a un doctor, quien no menciona ningún diagnóstico y le envía una medicina porque manifiesta que "está débil", percibiendo esta situación deciden acudir a terapia psicológica.

Al niño se le aplicó el test HTP, en donde se proyectan sentimientos de frustración, hostilidad, tensión y sentimientos de culpa. Menciona que cuando se siente triste le gusta dibujar utilizando así la fantasía como fuente de satisfacción. Se muestra preocupado por el futuro. También se aplicó el test EPQ-J, en donde puede describirse al infante como ansioso, preocupado, con cambios de humor y frecuentemente deprimido.

La psicóloga encargada del caso menciona que el paciente presenta síntomas de una Crisis de Angustia y cumple con algunos criterios del Trastorno por Estrés Postraumático, esto deberá ser tratado en terapia ya que por lo contrario, se podría desencadenar un Trastorno de Ansiedad en el futuro.

Para abordar el caso, el plan terapéutico será basado en la terapia cognitivo conductual contando con técnicas como: detección de pensamiento, búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva, re atribución, hace referencia a dar el grado de responsabilidad que verdaderamente tiene un hecho, la descatastrofización se encarga de cuestionar las predicciones negativas a base de la evidencia, programación de actividades incompatibles y relajación, registro diario de pensamientos, el entrenamiento asertivo es la capacidad de expresar los pensamientos y sentimientos propios sin ansiedad ni agresión, sino de una manera socialmente aceptable y visualización positiva.

El tratamiento está enfocado en la TCC, constando de 2 sesiones semanales cada una de 1 hora aproximadamente, con el objetivo de reducir la ansiedad en el infante. AS recibió terapia en la casa de acogida deliberada por un juez, al cabo del tiempo no se pudo concluir el tratamiento debido a que el infante junto con su familia abandonó la misma, con el consentimiento de la Directora de la Casa. Por lo que se realiza el cierre de la terapia de manera informal motivando al paciente a seguir utilizando todas las técnicas aprendidas.

Para la TCC, se basaron en los criterios de fácil aplicación, para poder obtener resultados a corto plazo y sobre todo que sean de agrado para el infante, así de esta manera pueda incorporarlo sin problemas en su vida cotidiana. Los resultados alcanzados fueron un 50% en cuanto a la disminución de los síntomas de ansiedad en su intensidad y frecuencia, obteniendo de esta manera un resultado esperado, logrando una mejor calidad de vida.

2.7. Intervención cognitiva conductual de un paciente con fobia específica de 6 años

La investigación fue realizada previo a la obtención de una maestría en profundización en Psicología Clínica, en la ciudad de Barranquilla, demostrando así la eficacia de la terapia cognitivo conductual, cuenta con una metodología cualitativa y cuantitativa. Los cuestionarios se aplicaron pre y post intervención. La sintomatología correspondiente a la fobia específica en JC disminuyó significativamente, producto de la TCC, aplicando técnicas

como reestructuración cognitiva, exposición y relajación, el estudio fue realizado por (Rebellón, 2016) un caso único de fobia específica, presentada en un niño de 6 años.

La madre y la abuela del niño acuden a terapia psicológica debido a una demanda en donde expresan que, no es posible controlar sus pataletas, no quiere salir a ningún sitio acompañado y no le gusta acudir a fiestas, ellas mencionan que necesitan controlarlo porque le puede pasar algo. El niño vive con sus padres, abuelos y primos maternos. Tiene una relación afectiva con la madre y conflictiva con el padre. En la sesión llevada a cabo con el niño, se puede percibir que JC exterioriza un temor a la lluvia, debido a que piensa que podría surgir una tormenta, tampoco le gusta ir a fiestas por temor a los payasos.

La ansiedad se manifiesta a nivel cognitivo, debido a que lo primero que piensa cuando llueve es "va a caer una tormenta", por otro lado, en cuanto al nivel emocional presenta miedo intenso y angustia, además dentro de los síntomas físicos se encuentra la hiperventilación, palpitaciones rápidas y por último en la parte conductual JC suele correr por su hogar, gritando "mi familia, nos vamos a morir". Su padre para controlar estas actitudes procede a usar la agresividad y el castigo.

La madre remite que el miedo por la lluvia empieza desde que era un bebé, ya que cuando existían truenos o ruidos por la lluvia, solía despertarse debido a que tenía el sueño liviano. Cabe recalcar que su abuela también tenía miedo cuando solía llover. Con el paso del tiempo el abuelo trató de ayudar al infante visualizando videos de tornados para poder enfrentar su miedo, pero solo logró que adquiriera más temor. Cuando JC tenía 4 años, al salir con su madre ocurrió una fuerte lluvia, por lo que su madre salió pronto en busca de algún carro para poder movilizarse, mientras dejó solo a su hijo esperándolo, al quedar solo, el niño observa como un árbol cae por la lluvia sobre un vehículo, y como su madre se tardaba pensaba que podría haberle sucedido algo. Sus principales miedos son la oscuridad, la tempestad, los lugares abiertos y fiestas, la sintomatología ansiosa se manifiesta por retorcerse las manos, pérdida de apetito pero no muestra comportamientos depresivos.

Cuando el infante tenía 5 años, presentó un miedo por los payasos, y su padre al percibir las conductas de angustia de su hijo procedió a mostrarle una película donde los payasos mataban a todas las personas, este suceso como factor detonante hace que el niño generalice que todos los payasos son malos y matan a las personas. Cabe recalcar que toda la familia

observa películas de violencia, miedo, catástrofes naturales, etc., por lo que JC opta por permanecer en su cuarto y de esta manera no tener contacto con su familia.

Presenta buenas relaciones sociales y familiares, es extrovertido y demuestra un desarrollo normal de acuerdo a su edad. Actualmente el infante está cursando el segundo año de básica.

El terapeuta establece que existe modelado, debido a que la abuela tenía conductas evitativas y ansiosas cuando llovía. El padre etiqueta a su hijo como "gallina o niña", al reaccionar de manera evitativa ante la visualización de payasos.

Para la intervención, se basa en el enfoque cognitivo conductual, la cual está estructurada con técnicas de reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva, exposición y la psicoeducación tanto para el niño como para los familiares. Se establecieron 14 sesiones, desde el inicio se logró establecer un compromiso entre los padres y JC para el tratamiento, y así de esta manera poder percibir los cambios tanto en la conducta como en los estilos parentales.

Para la sintomatología, como dolor en la boca del estómago, palpitaciones y temblor corporal, se logró disminuir mediante la relajación muscular progresiva, es importante mencionar que el infante incluyó esta técnica en su rutina diaria. La exposición fue eficaz, ya que por medio de un rompecabezas de payaso JC tuvo un acercamiento al objeto temido, hasta que consiguió ir a un circo. En cuanto al temor por la lluvia, se realizó una exposición gradual, mediante fotos, videos de lluvia suave hasta llegar a las tormentas, y como resultado en el transcurso del tiempo se logró que jugara bajo la lluvia.

En cuanto a lo cognitivo, se usó la herramienta del diálogo socrático, que fue dirigido no solo para los temores que padecía, sino también para su autoconcepto que fue afectado por sus miedos. La reestructuración cognitiva se aplicó para que el infante identificara los temores específicos y de esta manera no generalizarlos, y así evaluar la situación si es real o amenazante.

En cuanto al trabajo con la familia, el padre se manifestaba resistente, ya que poseía creencias equívocas acerca de la valentía y como debería de ser la conducta de un infante.

Después de haber aplicado el tratamiento cognitivo conductual a JC se pudo evidenciar que las conductas evitativas fueron casi nulas, pues cuando se aproxima a un estímulo fóbico,

se detiene un minuto para poder realizar un diálogo socrático y si existe insuficiente tiempo se procede a realizar la relajación muscular progresiva breve.

Como conclusión, podemos mencionar que las técnicas de relajación favorecen en los tres ejes más importantes: fisiológico, cognitivo y conductual. Se eliminó la mayoría de la sintomatología que se produce por la fobia específica, llevando una evidencia cualitativa y cuantitativa, con pre test y post test aplicados en la sesión terapéutica; en cuanto a los padres, están satisfechos debido a que han podido evidenciar los cambios a pesar de las contrariedades que se suscitaron al inicio, en donde el infante generalizó el estímulo fóbico, por lo que fue necesario aclarar mediante preguntas, el segundo problema fue la baja colaboración del padre al inicio de la terapia, y por este motivo era necesario demostrar resultados vertiginosos para que el señor pueda involucrarse también en la intervención. Podemos mencionar que se obtuvo la extinción de las respuestas fóbicas como la evitación y lograr un acercamiento a los estímulos fóbicos con la seguridad de que todo saldría bien.

2.8. Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con mutismo selectivo

En el Centro Terapéutico Espiral de Benidorm, ubicado en España, se ha realizado un estudio acerca del juego como tratamiento para el mutismo selectivo, el cual fue realizado por la psicóloga Miriam Rodríguez quien ha realizado alrededor de veinte publicaciones acerca de temas relacionados a los diversos trastornos psicológicos, junto con su colega Juan Saval, psicólogo y socio fundador de "Centro Creciendo" y director del "Centro Terapéutico Espiral de Benidorm", en donde lograron mediante el juego que la niña de 7 años haya podido eliminar la sintomatología causada por el mutismo selectivo en un periodo de cinco meses.

(Menchón, 2017), realizó una intervención dirigida a una niña de 7 años de edad, llamada María, la cual se caracteriza por ser alegre y perfeccionista, practica ballet y recibe clases de pintura, estudia en un colegio público en el primero de primaria. Vive con sus padres originarios de Centroeuropa, poseen un nivel económico medio-alto. El caso lo refieren los progenitores debido a que M. no se comunica de manera verbal con personas que no fuesen sus familiares cercanos, lo que da como consecuencia un déficit en la interacción social.

Como antecedente se puede mencionar que ha existido un evento traumático, ya que la niña al hablar posee un acento de origen extranjero, generando mofa por parte de sus compañeros, desde ese entonces los amigos de M. empezaron a protegerla, de tal manera que

si alguien le realizaba alguna pregunta, sus compañeros respondían por ella o la niña lo hacía de manera no verbal actuando estos como reforzadores negativos. En cuanto a su maestra, también actúa como protectora ya que mencionaba frases como: "ya hablará cuando ella quiera ¿Hoy tienes ganas de hablar?". Todos estos sucesos con el tiempo hicieron que la niña fuese acentuando más los síntomas. Con respecto a los padres, las acciones que tomaban al ver que su hija no respondía de manera verbal, en algunos casos la forzaban demasiado para que hable y en otras ocasiones la protegían, y daban contestación por ella.

En cuanto a la evaluación, en la primera sesión se elaboraron entrevistas y se realizaron algunos cuestionarios tanto a los padres como a los docentes de M. (Cuestionario exploratorio del miedo desproporcionado a hablar, Cuestionario abreviado para la estimación de la gravedad del miedo desproporcionado a hablar, modelos de registro de escape, evitación ante personas extrañas y ante personas conocidas en presencia de extraños). En la segunda sesión, se socializó la información obtenida de estos cuestionarios y seguido a esto se fueron anotando las conductas observables de la niña. En cuanto a la tercera sesión, se llevó a cabo un conversatorio con dos de los docentes que son parte de la formación académica de la niña para poder obtener mayor información de su conducta. Una vez recabada toda esta información lograron diagnosticar mutismo selectivo, de acuerdo a los criterios del DSM-V.

Este estudio tiene como objetivos: 1) proporcionar información y explicación acerca del proceso de génesis, desarrollo y mantenimiento del mutismo selectivo, tanto a los padres como a los profesores, 2) disminuir su nivel de ansiedad ante los comportamientos verbales, 3) eliminar las conductas de evitación y escape en situaciones en las que se debe hablar, 4) instruir a los padres, para que María se sienta capaz de relacionarse con los demás de manera verbal.

La intervención fue planificada de la siguiente manera:

Ilustración 1 Plan Terapéutico

Sesiones	Componentes
1, 2 y 3	Evaluación
4	Psicoeducación
5, 6 y 7	Terapia individual mediante el juego
8, 9 y 10	Exposición social
11, 12 y 13	Terapia mediante el juego y exposición con niños desconocidos
14 y 15	Terapia mediante el juego con niños conocidos
16 y 17	Economía de fichas y seguimiento telefónico
18 y 19	Terapia mediante el juego con niñas conocidas
20	Seguimiento telefónico
21	Seguimiento al inicio del curso escolar

Fuente: Tomado de Revista de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes

El tratamiento tuvo una duración de 5 meses con un total de 20 sesiones. Además se centró en la aplicación de técnicas conductuales y el juego como: la psicoeducación, entrenamiento a padres, economía de fichas, exposición a situaciones sociales y exposición a situaciones en las que debía producirse el habla, todo esto con el fin de aproximar al infante a expresarse por medio de un lenguaje verbal. La exigencia se fue intensificando con el tiempo, así como el número de palabras requeridas. Es por esto que se establecieron tres niveles en el habla, primero se trató de que M. responda con monosílabos, con el transcurso del tiempo responda con oraciones y finalmente que sea capaz de iniciar alguna conversación. Cabe recalcar que el tratamiento para el mutismo selectivo diagnosticado empieza en la sesión 11, ya que las anteriores sesiones fueron para poder tener una evaluación más amplia y una exposición a las situaciones sociales.

En la sesión número 11, 12 y 13 se intentó que la niña respondiese con monosílabos aumentando la intensidad en cada ensayo, es decir se colocaba a la menor en un castillo y el terapeuta estaba afuera en su escritorio y este iba formulando preguntas y M, las respondía desde adentro, esto ayudó debido a que no tenía contacto directo con la paciente, ya que con

oraciones no daba un resultado positivo, en las sesiones 14 y 15, se enfatizó más en los monosílabos, en la sesión 16 y 17 pudo expresar una oración. Estas dos sesiones no fueron presenciales sino telefónicas. En la sesión 18 y 19 M. puede expresarse mediante oraciones con sus amigas cercanas, sin exigir el inicio de una conversación. Con el tiempo M. pudo iniciar conversaciones sin darse cuenta. Y en la última sesión se logró el objetivo de que la menor tuviera la capacidad de iniciar una conversación más veces de las requeridas.

Existieron conflictos que se suscitaron a lo largo de la terapia, uno de estos fue que M. logró ejercer "poder" para decidir no hablar y recibir refuerzos positivos como que el terapeuta recurriera a su hogar con más frecuencia. Otro aspecto, es que al momento que la niña pudo comunicarse con los demás, sus pares empezaron a burlarse o hacer comentarios perjudiciales como "anda, si sabe hablar". Pero la niña ya estaba preparada para afrontar este tipo de situaciones, por lo que en el estudio se muestra la eficacia del tratamiento conductual mediante el juego.

2.9. Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden

El artículo fue publicado por la revista Dialnet en el año 2012 por Iván Castillo Ledo, Hilda I. Ledo González y Antonio A. Ramos Barroso. Cada uno de ellos enfocados en su profesión, como el primer autor, Iván Castillo Ledo, es especialista en medicina general integral y máster en medicina bioenergética; el siguiente autor, Hilda I. Ledo González, es doctora en pedagogía y profesora asistente; el último autor, Antonio A. Ramos Barroso, es estudiante de medicina.

El presente estudio aborda el tema de los modelos terapéuticos que los profesionales de la salud mental empiezan a crear, enfocándonos al inicio en la terapia de conducta, proponiendo a partir de esta corriente que los trastornos sin una base orgánica son aprendidos, por lo tanto pueden ser modificados por un procedimiento de reaprendizaje.

El enfoque se define por la evaluación de las respuestas negativas y de los factores ambientales que participan, los estímulos y la evaluación de la eficacia de la terapia, además los terapeutas inclinados por esta corriente colocan énfasis en el diagnóstico, evaluación y tratamiento, siendo los dos primeros los más importantes para desarrollar la terapia.

En las intervenciones de los terapeutas con los pacientes, se sigue unos principios de aprendizaje y estrategias estructuradas, como los siguientes puntos a mencionar:

- Principio del reforzamiento positivo y negativo
- Moldeamiento
- Economía de fichas
- Control de estímulos
- Técnicas aversivas
- Autocontrol
- Desensibilización sistemática

El esquema para las estrategias terapéuticas es:

1. Análisis funcional.
2. Fijación de objetivos y metas terapéuticas.
3. Poner en práctica el plan de tratamiento.
4. Evaluación de resultados.
5. Finalización de la terapia y plan de seguimiento.

Demostrando su eficacia se requiere el apoyo y ayuda de la familia y escuela para el tratamiento de los niños, siendo la terapia más eficaz para los trastornos de infantes. Es necesario mencionar un punto débil de la terapia conductual, el cual consiste en la dificultad de mantener los resultados positivos a largo plazo.

En cuanto a los trastornos de ansiedad en niños, las técnicas elegidas en esta investigación para tratar la sintomatología son: la desensibilización, la exposición in vivo o imaginaria y modelado, además teniendo en cuenta que se realiza modificaciones según el nivel de desarrollo del niño.

Por otro lado, se produjo una nueva corriente psicoterapéutica, llamada terapia cognitiva, sorprendiendo ser eficaz en los trastornos de depresión y ansiedad. Considerándose estas corrientes, se inicia y se conforma la corriente cognitivo conductual, como se le conoce actualmente. En esta terapia, se enfoca la reacción que el ser humano puede tener ante un determinado estímulo, generado por un proceso de significación en base a las metas de cada uno, correspondiente al esquema, siendo esta efecto de una predisposición genética y experiencias vividas. Se trabajará en los patrones de pensamiento distorsionados, que traen consecuencias negativas sobre nuestras emociones, actos y modo de funcionamiento para

modificar las estructuras y así generar un cambio en las respuestas dadas ante determinado estímulo.

Las técnicas que se pueden encontrar en la Terapia Cognitivo Conductual son:

- Psicoeducación.
- Reestructuración cognitiva.
- Técnicas de relajación.
- Tratamiento conductual del dolor.

Para concluir se ha demostrado en varias investigaciones resultados eficaces de la terapia en los trastornos, estos métodos son una herramienta claramente significativa para tratar de disminuir los síntomas y estabilizar al infante (Castillo Ledo, Ledo González, & Ramos Barroso, 2012).

2.10. La terapia de juego y sus consecuencias en el trastorno de ansiedad infantil en niños de 6 a 8 años que reciben atención psicológica en el hospital municipal de " Nuestra Señora de la Merced"

El presente artículo fue elaborado previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, de la alumna María José Urgilez Proaño, perteneciente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato, en el año 2015. El estudio se llevó a cabo con cinco niños, los cuales presentaban sintomatología ansiosa como inquietud, falta de concentración, evitación, etc., por medio de la aplicación de la terapia de juego con enfoque cognitivo-conductual se logró disminuir los síntomas, el tratamiento abordó varias técnicas como la relajación de Jacobson, arte terapia, técnica modelado y al azar y relajación visual.

(Proaño, 2015), ha realizado un estudio para evaluar la eficacia de la terapia de juego con un enfoque cognitivo conductual en niños con síntomas ansiosos. Esta terapia ayuda a disminuir la ansiedad, ya que aborda su mismo lenguaje, busca alternativas que ayuden a la resolución de los problemas de manera autónoma.

En los últimos años se han podido percibir algunas situaciones que pueden desencadenar ansiedad en los infantes, como el divorcio de los padres, una mala interacción familiar, ausencia de afecto, soledad, etc.

En este estudio lo que se propone es que por medio de la terapia de juego se permita el control de los síntomas ansiosos, el aumento de la capacidad para resolver los problemas, es

decir darle mayor seguridad al infante. La población para realizar el estudio está conformada por 35 niños de 6 a 8 años de edad que reciben atención psicológica en el Hospital Municipal de "Nuestra Señora de la Merced", en el período de octubre 2012 - abril 2013, con patologías como: ansiedad generalizada, fobia o miedos específicos o a situaciones sociales y ansiedad por separación, de los cuales 5 infantes estarán dentro del proceso psicoterapéutico debido a que aceptaron realizar el seguimiento. Se emplearán 6 sesiones individuales, a los padres y al niño se le designará una sesión aparte para poder recolectar información del paciente.

Se aplicarán diferentes técnicas de evaluación como: la observación científica, la cual mediante el seguimiento psicológico se puede identificar la conducta del infante utilizando un registro de signos de ansiedad, otra técnica a mencionar es la entrevista clínica, para obtener una anamnesis del paciente. Por otro lado, se aplicaron test como el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) y The Development and Well- Being Assessment (DAWBA), los cuales se utilizaron con el fin de identificar el nivel y tipo de ansiedad en los niños. La técnica de la encuesta Ad hoc, se utilizó para poder percibir la disfuncionalidad familiar con el objetivo de encontrar el inicio del trastorno. La terapia de juego se utilizará para poder reducir la ansiedad mediante un enfoque cognitivo- conductual en donde los niños lograrán encontrar métodos para la solución de problemas por medio de juegos.

Existen 5 casos con los cuales se logró aplicar el proceso psicoterapéutico, ya que los padres accedieron a dar su consentimiento, los casos son los siguientes;

Caso 1: niño de 8 años de edad, manipulativo, pertenece a una familia desorganizada, no cumple las reglas emitidas por la madre, pasa la mayor cantidad de tiempo en la computadora, conoció a su padre hace un mes, lo que causa inquietud, no cumple con sus tareas, presenta nivel bajo de ansiedad.

Avances terapéuticos: acata las órdenes de la madre en actividades como la hora de comer y al cumplir las tareas, ha disminuido significativamente el uso de la computadora.

Caso 2: niño de 7 años de edad, concierne a una familia mono parental, sus padres se divorciaron hace un mes y debido a este acontecimiento su progenitor lo retira los fines de semana y al regresar donde su madre se presenta temeroso, inquieto e irritable. No cumple

con sus tareas escolares, tiene miedo a la oscuridad y no le gusta separarse de su madre. Nivel medio de ansiedad.

Avances terapéuticos: se elimina el miedo a la oscuridad, realiza las tareas junto con su mamá, pasea a su mascota, los fines semana pasa tiempo con su padre y al retornar a su hogar ya no existen problemas aunque aún se manifiesta impaciente.

Caso 3: niña de 7 años, posee una familia organizada, siente miedo a la oscuridad, existe preocupación acerca de que algo malo le pueda suceder a su familia, no cumple con las tareas, por las noches presenta pesadillas, ausencia de apetito, no tiene motivación para realizar alguna actividad. Nivel alto de ansiedad.

Avances terapéuticos: vence el miedo a la oscuridad, se eliminan las pesadillas, la preocupación persistente por su familia se reduce.

Caso 4: niño de 6 años, perteneciente a una familia organizada, no duerme solo, es inquieto, tiene conflictos con la hermana, existe sobreprotección por parte de la madre, al dormir presenta pesadillas siente temor al ver la oscuridad y la luna, se tarda mucho tiempo a la hora de la comida, presenta llanto sin ningún motivo, grita de manera constante. Nivel medio de ansiedad.

Avances terapéuticos: intenta dormir solo. Se logra eliminar el miedo a la luna y a la oscuridad, las pesadillas, los gritos y lloros se disminuyen.

Caso 5: niño de 6 años, convive con una familia desorganizada, vive con su padre, muestra bajo interés por los estudios, expresa que nadie le quiere, se asusta fácilmente, los fines de semana acude donde su madre y al llegar a su casa el niño presenta actitudes caprichosas, no obedece, la mayor parte del tiempo pasa con su abuela debido a que su padre trabaja la mayor parte del tiempo. Ansiedad media.

Avances terapéuticos: se logra confrontar al miedo, ausencia de pesadillas, en cuanto a sus estudios es más responsable.

En el proceso psicoterapéutico se puede percibir una variedad de sintomatología ansiosa como: falta de concentración, inquietud, tensión, desesperación y evitación, ahora se puede observar cambios en la manera de proceder y enfrentar a sus temores, por medio de la

aplicación de la terapia de juego con un enfoque cognitivo-conductual, que abordó varias técnicas para la ansiedad generalizada, también se llevó a cabo la relajación de Jacobson, arte terapia y técnica de modelado; en cuanto a la ansiedad por separación, está el arte expresiva, dibujo libre y juego de mesa, y para la fobia específica el psicografismo y relajación visual. En los tres trastornos se usó la narrativa con historias elaboradas de acuerdo a la patología que presente.

Con la aplicación de las diferentes técnicas cognitivo-conductuales mediante el juego se puede percibir la eficacia de esta, ya que se manifiestan cambios significativos en cuanto a la sintomatología ansiosa como: la falta de concentración, inquietud, tensión, desesperación, evitación. También se logró trabajar con los progenitores para poder obtener un trabajo completo y sobretodo una mejor dinámica familiar. Por lo que se concluye que la terapia de juego con enfoque cognitivo-conductual disminuye significativamente la sintomatología ansiosa.

2.11. Tratamiento cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil

El presente artículo fue publicado en una revista online popular de la ciudad de México, "Psicología y Salud", en la cual participaron un grupo de prestigiosos psicólogos con el fin de evaluar el efecto de la terapia cognitiva conductual en niños pertenecientes a un hospital de la ciudad. Los autores de la investigación son coordinadores, docentes y doctores por lo que se realiza una evaluación e intervención absolutamente profesional, debido a que en el estudio también se incluyen infantes que han recibido un tratamiento farmacológico. En cuanto a la terapia psicológica se cumplió un total de 19 sesiones, alcanzando de esta manera el objetivo de reducir la sintomatología ansiosa en los niños.

En el Hospital psiquiátrico de la Ciudad de México, en el cual se desarrolló una investigación para evaluar el efecto de la terapia cognitivo conductual en un grupo de niños con trastorno de ansiedad, entre 8 y 11 años de edad. La atención fue de manera individual, con un tratamiento diseñado en tres fases: evaluación, tratamiento cognitivo-conductual y seguimiento. Aplicando un pre test y post test, con los instrumentos CMASR-2 Y SCAS, validados y estandarizados en México. Para la muestra se trabajó con nueve varones y una mujer, los cuales presentaron características de ansiedad establecido por un paidopsiquiatra, y confirmado por las escalas de niños CMASR-2 y el SCAS. Todos los pacientes estaban con

farmacoterapia como sertralina o fluoxetina. En el estudio también participaron los cuidadores primarios de los niños y en el procedimiento se plantearon sesiones terapéuticas una vez a la semana, con una duración de 60 minutos. Cumpliendo así un total de 19 sesiones. Se utilizaron técnicas cognitivo conductuales como: falsa alarma, respiración diafragmática, relajación autógena acompañada de imaginación guiada, identificación de pensamientos positivos y negativos, stop, auto instrucciones, risoterapia, etc. Es así como se redujeron los síntomas de nerviosismo, dificultad para dormir o la sudoración de manos. En el reactivo SCAS se puede identificar la reducción de la sensación de pérdida de control, creencia de morir y percepción negativa. Una variable la cual no se pudo controlar a lo largo del procedimiento fue la farmacoterapia, por lo que la TCC estuvo acompañado de dichas sustancias. También se pudo evidenciar que a través del tiempo, dos meses después, hubo una reducción de sintomatología (Viridiana, Gutierrez, Méndez, & Riveros, 2018).

2.12. Efectividad de la Intervención Cognitiva Conductual en el Trastorno de Ansiedad por Separación

En la Universidad del Norte se realizó un estudio previo a la obtención de una maestría en psicología, profundización clínica, en Barranquilla, la cual fue dirigida por la Ph.D Ana Bello actual docente e investigadora de la universidad mencionada. La alumna realiza una evaluación e intervención para poder diagnosticar ansiedad por separación, una vez obtenido estos datos se procede a armar un plan terapéutico basado en el enfoque cognitivo conductual, este será aplicado en un lapso de 15 sesiones terapéuticas. Al finalizar el tratamiento podemos percibir un 80% de mejoría.

Se ha realizado un estudio por parte de (Madero, 2018), a un niño AB de 9 años de edad, sexo masculino, que cursa el cuarto año de educación básica, llega a consulta debido a que su madre lo percibe como temeroso, intranquilo, muestra desesperación al momento que su madre no llega a casa, la higiene personal se percibe descuidada y preocupación por el futuro. El niño manifiesta pensamientos como "a veces me siento solo", "quiero que mi mamá este más tiempo conmigo que con sus amigas y su trabajo", "me da miedo que le pase algo, un accidente o la hieran". En cuanto a los aspectos físicos está el dolor de cabeza, dificultad para conciliar el sueño, temblor en las manos y piernas. Como factor precipitante está la separación de sus padres, un acontecimiento que se suscitó cuando AB tenía 8 años, un

tiempo después le diagnosticaron a su madre cáncer de tiroides y debido a este motivo presenta a la vez un cuadro depresivo, al ver el deterioro físico y psicológico, su hijo empieza a presentar preocupación excesiva de poder perder a su madre, sobre todo cuando ella tarda en llegar a su hogar. Comenta que tiene pesadillas con personajes de miedo como "Chuky", "Fredy" y "los animales salvajes", miedo a la oscuridad especialmente a la hora de dormir. AB expresa que en una escala del 1 al 10, califica con una intensidad de 9 a la ansiedad y de miedo con un 8. En cuanto a las relaciones familiares presenta dificultades ya que hace 5 meses se presentan mayores tensiones con la madre, debido a que no acata sus órdenes. En cuanto a la abuela la percibe como "regañona", AB no le gusta que lo castiguen prohibiéndole sus actividades favoritas como ver a sus amigos o jugar con ellos, ya que con sus pares se siente acompañado, escuchado y sobre todo encuentra diversión.

Para el proceso de evaluación se utilizó: una entrevista estructurada, el cuestionario CDI, con el cual se obtuvo un resultado correspondiente a un estado de ánimo deprimido moderado, la escala de ansiedad para niños, en donde las respuestas más significativas fueron miedo a que su madre enferme, sentirse herido, le asustan los fenómenos naturales, la ausencia del padre, le preocupa que algo malo le suceda a una persona que conozca y sobre todo cuando la madre se ausenta de la casa, se pregunta si regresará. Se aplicó también un cuestionario de conductas para padres de CONNERS, en donde describen al infante como "llorón, se mueve más de lo normal, se distrae con facilidad, escasa atención, sus esfuerzos se frustran fácilmente". STAIC este inventario obtuvo un resultado de ansiedad alta, por último se aplicó el IBT modificado para niños en donde se puede percibir territorialidad, necesidad de control, frustración, preocupación, evitación de problemas, dependencia e influencia del pasado.

De esta manera el niño es diagnosticado con trastorno de ansiedad por separación, caracterizado por presentar una ansiedad excesiva ante la separación, alejamiento y temor de perder a las figuras paternas y de apego, presentando un malestar significativo a nivel personal y familiar.

Se llevó a cabo un plan terapéutico conformado por 15 sesiones terapéuticas, en la segunda se trabajó con una relajación muscular progresiva de Jacobson, en la tercera sesión se explica lo que es el miedo, como afrontarlo y como se manifiesta tanto a nivel psicológico

y físico. En la sesión 6 se concentra en disminuir y modificar las preocupaciones excesivas de pérdida y daño a las figuras paternas, en esta sesión se le aplicó la metáfora de las gafas oscuras y transparentes para que el infante puede mirar las situaciones de manera asertiva, por lo que se le mandó a practicar en su hogar con las situaciones que le angustien. Sesión 7 el objetivo es reestructurar cognitivamente las creencias de los padres y abuelos con respecto al rol de sobreprotector, dependiente y evitativo, identificar los pensamientos, emociones y conductas que oscilan en la familia. Antes de llevar a cabo esta sesión cabe mencionar que tanto la madre, la abuela y AB tuvieron una psicoeducación acerca del trastorno de ansiedad por separación. La intervención se llevó a cabo con tranquilidad debido a que cada uno expresó sus diferentes puntos de vista, se aclararon algunos aspectos que entre familia no se comprendía. En la sesión 10, el objetivo es entrenar las habilidades de afrontamiento y asertividad, antes ya se trabajó la reestructuración cognitiva de las preocupaciones excesivas y de tipo catastróficas para que de esta manera el infante pueda avanzar hacia el entrenamiento de las habilidades de afrontamiento y asertividad.

Análisis del caso

Al aplicar terapia cognitivo conductual se ha podido demostrar en el caso de AB que en cuanto a las preocupaciones excesivas y anticipatorias de daño a sus figuras paternas, las cuales provocaban malestar significativo, se han reducido aproximadamente un 80% de acuerdo a lo que relata el paciente, ya que se trabajó mediante la actividad de los anteojos y detective de pensamientos catastróficos. El miedo al muñeco diabólico se trabajó con la técnica del "Gran Asustador", esta hace referencia a enfrentar y cuestionar el pensamiento intrusivo, dando como resultado la conciliación del sueño. Para mejorar las relaciones intrafamiliares se trabajó con psicoeducación utilizando herramientas didácticas y audiovisuales, logrando así un 70% de mejoría de acuerdo a la interacción familiar. Se ofreció también 1 sesión por un periodo de tres meses enfocadas en la prevención de recaídas, psicoeducación a la familia. Se fortaleció el apoyo significativo de la madre y de la abuela materna para mejorar las relaciones intrafamiliares y disminución de las respuestas de ansiedad. Cabe mencionar que las técnicas utilizadas en este caso fueron propuestas por Kendall y adaptadas para el caso expuesto, lo que quiere decir que la terapia cognitivo-conductual tiene mayor eficacia.

2.13. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas

La siguiente comparación fue publicada en la revista de la facultad de Ciencias de la Educación, Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Manuela Beltrán. En la cual se han publicado varios estudios acerca de temas como la conducta normal o patológica, neuropsicología, procesos de intervención en psicoterapia, etc. Los autores son dos grandes psicólogos clínicos enfocados en el desarrollo mental del infante, por lo que decidieron realizar este artículo con el fin de poder percibir tanto la eficacia de los fármacos como de la terapia cognitiva conductual.

En un estudio realizado por (Ballesteros-Cabrera & Sarmiento-López, 2013), se ha logrado obtener gran cantidad de información con respecto a la eficacia de los fármacos y de las terapias psicológicas, como es la terapia cognitiva conductual.

Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes a lo largo del tiempo, se pueden tornar crónicos si no se emplea un tratamiento terapéutico a tiempo. Es por esto que se han realizado varias investigaciones en cuanto a los fármacos, en donde se ha percibido la eficacia para la población adulta, por lo que se han elaborado varios estudios para buscar la eficacia de los fármacos en niños y adolescentes diagnosticados con algún tipo de trastorno de ansiedad.

Los Inhibidores de Recaptación de Serotonina (ISRS), son considerados medicamentos principales para el tratamiento de los trastornos de ansiedad tanto en niños como en adolescentes y sobre todo en adultos debido a que los efectos secundarios son escasos, poseen un efecto duradero en comparación con los antidepresivos tricíclicos ya que existe una disminución del eje sintomático. La falta de estudios con respecto a esta variable nos indica que la farmacoterapia es de uso único al inicio del tratamiento y a lo largo del tiempo debe existir una reducción de la dosis utilizada.

En cuanto a las terapias psicológicas se ha visto que la terapia cognitivo conductual es la más efectiva para poder intervenir en los trastornos de ansiedad presentes en los infantes y adolescentes. Esta puede ser aplicada en niños mayores de 6 años, la intervención se puede realizar de manera grupal, individual o familiar. La TCC posee una eficacia de hasta el 50%, cumpliendo de diez a veinte sesiones, siendo el objetivo ayudar a los infantes a identificar algunas distorsiones cognitivas, crear estrategias de afrontamiento y encontrar alternativas

de solución que permitan sustituir los pensamientos irracionales en pensamientos racionales, mientras que la farmacoterapia tiene un efecto más rápido pero culmina en poco tiempo.

Entre las técnicas utilizadas están: el juego de roles, exposición en vivo, modelamientos y relajación.

Es por esto que no existen diferencias clínicamente significativas entre la farmacoterapia y la terapia psicológica, por lo que los medicamentos al inicio deben acompañar el proceso terapéutico, utilizando así esta herramienta a corto plazo. En cuanto a los infantes es importante tomar en cuenta que antes de llevar a cabo un tratamiento farmacológico para algún trastorno de ansiedad se debe considerar la edad, dosis, duración, efectos secundarios, efectos de la edad sobre la eficacia y sobre todo la tolerancia al fármaco.

2.14. Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños

La investigación fue publicada en el año 2010 por la Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica por Eduardo Iyaca, quien toma en cuenta la traducción y adaptación de Romina Kosovsky acerca del programa de Kendall.

El presente artículo trata de la traducción del programa de Philip C. Kendall, Coping Cat, realizado por la psicóloga argentina Romina Kosovsky, siendo esta traducción un aporte relevante para la lengua española.

El programa cuenta con un manual terapéutico y un cuaderno que utilizará el paciente en las diferentes actividades a realizar y consta de 16 sesiones. El manual está estructurado y cuenta desde la primera sesión con recomendaciones concretas de cómo fomentar la relación terapéutica.

Además hay que destacar los componentes más importantes del tratamiento, los cuales son:

- Enseñar a reconocer las emociones.
- Definición y aprendizaje de las diferentes situaciones que producen en el ser humano sentimientos y reacciones físicas.
- Normalizar el temor y ansiedad.
- Jerarquización de situaciones que producen la sintomatología.
- Enseñar una técnica de relajación.

- Definición de pensamientos automáticos, identificación de estos en su vida y estrategias para cuestionarlos.
- Técnica de resolución de problemas.
- Analizar su esfuerzo y rendimiento en el afrontamiento de problemas y generar gratificaciones.
- Se trabaja en la exposición.

Las diferentes actividades propuestas se realizan junto a modelado por parte del terapeuta, juego de roles y la práctica tanto en sesión como en casa.

El programa puede llegar a ser una herramienta muy útil para los profesionales de la salud mental que trabajan con niños (Iyaca, 2010).

2.15. Trastorno de ansiedad por separación, rechazo escolar y fobia escolar

El artículo fue publicado en el repositorio de la Universidad de Barcelona en el año 2015, su autor es Arturo Bados, quien es profesor titular de la Universidad de Barcelona, Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico, además es doctor en psicología, especialista en Psicología Clínica por el Ministerio de Educación y Cultura, y licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación (Psicología) por la Universidad de Barcelona, que ha realizado varias publicaciones en revistas enfocadas en su profesión. Este artículo enfatiza la ansiedad, el tratamiento cognitivo-conductual y sus diferentes técnicas.

Se enfoca en el trastorno de ansiedad por separación, dando un comienzo con la etiología u origen de esta, porcentajes del trastorno según la edad, criterios diagnósticos, según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y manifestaciones del trastorno según la edad.

Otro punto que menciona la investigación es la frecuencia del trastorno, es decir que en algún momento de nuestra vida se puede presentar el TAS en las personas, teniendo este un 4% al 5% de prevalencia. Mencionan también los problemas que se asocian al trastorno de ansiedad por separación, factores que ayudan al mantenimiento de la problemática y el modo de evaluación.

Además de los temas antes mencionados, es necesario señalar y dar una gran importancia al tratamiento psicológico, el cual es un método transdiagnóstico que se define como un enfoque innovador y da como resultado una respuesta integral a los problemas y trastornos

psicológicos, siendo la eficacia científica la que convierte a este método en una línea de intervención importante para la terapia (Areahumana.es, 2018).

Diferentes autores enfocados en la terapia cognitivo conductual han creado protocolos dirigidos a los diferentes tipos de trastornos de ansiedad como: las fobias, ansiedad generalizada y pánico, estos trastornos son tratados con mayor frecuencia, además tenemos al trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés pos-traumático, estos pertenecientes al grupo de menor frecuencia. De esta manera pueden tratarse en grupo a pacientes con diferentes trastornos de ansiedad.

El modelo transdiagnóstico del tratamiento incluye temas comunes a los trastornos de ansiedad como la psicoeducación, motivación para la adherencia al tratamiento, entrenamiento en estrategias para tomar conciencia emocional, técnicas de relajación, exposición y asertividad, reestructuración cognitiva, y prevención de recaídas.

Varios autores emplean y detallan programas de tratamiento como el Coping cat, Friends y el tratamiento preceptivo de Eisen y Schaefer (2005, citado en Bados, 2015).

Tratamientos con técnicas como desensibilización sistemática o autocontrol, exposición en vivo graduada o poco graduada, técnicas operantes y enfocada en el reforzamiento diferencial de la conducta, tuvieron éxito en terapia al ser utilizados. Actualmente el tratamiento une o combina exposición graduada en vivo referente a la situación temida, exposición que se puede realizar con la ayuda de sus padres, convirtiéndose en un reforzamiento positivo, además ellos pueden ignorar las quejas y potenciar las estrategias para afrontar la ansiedad, como son la relajación, auto instrucciones, ejecución de tareas, modificación de pensamiento distorsionado o negativo; un punto a tener en cuenta como técnica es el mejorar la relación de los padres con los hijos.

Ejemplo de estudios de casos

Patterson (1965, citado en Bados, 2015) realizó una intervención de 23 sesiones con un niño de 7 años, que presentaba un rechazo significativo para ir a la escuela, demostrando ansiedad por separación grave. Para su tratamiento se emplearon técnicas cognitivo conductuales como: el moldeamiento, utilizando dulces y elogios como reforzadores, dejando de lado el reforzador social, ya que no respondía a este. Por otro lado, se utilizó la

exposición en imaginación y ante respuestas positivas al tratamiento se le brinda al niño elogios y dulces, también se utiliza la exposición graduada en vivo para que el niño comenzara a asistir al plantel, además se entrenó a los padres para reforzar selectivamente las conductas de afrontamiento. Dando como resultado que el niño consiguiera retornar a la escuela, reduciendo la ansiedad al separarse de su madre. Manteniendo los resultados a los 3 meses.

Otro caso a mencionar es de Choate, Pincus y Eyberg (2005, citado en Bados, 2015) quienes intervinieron con 3 niños de 4 a 8 años, aplicando la terapia de interacción padres e hijos, incluyendo el reforzamiento de conductas valerosas, el hecho de ignorar las conductas ansiosas o de oposición, además de dar instrucciones de forma eficaz y aplicar tiempo fuera, se obtuvo al final resultados positivos, reduciendo así la ansiedad por separación. Conservando este resultado 3 meses.

Schneider et al. (2011, citado en Bados, 2015) realizaron una intervención en niños de 5 a 7 años con TAS, combinando el entrenamiento de padres y terapia cognitivo conductual, además psicoeducación, modificación de creencias disfuncionales, exposición en vivo, entrenamiento en conductas parentales, desarrollo de la autonomía y estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas, obteniendo resultados positivos.

Un estudio experimental de Schneider et al. (2013, citado en Bados, 2015) compararon la terapia familiar enfocada en el TAS con el programa Coping Cat, obteniendo como resultado que los niños lograrán disminuir su sintomatología y al cabo de un año los resultados sean permanentes.

Tratamiento dirigido a trastornos de ansiedad:

El tratamiento fue propuesto por Philip C. Kendall, enfocado en la terapia cognitivo-conductual, el cual crea un programa llamado “Coping Cat”, este programa sirve para los trastornos de ansiedad en general, dando paso para el trastorno de ansiedad por separación como también para la fobia social, puede ser utilizado para niños de 8 a 12 años; ofreciendo también manuales para adolescentes de 13 a 17 años.

El presente estudio menciona que el tratamiento de Kendall, “Coping Cat”, ha resultado ser superior clínica y estadísticamente para los trastornos de ansiedad en niños. Ya sea

aplicado individualmente o en familia, muestra resultados significativos y superiores a programas de educación y apoyo basado en la familia.

Sin embargo, además de mostrarse superior en diferentes programas, en otros casos de comparación no hubo diferencia, ya sea en el tratamiento usual, siendo estos: terapia familiar, psicoterapia infantil y tratamientos eclécticos. Por otro lado, este programa muestra una reducción del porcentaje de niños que presentan trastornos comórbidos. La eficacia del “Coping Cat” no ha variado en seguimientos de 1 año o de 3 a 7 años de media.

El programa consta de 16 sesiones con una duración de 50-60 minutos, una sesión por semana, para facilitar la intervención con el Coping Cat, en contextos comunitarios existe una versión breve de 8 sesiones. La terapia se realiza de forma individual tanto como grupal, con participación de los padres, mostrando eficacia, según los estudios. La implicación de los padres ha expuesto una mejoría en los resultados, ya que el terapeuta, padres e hijos funcionan como equipo al momento de trabajar y realizar los pasos del programa, en cuanto a este punto es importante mencionar que la eficacia de la intervención de los padres funciona con niños de 11 o menos años y no con personas mayores de esta edad. Igualmente la implicación de los padres en el programa identificará si alguno de ellos presenta ansiedad y tratará de reducir el síntoma.

El programa de Kendall consta de un material escrito, dinámico y entretenido, favoreciendo de esta manera la implicación del niño, ya que promueve su interés.

A continuación, se muestra las primeras 8 sesiones del programa, las que contienen conceptos, habilidades instruidas, fichas para reforzar las actividades y un acrónimo que recuerde al niño los pasos a seguir:

Sesión	Descripción
1	Formar la alianza terapéutica con el niño, además explicarle los puntos sobre el tratamiento y motivarle para continuar con la intervención.
2	Diferenciar las emociones, psicoeducar sobre el miedo y establecer una jerarquía de situaciones que producen ansiedad.
3	Identificar las respuestas negativas sobre la ansiedad. Primer acrónimo a emplear: ¿Asustado? (síntomas ansiosos).

4	Reunión con los padres de familia para informar sobre el tratamiento, objetivos y metas, para contestar sus inquietudes e incitar al apoyo de ellos para resultados positivos en el tratamiento.
5	Ensayar las técnicas de respiración y relajación.
6	Reconocer los pensamientos negativos que potencian la sintomatología y establecer pensamientos de afrontamiento. Segundo acrónimo: ¿Espero cosas malas?
7	Analizar los dos pasos de los acrónimos anteriores y generar un tercero: Actitudes y acciones que ayudan. Además enseñar resolución de problemas para afrontar la sintomatología ansiosa.
8	Cuarto acrónimo: Resultados y recompensas, y utilizar autoevaluación y autorrecompensa. Igualmente revisar el plan FEAR y la jerarquía para la primera exposición.

Por último, es importante mencionar que tras la creación del Coping Cat y de observar su eficacia en diferentes grupos, se ha dado paso a un programa llamado Coping Koala, que es la adaptación al programa Coping Cat de Philip C. Kendall, y este a su vez fue refinado y convertido en un programa llamado FRIENDS (Bados, 2015).

2.16. Superando la ansiedad para lograr el aprendizaje de una segunda lengua

El artículo fue realizado por Carlos Alberto Armendáriz Valles, en el año 2019, publicado por la Revista Electrónica Científica de Investigación Educativa (RECIE). El autor de este estudio es profesor de la Universidad Pedagógica Nacional del Estado de Chihuahua, México y se enfoca en disminuir la ansiedad de los niños en la escuela aplicando técnicas cognitivo-conductuales, es específico técnicas del programa de Philip C. Kendall, que trae como resultado la disminución de los síntomas ansiosos en los infantes del caso, pero no en todos ellos.

La presente investigación aborda el tema de un grupo de estudiantes que muestran síntomas de ansiedad ante el aprendizaje de una segunda lengua, los niños tienen una edad que oscila entre los 9 y 10 años correspondientes al cuarto grado de la escuela de Chihuahua en México, los alumnos de este curso son quienes presentan niveles elevados del trastorno.

Los niños presentan ansiedad al momento de practicar otro idioma distinto al de ellos, en este caso el inglés, a ejercicios orales y auditivos e incluso a escribir cualquier frase.

Para la evaluación y recolección de datos se toma en cuenta las entrevistas individuales y grupales, y la Escala de Ansiedad en las Clases de Lengua Extranjera (FLCAS).

Sintomatología

Los niños presentan una serie de síntomas como: distorsiones cognitivas, tensión emocional, irritabilidad, falta de concentración, respiración agitada, dolores abdominales, sensación de ahogo, opresión en el pecho, náuseas, mareo, movimientos repetitivos, conductas de evitación, difícil expresarse, preocupación excesiva y pensamientos negativos.

Aplicación del tratamiento

Se procede a realizar un plan de tratamiento basado en la terapia cognitivo-conductual, con el programa de Philip C. Kendall, como referente para formar un taller que conste de 7 etapas, con una duración de 50 minutos.

Etapas	Descripción
1	Identificar la emoción ansiosa.
2	Jerarquizar la emoción.
3	Reconocer a la ansiedad como una emoción natural y los sucesos de crisis ansiosas.
4	Controlar la ansiedad.
5	Motivación a través de apoyo extrínseco.
6	Ensayar habilidades.
7	Por medio de técnicas como las de relajación, potenciar el control de la ansiedad.

Como resultado se puede evidenciar que tras la aplicación de este programa en el taller, los niños llevaron a cabo cada etapa, resolviendo las dificultades mencionadas, aunque no todos los infantes tuvieron respuestas positivas ante el programa, no alcanzaron los objetivos propuestos y esto sucedió debido a que provienen de hogares disfuncionales, niños con ansiedad elevada y con agresividad, ellos en lugar de reconocer sus cualidades, reconocieron aspectos negativos de sí mismos (Armendáriz Valles, 2019).

2.17. Terapia cognitivo conductual con TUMU

El presente proyecto final fue perfilado por un alumno de la Pontificia Universidad Javeriana, de la Facultad Arquitectura y Diseño, en la cual se elaboró un producto multimedia para ayudar a disminuir la sintomatología ansiosa en niños. Fue guiado por su director Jorge Mejía docente de la universidad, utilizando así material lúdico junto con una aplicación basada en el enfoque cognitivo conductual para llevar a cabo el tratamiento que tuvo resultados positivos.

Se realizó un estudio de caso para poder comprender las causas y efectos de la cinofobia en niños de 5 a 9 años. Este estudio se realizó con un componente físico y otro digital durante un período de cinco semanas, con una duración de una a dos horas. El tratamiento está enfocado en el trastorno de ansiedad en fobias específicas. Para el tratamiento cognitivo conductual se trabajará con cartillas de apoyo, terapias grupales y una herramienta tecnológica.

Objetivo general: crear un material de apoyo para la TCC aplicado a Trastorno de ansiedad en fobia específica en niños de 5 a 9 años, permitiendo al psicólogo apoyar al paciente fuera del consultorio, ayudándolo a entender la relación entre sus pensamientos y niveles de ansiedad.

Aplicación del tratamiento

Se realiza el tratamiento cognitivo conductual para este trastorno junto con material lúdico, lo cual ayudará para poder seguir trabajando desde el hogar. Consta de tres partes. La primera es brindarle al niño psi coeducación, información acerca de la ansiedad, cómo funcionan las fobias, las respuestas que tienen cada persona; esto se realiza con el fin de que los niños entiendan la condición en la que se encuentran y las consecuencias que está teniendo en su vida. La segunda es mostrar la irracionalidad de las fobias ajenas a él, y así poder indicarle conceptos y técnicas de afrontamiento ante esa fobia. Finalmente se ataca la fobia específica del niño, mediante las aproximaciones sucesivas, iniciando con la imaginación, imágenes, estímulos y finalmente una exposición en vivo.

El material de apoyo con el que se trabajó las tareas intersesión son: el "Gato Valiente" de Phillip C. Kendall, teniendo como ventaja que puede dividirse en diferentes temáticas y existe

una retroalimentación para el psicólogo. La desventaja es que las actividades son generalizadas para los diferentes tipos de trastornos mentales y utiliza un lenguaje no directo para los niños. En terapia grupal se trabajó con "Cool Little Kids", en donde el niño puede hablar con otros infantes acerca de sus miedos y ver que existen personas parecidas a él. La desventaja es que no existe una exposición a la fobia y varios niños no participan debido a que el trastorno los ha convertido en personas menos sociales. Neurofeedback, el cual puede llegar a controlar impulsos no sanos para el cuerpo, su desventaja es que no existe una superación de la fobia y puede llegar a ser muy costoso. Exposición en vivo, el paciente logra mantener la compostura, puede llegar a ser rápido y efectivo, pero en algunas ocasiones, la exposición puede ser traumante y peligrosa. Realidad virtual, efectiva para adultos pero no para niños debido a que puede ser muy directo. Historietas, el niño se divierte pero no existe afrontamiento, porque puede llegar a ser muy general.

En este estudio se trató de utilizar escenificaciones emotivas en contexto lúdico en casa, utilizando TUMU (crecer o superar), el cual es un personaje que externaliza el miedo del paciente y le permite ver desde una perspectiva externa los mecanismos de defensa, tipos de pensamiento y niveles de ansiedad de su fobia, y responder a estos estímulos al interactuar con medios tecnológicos. También busca minimizar el tiempo de tratamiento debido a la cantidad de interacciones que se pueden realizar durante las semanas, permitiendo una aproximación sucesiva a la fobia mucho más profunda y completa. La historia de TUMU surgió como un método de sensibilización para que el niño pudiera familiarizarse y sentirse más cercano a su fobia sin necesidad de que fuera directamente con un perro. La pulga, es una metáfora a la cercanía y calidez que se puede sentir al lado de un perro y que por más pequeña que sea, siempre podrá acercarse con completa serenidad, debido a su nivel de valentía. TUMU está compuesto por 5 elementos, el tronco y cara de color azul, sus cuatro patas son pelotas pequeñas de color verde, rosado, tomate y amarillo.

TUMU viene junto con una aplicación que debe descargarse en Smartphone, la plataforma consta para niños y sus padres.

Ilustración 2 Descarga app



Fuente: Tomada de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/34659/MateusSaenzAngelica.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

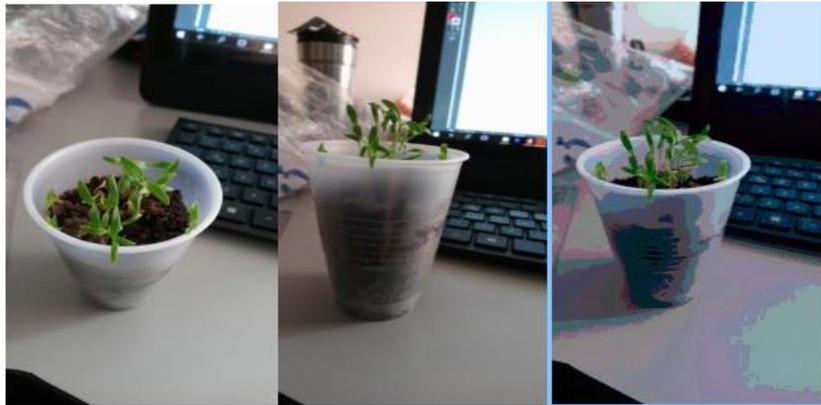
Ilustración 3 Diagrama flujo de la actividad



Fuente: Tomado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/34659/MateusSaenzAngelica.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Al finalizar con todas las actividades que contiene la app, TUMU da una serie de instrucciones para que su cabello sea retirado, en donde encontrará semillas las cuales podrán ser plantadas en el lugar que el niño desee.

Ilustración 4 Cierre de ciclo



Fuente: Tomado de

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/34659/MateusSaenzAngelica.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Al terminar las sesiones con los niños, los resultados fueron validados por varios profesionales dentro de la psicología, en donde llegaron a la conclusión de que es una propuesta que se puede extender para varios tratamientos generales de ansiedad y no solo a fobias específicas, por lo que dieron la autorización para proceder a realizar comprobaciones con una muestra más grande.

Las respuestas obtenidas de los infantes que participaron en el estudio determinaron que la percepción de los niños con respecto al perro se modificó un 80%, debido a que lograron comprender que si alguna vez un perro los había asustado antes era porque estaban tratando de jugar.

Cabe recalcar que los niños menores de 8 años sintieron una conexión con TUMU, debido a que las instrucciones que se le brindaban tenía un lenguaje fácil de entender aunque a veces sentían que hablaba muy rápido; por el contrario los niños de 9 años, sentían que el lenguaje era muy lento y explicaba varias cosas. En general a los infantes les pareció un personaje agradable y cautivador. Para finalizar, las recomendaciones que se les dieron fue que TUMU tiene que ser un personaje acoplado para los diferentes rangos de edad, las pelotas que acompañan a TUMU (patas) deben ser más pequeñas para que puedan ser manipuladas por los niños más pequeños (Sáenz, 2018).

2.18. Estudio de caso: trastorno de ansiedad y terapia cognitivo conductual para niños ansiosos de Philip C. Kendall

El siguiente estudio es un trabajo final integrador realizado por un estudiante bajo la tutela de la Dra. Nora Inés Gelassen quien ha sido una relevante figura dentro de la psicología clínica debido a sus publicaciones realizadas a lo largo de los años, proveniente de Argentina. El estudio de caso está basado en la propuesta de Philip C Kendall un reconocido psicólogo, profesor y director de la "Clínica de Trastornos de Ansiedad de Niños y Adolescentes de la Universidad de Temple", este personaje produjo el programa "Coping Cat" el cual será utilizado en el siguiente estudio para poder evidenciar su eficacia con niños ansiosos.

En un estudio realizado por (Fabio, 2016), de tipo descriptivo, individual, en donde la paciente es una niña de 10 años, tiene un hermano menor y vive junto con sus padres. La niña es referida por parte de la escuela, ya que presentó síntomas de temor y ansiedad ante diversas situaciones escolares y de interacción social. Se le aplicó un tratamiento de 10 sesiones, cada una de 45 minutos, se realizó en los consultorios de la institución especializada en Terapia Cognitiva Infantojuvenil. La infante fue diagnosticada con Trastorno de Ansiedad Generalizada, ya que manifestó tener miedo a exámenes orales, incapacidad al expresarse cuando su maestra le elaboraba una pregunta, miedo a leer en voz alta porque sentía temor a que la docente le llamase la atención, tampoco participaba en actividades grupales por miedo a que no la aceptasen, no salía al recreo con sus amigas porque temía que la critiquen, explicó también que sentía dolor estomacal o mareos. Además presenta miedo a la oscuridad, a las cucarachas y temía que un meteorito cayera sobre sus padres o hermano. Cabe recalcar que la madre estuvo en tratamiento psiquiátrico por dos años, ya que sufría ataques de pánico. El método terapéutico por el cual se optó, es un modelo estructurado de terapia cognitiva conductual que le permitirá mejorar sus recursos de afrontamiento y su capacidad de interacción social. Para esto se utilizó la herramienta el "Gato Valiente" del autor Phillip C. Kendall, ya que las actividades propuestas en el manual se realizan tanto en consulta como en el hogar. El tratamiento consta de 24 sesiones.

En la primera parte del tratamiento se aplicó psicoeducación y entretenimiento para que la paciente pueda conocer mejor sus sentimientos y reacciones, brindándole así nuevas herramientas para que mejorara sus recursos de afrontamiento. El trabajo con el módulo, el

“Gato Valiente”, fue un reforzador para las tareas desarrolladas lo que permitió una continuidad de tratamiento dentro y fuera de la sesión. Para que la paciente pueda entender que la emoción no era necesario eliminarla, sino mantenerla bajo control. Las tareas intersesión centradas en la experiencia permitieron desarrollar en la paciente sentimientos de afrontamiento de las situaciones que previamente le generaban ansiedad. El instrumento propuesto por Kendall favoreció al compromiso de los padres, su madre brindaba su ayuda para lograr completar sus tareas intersesión, mientras que su padre ayuda a su hija en el ámbito académico. Los resultados fueron favorables debido a que gracias a esta herramienta “Gato Valiente”, la paciente consiguió detectar el momento en que se podía desencadenar una crisis ansiosa, también se logró el manejo de la crisis mediante la respiración, además alcanzó detectar los pensamientos negativos para poderlos cuestionar y así reducir o eliminar la carga emocional que contenían.

2.19. Programa de terapia grupal para niños con ansiedad

En el Hospital Universitario 12 de Octubre, se realizó un programa basado en la terapia cognitivo conductual de Philip C Kendall, este fue realizado por varios psicólogos y docentes, diseñado para niños con algún tipo de ansiedad, es un programa que ha sido planteado por los autores para poder poner en práctica la intervención basada en la propuesta de Kendall, haciendo uso de su libro lúdico el “Gato Valiente”, que contiene varios tipos de preguntas, juegos, acertijos, etc., con el fin de que el niño aprenda a identificar, eliminar o reducir su sintomatología ansiosa.

Se ha realizado una investigación por parte de (Santesteban-Echarri, Hernández, Rentero, & Guerre, 2015) en donde se utilizó el libro “El Gato Valiente”, el cual consta de 16 sesiones, se centra principalmente en las tareas de exposición y relajación, actividades de roles y de práctica-recompensa. Las actividades que contiene el libro pueden ser realizadas tanto en el grupo o en su hogar. Para esto se utilizará un cuaderno para terapeutas y un cuaderno de actividades individuales “Gato Valiente”, el programa está dirigido para niños entre los 7 y 13 años en donde se haya comprobado que tengan un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad por Separación o Fobia Específica. Este programa contiene tres aspectos como el uso de terapia en grupo con exposición en vivo, inclusión de los padres en la terapia, y la posibilidad de un tratamiento farmacológico complementario en

casos necesarios. La intervención está dirigida a apoyar, fortalecer y enseñar estrategias de manejo emocional y conductual en los niños, para que de esta manera les ayude a manejar los problemas de ansiedad.

Objetivo: describir detalladamente las pautas y las condiciones que se tienen que dar para referir a los niños con sintomatología ansiosa al programa de intervención grupal.

El grupo experimental tendrá que llevar a cabo una entrevista de evaluación para poder considerar la adecuación al grupo y el diagnóstico para investigación. En la entrevista se aplicarán varios test como el SCAS, SASC-R, GADQ-M, SASI, FSSC-R, CASI y el test proyectivo de la familia. Luego de evaluar al niño se enviaron cuestionarios a los padres como el FSSC-R, STAI, CBCL, TRF, PAAQ, IHHA. Luego de que se haya finalizado el tratamiento se llevará a cabo el post test, tanto para el niño como para sus padres con el fin de poder percibir los cambios que se han logrado obtener. Seguido a esto se llevará a cabo su evolución, con una próxima cita después de tres meses.

El programa de Kendall consta de 16 sesiones, y los autores buscaron reducir el número de sesiones mediante la supresión de aquellos componentes menos eficaces, por lo que proponen el uso del Brief Coping Cat (BCBAT), con un total de 8 sesiones que se han probado eficaces en el tratamiento individual.

Las sesiones tendrán una duración de una hora, con excepción de la primera y cuarta sesión que tendrá una duración de una hora y media ya que los padres serán partícipes en la terapia. El grupo estará compuesto por 5 niños, en terapia se encontrará un psicólogo clínico y un coterapeuta. La dinámica de las sesiones será de la siguiente manera:

- Las cuatro primeras sesiones tendrán contenido teórico y las cuatro últimas se centran en practicar lo aprendido mediante la exposición, en situaciones que cada niño presente síntomas ansiosos con un nivel creciente de dificultad.
- Se invita a los padres a una sesión grupal de media hora al comienzo de cada módulo.
- Cada semana se revisará la tarea DQP realizada en casa durante la semana.
- En cada sesión se presentarán nuevos contenidos, seguido a esto, se practicará en consulta.
- Se establece un compromiso por semana.

Contenido de las sesiones:

Tabla 3. Contenido de las sesiones clínicas de la psicoterapia grupal con los niños

	Componentes terapéuticos	Objetivos	Interacciones Clínicas
		Sesión con los niños (60 min)	Sesión con los padres (30 min)
1	<p>Psicoeducación</p> <p>Rapport</p> <p>Análisis funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear enganche terapéutico • Introducción al BCBT • Normalizar la ansiedad • Fomentar la participación • Introducción del concepto de “jerarquía de ansiedad” y del “termómetro de los sentimientos” • Asignar una tarea DQP 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer información del BCBT • Aprender más acerca de las situaciones ansiógenas para sus hijos • Ofrecer maneras concretas en las que los padres pueden involucrarse en el programa
2	Entrenamiento en autoinstrucciones	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la tarea DQP de la Sesión 1 • Hablar sobre e identificar las reacciones somáticas específicas reactivas a las situaciones ansiógenas que presentan los niños • Introducir el paso “T” • Introducir el concepto de “autoverbalizaciones” • Hablar sobre las autoverbalizaciones en las situaciones ansiógenas • Diferenciar las autoverbalizaciones ansiógenas de las autoverbalizaciones de afrontamiento. • Introducir el paso “EM” • Comenzar a construir una jerarquía de las situaciones que provocan ansiedad • Asignar una tarea DQP 	
3		<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la tarea DQP de la Sesión 2 • Introducir el paso “O” y el paso “R” • Introducir el entrenamiento en solución de problemas • Planear la siguiente exposición • Asignar una tarea DQP 	

		Sesión con los niños (60 min)	Sesión con los padres (30 min)
4	Exposición Reforzamiento positivo Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la tarea DQP de la Sesión 3 • Finalizar la jerarquía de situaciones ansiógenas • Repasar la idea de progresar desde el aprendizaje de nuevas habilidades a practicar las nuevas habilidades • Repasar y aplicar el plan “TEMOR” a una nueva situación ansiógena • Comenzar a practicar la exposición con situaciones de poca ansiedad • Planear la/s tarea/s de exposición para la Sesión 5 • Recordarles que también hay sesión con los padres • Asignar una tarea DQP 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer información acerca de la segunda parte del tratamiento (Ej. tareas de exposición) • Ofrecer a los padres la oportunidad de hacer preguntas y comentar sus dudas/preocupaciones • Aprender más acerca de las situaciones ansiógenas para sus hijos • Ofrecer maneras concretas en las que los padres pueden involucrarse en la segunda mitad del tratamiento
5 – 6 – 7	Exposición Reforzamiento positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la tarea DQP de la sesión previa • Practicar la exposición en situaciones ansiógenas • Planear la/s tareas/s de exposición para la siguiente sesión • Asignar una tarea DQP 	
8	Exposición Reforzamiento positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la tarea DQP de la Sesión 7 • Realizar una tarea de exposición final en una situación de elevada ansiedad • Repasar y resumir el programa de tratamiento • Cerrar la relación terapéutica 	

Fuente: *Tomado de https://www.researchgate.net/publication/281972313_Programa_de_terapia_grupal_para_ninos_con_ansiedad_Materia_l_para_docencia*

2.20. Tratamiento cognitivo-conductual de fobia específica en la infancia: estudio de caso

El presente artículo fue publicado por Elsevier España en el año 2016, por la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés-SEAS. Los autores de esta investigación son: Olga Santesteban-Echarri, David Rentero Martín, M. José Güerre Lobera, José Carlos Espín Jaime y Migel Ángel Jiménez-Arriero, pertenecientes al Hospital Universitario, Madrid España y Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. Es importante mencionar que estos autores o la mayoría de ellos se han enfocado en la intervención de Philip C. Kendall, demostrando varias investigaciones enfocadas en este autor.

Según Kessler et al. (2005, Citado en Santesteban-Echecharri, Rentero, Güerre, Espin y Jiménez, 2016) las fobias específicas comienzan en cualquier etapa de la vida, aunque habitualmente inician en la infancia, antecediendo a los demás trastornos de ansiedad.

Se ha señalado que la terapia cognitivo conductual es eficaz, específicamente las técnicas como: el modelado, exposición en vivo y práctica con reforzamiento, estas parecen ser las herramientas más efectivas para la fobia específica. Por otro lado, estudios han comprobado en la población infantil que el entrenamiento en atención a estímulos positivos y entrenamiento en violación de expectativas incrementan la eficacia de la exposición si se las utiliza en pleno tratamiento, esto con el fin de analizar y reflexionar si hubo diferencias en lo que se esperaba que sucediera y lo que realmente sucedió.

Un punto a tener en cuenta es el papel de la familia, si ellos contribuyen y mantienen la ansiedad infantil en sus hijos, es importante que existan sesiones en las que se incluya intervenciones también para los padres.

Entre estas intervenciones se encuentra el Coping Cat, que es un programa basado en la terapia cognitivo conductual de Philip C. Kendall para niños en un intervalo de edad de 7 a 13 años, este consta de 16 sesiones estructuradas divididas en dos partes:

- 1) Entrenamiento cognitivo- conductual y habilidades de afrontamiento.
- 2) Sesiones de exposición a situación ansiógenas.

El Coping Cat muestra su eficacia en el tratamiento individual tanto como en el grupal, consta de 16 y 18 sesiones respectivamente. Además existe una versión traducida al

castellano llamada Gato Valiente, de esta se crea la versión, Brief Coping Cat, que consta de 8 sesiones individuales.

Descripción del caso

D.A tiene 12 años, vive con sus padres y sus dos hermanos menores, y tiene un buen rendimiento académico, pero desde años atrás el menor presenta fobia específica a subirse a los ascensores, al metro e irse donde el doctor. Su pediatra es quien remite al centro ambulatorio de salud mental infanto-juvenil por manifestar fobia, la cual impide que disfrute de sus actividades diarias. Cuando algo le altera o le produce miedo, el niño es capaz de huir sin mirar otros peligros existentes. Motivo por el cual el padre se encuentra muy preocupado.

Evaluación del caso

Al paciente en el centro le incluyeron en un tratamiento grupal para niños con ansiedad. Se realizó una entrevista a los padres y al paciente, en esta evaluación se observa que D.A se muestra atento, consciente, colaborador, orientado, no presenta síntomas psicóticos, se evidencia rasgos perfeccionistas y carece de rumiaciones.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

Cuestionarios para el niño	Cuestionarios para la familia
<ul style="list-style-type: none"> • Índice de sensibilidad a la ansiedad para niños (CASI). • Escala de ansiedad infantil de Spence (SCAS). • Cuestionario de trastorno de ansiedad generalizada-IV. • Escala de ansiedad social para niños revisada (SASC-R). • Inventario de ansiedad de separación (SASI). • Cuestionario de miedo para niños (FSSC-R). • Cuestionario de satisfacción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos sociodemográficos (entrevista semiestructurada). • Inventario de ansiedad estado- rasgo (STAI). • Cuestionario de miedo para niños (FSSC-R). • Listado de comportamientos infantiles 4-16 para padres (CBCL). • Inventario de habilidades y hábitos de autonomía (IHHA). • Cuestionario de satisfacción.

Historia del problema

- Hace 5 años atrás el paciente y su familia se quedaron encerrados en un ascensor y él se puso a llorar, su padre lo abofeteó para que se calmara.
- Desde hace 6 meses atrás no se sube a un metro o tren porque tiene miedo.
- Vio en la televisión un supuesto riesgo de bomba en un tren, se asustó mucho y salió corriendo donde su abuela, en el camino casi lo atropella un taxi.
- No puede quedarse solo en casa desde que vio una película de miedo en la escuela.
- Presenta manías y realiza rituales antes de acostarse.
- Presenta fobia a las agujas o inyecciones.
- Presenta rasgos perfeccionistas y cuando le toca algún examen se pone muy ansioso.

Análisis funcional

D.A presenta sudoración, respiración rápida, palpitaciones, tensión muscular, además se manifiesta inquietud, impaciencia, dificultad para concentrarse, sensación de tener la mente en blanco y dificultades para conciliar el sueño.

El paciente parece haber adquirido fobia a los ascensores por condicionamiento directo, es decir ha experimentado directamente la situación de quedarse encerrado en un ascensor, presenta miedo a subirse al metro, esto al parecer se ha adquirido por la transmisión de información, es decir que ha visto algún suceso desagradable en las noticias. Al miedo a las agujas o inyecciones se desconoce cuál es su causa.

Aplicación del caso

D.A asistió a una terapia cognitivo conductual grupal que constaba de 6 menores, 4 hombres y 2 mujeres, en un intervalo de 8 a 12 años, el tratamiento estuvo conformado de 8 sesiones, una sesión por semana con una duración de una hora y media cada una.

El tratamiento se divide en dos grupos:

1. Psicoeducación de la ansiedad, análisis funcional, entrenamiento en autoinstrucciones y entrenamiento en solución de problemas.
2. Exposiciones y refuerzo positivo.

Los objetivos del grupo son: el manejo de la ansiedad, expectativas irracionales, pensamientos polarizados, y la excesiva autoexigencia personal, a la vez que se fomenta la relación con iguales.

Ilustración 5 Planificación Terapéutica

	Componentes terapéuticos	Objetivos	Interacciones clínicas
1	Psicoeducación Rapport Análisis funcional	<i>Sesión con los niños (60 min)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Crear enganche terapéutico • Introducción al BCBT • Normalizar la ansiedad • Fomentar la participación • Introducción del concepto de «jerarquía de ansiedad» y del «termómetro de los sentimientos» • Asignar una tarea DQP 	<i>Sesión con los padres (30 min)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Proveer información del BCBT • Aprender más acerca de las situaciones ansiógenas para sus hijos • Ofrecer maneras concretas en las que los padres pueden involucrarse en el programa
2	Entrenamiento en autoinstrucciones	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la tarea DQP de la sesión 1 • Identificar las reacciones somáticas específicas reactivas a las situaciones ansiógenas que presentan los niños • Introducir el paso «T» • Introducir el concepto de «autoverbalizaciones» • Hablar sobre las autoverbalizaciones en las situaciones ansiógenas • Diferenciar las autoverbalizaciones ansiógenas de las autoverbalizaciones de afrontamiento • Introducir el paso «EM» • Comenzar a construir una jerarquía de las situaciones que provocan ansiedad • Asignar una tarea DQP 	
3	Revisión Entrenamiento en solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la tarea DQP de la sesión 2 • Introducir el paso «O» y el paso «R» • Introducir el entrenamiento en solución de problemas • Planear la siguiente exposición • Asignar una tarea DQP 	
4	Exposición Reforzamiento positivo Psicoeducación	<i>Sesión con los niños (60 min)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Finalizar la jerarquía de situaciones ansiógenas • Repasar la idea de progresar desde el aprendizaje de nuevas habilidades a practicar las nuevas habilidades • Repasar y aplicar el plan «temor» a una nueva situación ansiógena • Comenzar a practicar la exposición con situaciones de poca ansiedad • Planear la/s tarea/s de exposición para la sesión 5 • Recordarles que también hay sesión con los padres • Asignar una tarea DQP 	<i>Sesión con los padres (30 min)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Proveer información acerca de la segunda parte del tratamiento (por ej. tareas de exposición) • Ofrecer a los padres la oportunidad de hacer preguntas y comentar sus dudas/preocupaciones • Aprender más acerca de las situaciones ansiógenas para sus hijos • Ofrecer maneras concretas en las que los padres pueden involucrarse en la segunda mitad del tratamiento
5,6,7	Exposición Reforzamiento positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la tarea DQP de la sesión previa • Practicar la exposición en situaciones ansiógenas • Planear la/s tareas/s de exposición para la siguiente sesión • Asignar una tarea DQP 	
8	Exposición Reforzamiento positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la tarea DQP de la sesión 7 • Realizar una tarea de exposición final en una situación de elevada ansiedad • Repasar y resumir el programa de tratamiento • Cerrar la relación terapéutica 	

Fuente: Tomado de la Revista SEAS 2016

Como resultado y tras los retest aplicados se pudo observar la reducción completa de la ansiedad, además demostrando en el cuestionario de satisfacción que las técnicas de la violación de expectativas, la cual trata de evaluar las consecuencias que resulta de un suceso por medio de prever alternativas, sesiones de exposición, relación terapéutica y además, lograr un ambiente ameno con el grupo, fueron promotores y ayudaron para el mejoramiento del paciente. Por otro lado, se ha observado que el miedo a subir en un ascensor ha disminuido y de igual forma la angustia al subirse en un metro o tren, que junto con la familia se ha ido trabajando en este punto, se menciona que D.A realiza viajes cortos solo, significando esto un gran avance.

Se lograron cumplir con éxito los objetivos propuestos, logrando que las conductas de evitación se eliminen, demostrando la eficacia y efectividad del tratamiento. Y por último, es importante mencionar la ayuda de los padres, que actuaron como coterapeutas, ayudando de esa manera a su hijo.

Basándose en los resultados se puede concluir que la adaptación del BBC es útil a nivel grupal (Santesteban-Echarri, Rentero Martín, Güerre Lobera, Espín Jaime, & Jiménez-Arriero, 2016).

2.21 Conclusión

Después de haber realizado una revisión bibliográfica acerca de la terapia cognitiva conductual, y terapia cognitiva conductual de Philip C Kendall, se puede concluir que se han elaborado varios estudios en los cuales se ha demostrado la eficacia de esta, obteniendo resultados significativos que oscilan entre un 50% y un 80% de mejoría en niños con sintomatología ansiosa, pero esto dependerá del grado de ansiedad que padezca, sus genes, el ambiente en el cual se desarrolle, etc., cabe recalcar que la dinámica familiar es un factor clave en cuanto a la mejoría del trastorno.

En los artículos expuestos se puede observar el avance de la terapia cognitiva conductual ya que en sus inicios era aplicada de manera verbal y/o escrita, ahora con el avance de la tecnología se han ido desarrollando aplicaciones en base a las técnicas de la terapia cognitivo conductual, para los diferentes tipos de ansiedad padecida por el infante, obteniendo así resultados eficaces. Se puede constatar que tanto los tesisistas como los psicólogos que han investigado sobre esta corriente psicológica han conseguido resultados favorables para los

diferentes estudios de casos, siguiendo algunas técnicas como exposición imaginaria, desensibilización sistemática, relajación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, etc., además la psicoeducación con los padres es la clave para que el tratamiento pueda dar resultados positivos, ya que podrán comprender la patología de los pacientes. Han existido casos en los cuales la deserción se ha dado por problemas externos al tratamiento, es por eso que se obtienen resultados eficaces bajos, ya que un buen tratamiento va acompañado de constancia, compromiso y persistencia tanto del paciente como de los padres.

Philip C Kendall, autor del tratamiento aplicado a los niños con ansiedad, ha generado un programa lúdico que potencia las habilidades de afrontamiento en los infantes, consiguiendo así desarrollar la capacidad de reconocer los síntomas y aplicar las técnicas aprendidas en el programa "Coping Cat", con el fin de poder controlar que se desarrollen episodios ansiosos. Los autores interesados en el programa han ido modificando este tratamiento transformándolo así en uno más breve y en algunos casos añadiendo técnicas extras para una mejor intervención.

El programa de Kendall según estudios da como resultado una eficacia significativamente mayor a las diferentes psicoterapias que existen, como por ejemplo la terapia familiar, ya que el tratamiento cognitivo conductual se enfoca en la sintomatología del niño, siendo este el problema, el cual se puede originar en el ámbito académico o social, desencadenando ansiedad, confundiendo de esta manera la necesidad de acudir a terapia para mejorar la dinámica familiar.

En cuanto a los fármacos, se puede mencionar que los diferentes autores recomiendan el uso de estos al inicio del tratamiento, cuando la sintomatología ansiosa es grave, en estos casos se necesita un trabajo multidisciplinar, es decir que el tratamiento estará a cargo de un psicólogo y psiquiatra en los casos que lo requieran. Por otro lado, se ha realizado una comparación de los fármacos con la terapia cognitiva conductual, llegando a la conclusión de que en algunos casos de ansiedad en fase leve y moderada, la terapia cognitiva conductual es igual de eficaz que los fármacos, pero en casos graves es necesario una intervención multidisciplinar.

Por último, el seguimiento que se les da a los pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad, es de suma importancia debido a que podemos tener un control a largo plazo en la

terapia. Estudios han demostrado que al finalizar el tratamiento de una manera disciplinaria, es decir que haya acudido a las sesiones establecidas, haya cumplido sus tareas intersesión y sobre todo el compromiso que los padres, tiene un resultado persistente al cabo de un año.

CAPÍTULO III

3. Informe

A partir de las investigaciones analizadas en la revisión bibliográfica, podemos corroborar que la Terapia Cognitivo Conductual enfocada en niños muestra su eficacia para los diferentes trastornos de ansiedad, consiguiendo que los síntomas disminuyan en su totalidad o parcialidad para que el niño tenga un desarrollo significativamente funcional.

En los artículos se muestra la problemática de los niños, quienes presentan diferentes tipos de ansiedad y tras la aplicación de técnicas existe una disminución de los síntomas ansiosos y a su vez el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Primero, la inclusión y apoyo de los padres hacia sus hijos, genera beneficios para ambas partes, tomando consigo el hecho de que los niños se sientan respaldados y apoyados, ya que los padres se mantendrán atentos del desarrollo de las tareas intersesión, favoreciendo así su tratamiento, por otro lado, los padres que presenten esta sintomatología pueden resultar beneficiados directamente, logrando que la problemática se identifique y de cierta forma influya en su mejoría. En cuanto al número de sesiones, dependerá de la gravedad del trastorno ya que no se puede generalizar un tratamiento para todos los pacientes, es por esto que antes se debe realizar una evaluación psicológica.

Segundo, realizar la intervención enfocada en la terapia cognitivo conductual, con las técnicas de reestructuración cognitiva, exposición imaginal, relajación, respiración, etcétera, muestran que los niños conforme avanza el tiempo disminuyen su malestar y dan paso a poder desenvolverse en el ámbito académico, educativo, familiar y personal.

Antes de dar paso a la descripción de técnicas expuestas, cabe recalcar un punto importante que debemos tener en cuenta, primero debemos partir por la psicoeducación, ya que mediante esta tanto los padres como el paciente lograran comprender el problema, una vez expuesto este contenido se procede a la aplicación de técnicas como por ejemplo: detección del pensamiento, la cual es efectiva con respecto a tratar sintomatología ansiosa debido a que se puede comprobar la realidad de los pensamientos automáticos que se generan en cualquier momento. La reestructuración cognitiva es utilizada en varias patologías que tienen como objetivo modificar los pensamientos des adaptativos por unos más reales, si logramos cambiar estos pensamientos también obtendremos cambios en las emociones. La

relajación cumple un papel fundamental para la intervención de varios trastornos, este proceso ayuda a reducir el estrés de mente-cuerpo, y así de esta manera poder procesar mejor los pensamientos y emociones. El registro de emociones es una técnica básica en el proceso de terapia debido a que podemos identificar la actividad diaria que se realiza y la emoción sentida que se genera, esto nos ayudará a obtener un panorama más claro de los momentos en los cuales se presente síntomas ansiosos. Estas son algunas técnicas usadas en los estudios revisados, en el caso de fobias se aumenta la exposición en vivo, la cual es una técnica fundamental en estos casos, consiste en que la persona tenga un acercamiento prolongado con el objeto temido, con el objetivo de poder enfrentar la fobia, el terapeuta es el encargado de guiar este proceso. Y por último, el diálogo socrático, utilizado para que las personas mediante una conversación puedan comprender lo irreal de sus pensamientos automáticos y así disminuir la carga de su malestar.

Tercero, además de enfocarnos en la terapia en general, existen autores que han ido desarrollando más técnicas y orientando la corriente a su punto de vista, como tenemos a Philip C. Kendall y su programa llamado “Coping Cat”, que tras varios artículos analizados muestra su eficacia, demostrando que la implementación de manuales y actividades a realizar por el paciente, generan una gran atracción y disminuyen su tensión ante el hecho de la percepción que tiene de ir a terapia.

Philip C. Kendall tiene su propia teoría para llevar a cabo un tratamiento con niños que presentan ansiedad, en donde manifiesta que los tratamientos cognitivos aplicados a los infantes no consiste en reemplazar los pensamientos negativos por positivos, sino en identificar y cuestionar el pensamiento negativo junto con el terapeuta, para que este pueda perder su carga negativa y los síntomas ansiosos logren ser eliminados o disminuidos. Kendall es el creador de la herramienta “Coping Cat”, el cual es un cuaderno de actividades que contiene juegos y preguntas que conducen al niño a identificar, actuar y controlar las manifestaciones ansiosas. Ha sido creado de manera lúdica para poder adherir al niño a la terapia, obteniendo resultados prometedores. Cuenta con varias actividades y técnicas a realizar como: la relajación, economía de fichas, escala del temor, y días libres para los pacientes, siendo este día correspondiente a una reunión de padres.

Cuarto, debemos tener en cuenta que la sintomatología ansiosa tiene diferentes niveles como leve, moderado y grave, y al momento de ejecutar una intervención debe realizarse una entrevista para analizar en qué fase se encuentra el paciente, si hablamos de un nivel grave la intervención puede pasar a tener la implicación de fármacos, los cuales tienen que ser recetados por un psiquiatra, el más usado es el Inhibidor de Recaptación de Serotonina (ISRS), debido a que existen escasos efectos secundarios y en este tipo de tratamiento es el más efectivo, además tiene un efecto duradero, tomando en cuenta que la dosis administrada a un inicio será modificada, pero este para que tenga una mayor efectividad en el tratamiento tendrá la implicación de una corriente psicológica, es decir la aplicación de la TCC, la cual ha demostrado su eficacia en varios ámbitos.

Quinto, es importante mencionar las diferentes limitaciones en el tratamiento, ya sea por su cultura, nivel académico o creencias, estas pueden causar inconvenientes en el avance de la terapia y a su vez impedir el alcance de resultados positivos, ya que se ha demostrado que las limitaciones de los pacientes pueden ser un factor negativo para que exista una buena acogida de la intervención. Los tratamientos pueden ser llevados a cabo de manera individual o grupal, en el caso de las intervenciones grupales puede ser difícil reconocer estas limitaciones, dando como resultado que unos niños sean beneficiados y otros no.

Por otro lado, la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual en intervenciones grupales resulta tener varios aspectos positivos para un buen desarrollo y acogimiento del mismo, al llevar a cabo un proceso grupal los niños pueden compartir sus experiencias, emociones y parte de su sintomatología, así de esta manera adquirir más confianza en el grupo terapéutico.

Por último, varios autores han podido estudiar el “Tratamiento Cognitivo Conductual para Trastornos de Ansiedad en Niños” del autor Kendall, en donde se ha logrado obtener una base para poder elaborar tratamientos guiados en lo propuesto, realizando de esta manera varias modificaciones para convertirlo en un programa más breve. En los estudios expuestos anteriormente se puede corroborar que existe eficacia al aplicar este tratamiento en una intervención para trastornos de ansiedad en niños ya sea de manera individual o grupal. Varios psicólogos han estudiado y han podido percibir que el libro “Gato Valiente” es una

herramienta útil para trabajar, pero es importante mencionar que en escasas ocasiones la deserción se manifiesta debido a la extensión del tratamiento.

3.1 Conclusiones

Tras la presente revisión bibliográfica podemos mencionar que hemos recopilado 11 artículos enfocados únicamente en la Terapia Cognitivo-Conductual y 9 artículos enfocados en el programa que Philip C. Kendall propone, estas intervenciones se han ido adaptando en algunas ocasiones a la patología que presenta el paciente como: ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia específica y mutismo selectivo, obteniendo un total de 20 artículos revisados para la elaboración de la presente tesis.

Al realizar el proceso investigativo sobre el "Tratamiento Cognitivo Conductual para Trastornos de Ansiedad en niños", del autor Philip C Kendall, es importante resaltar que la ansiedad tiene gran relevancia en la población infantil, debido a que existen varias causas, como genéticas, ambientales, crianza parental, etcétera, que actúan como factores detonantes para dar inicio a la sintomatología ansiosa.

Según las etapas evolutivas del niño, se designara si la sintomatología que presenta corresponde a una ansiedad normal o se convierte en patológica, por lo que tenemos que basarnos en la teoría de Piaget. En las etapas que atraviesa el infante es importante no dejar a un lado la red de apoyo, ya que ayuda al niño a fortalecer la capacidad para enfrentarse al estrés.

Al referirnos a la ansiedad en la presente revisión bibliográfica podemos tomar en cuenta que es una de las patologías más comunes, la cual para ser detectada, primero se debe realizar una evaluación psicológica, seguido a esto se analizará la gravedad para poder determinar si el/la paciente necesita la administración de algún fármaco, por último la intervención se basará en un plan terapéutico estructurado en la decisión del profesional y de esta manera se podrá obtener resultados sean prometedores.

Existen varios trastornos de ansiedad como: ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicación, trastorno de ansiedad debido a

otra enfermedad médica y otros trastornos de ansiedad especificados, por lo que deben ser diagnosticados tomando como referencia los criterios diagnósticos del DSM-V o el CIE 10.

Entre los síntomas ansiosos más comunes que se manifiestan son: taquicardia, dificultad para respirar, sudoración excesiva, mareos, tensión muscular, dolor estomacal, preocupación excesiva, problemas de autoestima, dificultad para concentrarse, pensamientos negativos, ataque de hambre, tics nerviosos, sensibilidad y movimientos repetitivos. Estos son los 14 síntomas más comunes presentes en cualquier tipo de población.

La terapia cognitivo conductual, se basa en tratar de modificar el pensamiento distorsionado, lo que dará como resultado cambios en nuestra conducta a un aspecto positivo. En cuanto a la validez de esta corriente; cabe recalcar que a lo largo del tiempo ha logrado demostrar un 60% y 80% de eficacia, según el estudio de varios autores citados en esta investigación.

Por otro lado, Philip C Kendall, autor del libro " Tratamiento Cognitivo Conductual para Trastornos de Ansiedad en Niños", menciona que el objetivo de su TCC no se basa en reemplazar los pensamientos negativos por positivos, ya que se centra en ayudar a identificar y cuestionar el pensamiento negativo.

Es por esto que concluimos la siguiente investigación recalcando la eficacia y efectos de la terapia cognitivo conductual basado en las investigaciones, enfocándonos así en los estudios que se han analizado, podemos referirnos que al realizar la intervención se debe tener en cuenta que la psicoeducación como primer punto es fundamental, para que los pacientes tanto como los padres reconozcan, comprendan y concienticen el problema.

La terapia enfocada en niños, con sus diferentes intervenciones, ya sean grupales o individuales muestra la prevalencia de resultados positivos, demostrándose así la eficacia de la terapia, aunque por otro lado, se han identificado que existen resultados negativos, pero estos pueden depender de la cultura, nivel académico y creencias de los niños.

Existen autores que se enfocan en la Terapia Cognitivo-Conductual creando programas dirigidos a los infantes que presentan ansiedad, con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa de forma gradual, por otro lado, al finalizar el tratamiento se debe realizar un seguimiento para corroborar que los síntomas no se hayan acentuado nuevamente en un

periodo largo, Philip C. Kendall, quien ha creado el programa “Coping Cat”, ha manifestado que en lugar de reemplazar los pensamientos negativos que se producen por la ansiedad, se debe identificar estos y cuestionarlos, para disminuir su carga negativa y de esta manera eliminar los síntomas. Además el programa cuenta con un manual para los padres y actividades a realizar por los niños, ya sean estas técnicas de relajación, economía de fichas, escala del temor y días libres. Se ha aplicado en varias ocasiones este tratamiento, el cual ha funcionado de forma eficaz debido al material lúdico que posee, es por esta razón que a los infantes no se les dificulta recordar las técnicas aprendidas del “Coping Cat”; el aprendizaje fue mediante herramientas didácticas, por lo cual se obtuvo efectos prolongados, incluyendo que su rendimiento académico mejore.

Por otro lado, existen autores que han modificado o creado otros programas tomando al “Coping Cat” como modelo, por ejemplo “Coping Koala” o “Friends”, diseñados estos para la población con la que trabajan, ya que por la extensión del programa de Kendall, que consta de 16 sesiones han existido deserciones por el tiempo y las dificultades que tienen los pacientes para asistir.

La terapia Cognitivo-Conductual enfocada en niños demuestra su eficacia y validez en los casos revisados, tomando en cuenta que el tratamiento debe realizárselo con constancia, disciplina y persistencia por los pacientes tanto como por los padres.

La iniciativa de la intervención de los padres en la terapia hace que el paciente se sienta respaldado, a la vez genere más confianza y seguridad en el tratamiento, además ayuda a reconocer si un miembro de la familia presenta también los síntomas ansiosos.

Por último, tanto la Terapia Cognitivo-Conductual general como la presentada por Philip C. Kendall, demuestran su eficacia debido la objetividad de sus técnicas y la aceptación de esta por los pacientes, generando en algunos casos adherencia inmediata al tratamiento y por otro lado, corroborando la eficacia de los conceptos teóricos con la práctica clínica.

Bibliografía

- Amaya, A. C., & Campbell, M. (septiembre de 2010). *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293122002003.pdf>
- American Psychiatric Association . (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -V*. España: Medica Panamericana.
- Antón, A. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual en un niño con ansiedad a la hora de dormir . *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* , 37-43.
- Areahumana.es. (2018). *Transdiagnóstico: Un valiosos enfoque en los Tratamientos Psicológicos*. Obtenido de Areahumana.es: <https://www.areahumana.es/transdiagnostico/>
- Armendáriz Valles, C. A. (2019). Superando la ansiedad para lograr el aprendizaje de una segunda lengua. *Revista Electrónica Científica de Investigación Educativa Vol. 4*, 955-969.
- Bados, A. (22 de mayo de 2015). *Trastorno por ansiedad de separación y rechazo escolar: naturaleza, evaluación y tratamiento (2015)*. Obtenido de Dipòsit Digital Universitat de Barcelona : <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/65645>
- Ballesteros-Cabrera, M. d., & Sarmiento-López, J. (2013). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas. *Revista Vanguardia Psicología Clínica teórica y práctica*, 185-195. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815155>
- Berger, K. S. (2016). *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. Madrid: médica panamericana .
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes* . Buenos Aires: Librería AKADIA.
- Calvo, S. O. (2019). *Grupo Doctor Oliveros* . Obtenido de Ansiedad infantil: un análisis de sus causas, síntomas y tratamientos :

<https://www.grupodoctoroliveros.com/ansiedad-infantil-un-analisis-de-sus-causas-sintomas-y-tratamiento>

Castillo Ledo, I., Ledo González, H. I., & Ramos Barroso, A. A. (2012). Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Dialnet* , 30-36.

Castro Santillan, X. F. (Febrero de 2020). *Trastorno de ansiedad por separación y su incidencia en el rendimiento escolar en una niña de 8 años de edad*. Obtenido de Universidad Técnica de Babahoyo:
<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/7676/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2016). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones*. España: Desclee De Brouwer, S.A.

Clark, D., & Beck, A. T. (2016). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones*. España: Desclee De Brouwer .

D, M., Jacofsk, Santos, M. T., Khemlani-Patel, S., & Neziroglu, F. (2018). *Explicaciones biológicas de la ansiedad*. Obtenido de <https://www.gracepointwellness.org/1-anxiety-disorders/article/38472-biological-explanations-of-anxiety-part-iii>

Drake, K., & Ginsburg, G. (13 de enero de 2012). *Family factors in the development of treatment and prevention of childhood Anxiety disorders*. *Journal of Children and Family*. Obtenido de <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0109-0>

Esteban, E. (5 de Septiembre de 2018). *14 síntomas de ansiedad en los niños*. Obtenido de Guíainfantil.com: <https://www.guiainfantil.com/educacion/conducta/14-sintomas-de-ansiedad-en-los-ninos/>

Fabio, I. (2016). *Repositorio de la Universidad de Palermo*. Obtenido de <https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/1602>

González, G., Anabel, J., Barragán, C., Fernanda, M., Quintana, C., Bolívar, R., & Corrales Suarez, N. A. (15 de Septiembre de 2018). *La psicología evolutiva en relación al perfil docente en educación*. Obtenido de reciamuc.com:
<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/107/222>

- Hernández-Arenas, M. G. (Abril de 2014). *La función del juego en el ambiente hospitalario*. Obtenido de SciELO: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-23912014000200001&script=sci_arttext
- Iyaca, E. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños . *Revista Psiencia*, 1.
- Jaimes Duarte, J. J. (2017). *Evaluación e intervención de ansiedad infantil desde el enfoque cognitivo conductual: Un estudio de caso*. Obtenido de Universidad Norte: <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7850/130881.pdf?sequence=1>
- Kendall, P. C. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual para trastornos de ansiedad en niños*. Buenos Aires: AKADIA.
- Kendall, P. C. (2010). *Tratamiento cognitivo- conductual para trastornos de ansiedad en niños* . Buenos Aires : AKADIA.
- Kosovsky, R., Cabariti, S., Delgado, O., De Oliveira Lima, A., Nasio, J., Laurent, E., . . . Rossi, L. (2018). El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias. *INTERSECCIONES PSI REVISTA ELECTRÓNICA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UBA*, 26.
- Laso, M. Z. (julio de 2016). *Sintomatología ansiosa depresiva en una muestra infantil y su relacion con le estilo educativo percibido*. Obtenido de http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/4050/1/Zamora_Laso_Mara_TFG_Psicologa.pdf
- Lima Gomes, G., & Lima da Nóbrega, M. (Octubre de 2015). *La ansiedad en la hospitalización de los niños: una propuesta para un diagnóstico de enfermería*. Obtenido de SciELO : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/es_0104-1169-rlae-23-05-00963.pdf
- López, X. M. (2010). *Universidad del Azuay*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/1258>

- Madero, J. R. (2018). *Universidad de Norte*. Obtenido de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8295/133821.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez de Ring, M. E., Sosa Saborit, Y., & Pérez Viñals, T. (2019). La ansiedad infantil y la terapia cognitivo-conductual. *Ansiedad Infantil* . Camajuaní, Villa Clara , Cuba: Feijóo.
- Menchón, M. R. (enero de 2017). Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con mutismo selectivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 51-57. Obtenido de Universidad Miguel Hernández de Elche España.
- Morales, L. M., & Jaspón, M. G. (2015). *PRÁCTICAS DE CRIANZA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD INFANTIL*. Obtenido de http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/3311/Practicas_crianza_relacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ochando Perales , G., & Peris Cancio, S. (2017). *adolescenciasema.org*. Obtenido de Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Ansiedad%20en%20la%20edad%20pediatrica.pdf>
- Olivares, J., Olivares-Olivares , P. J., & Alcázar , Á. R. (10 de Abril de 2019). *Efectividad del tratamiento temprano de niños con mutismo selectivo en los centros educativos*. Obtenido de Scielo: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082019000200081&lang=es
- Papalia. (2011). *Desarrollo humano (un decima edicion)*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Pediatrics, A. A. (26 de 11 de 2019). *Healthy Children*. Obtenido de El poder del juego: cómo la diversión y los juegos ayudan a los niños a prosperar: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/toddler/fitness/Paginas/Caution-Children-at-Play.aspx>

- Perales, G. O., & Cancio, S. C. (2012). *Pediatría Integral*. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-11/actualizacion-de-la-ansiedad-en-la-edad-pediatrica/>
- Proaño, M. J. (Febrero de 2015). *Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato*. Obtenido de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1073/1/80240.pdf>
- Rebellón, M. A. (2016). *Universidad del Norte, Barranquilla*. Obtenido de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5834/1140842236.pdf?sequence=1>
- Rojas, E. (22 de Junio de 2017). *Ansiedad negativa y positiva*. Obtenido de La tercera 3: <https://ieip.es/wp-content/uploads/2017/06/la-tercera-abc-enrique-rojas.pdf>
- Sáenz, A. M. (mayo de 2018). *Pontificia Universidad Javeriana*. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/34659/MateusSaenzAngolica.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Santesteban-Echarri, O., Hernández, L., Rentero, D., & Guerre, M. J. (Septiembre de 2015). *Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre Madrid*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/281972313_Programa_de_terapia_grupal_para_ninos_con_ansiedad_Material_para_docencia
- Santesteban-Echarri, O., Rentero Martín, D., Güerre Lobera, M., Espín Jaime, J., & Jiménez-Arriero, M. Á. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual de fobia específica en la infancia: estudio de caso. *SEAS*, 80-90.
- Sanz Cano, P. J. (11 de Septiembre de 2019). *El juego divierte, forma, socializa y cura*. Obtenido de SciELO: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300022
- Solloa, L. M. (2014). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.

Tortella-Feliu, M. (2014). *MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE*.

Obtenido de Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5:

file:///C:/Users/LISSETH/Downloads/Dialnet-

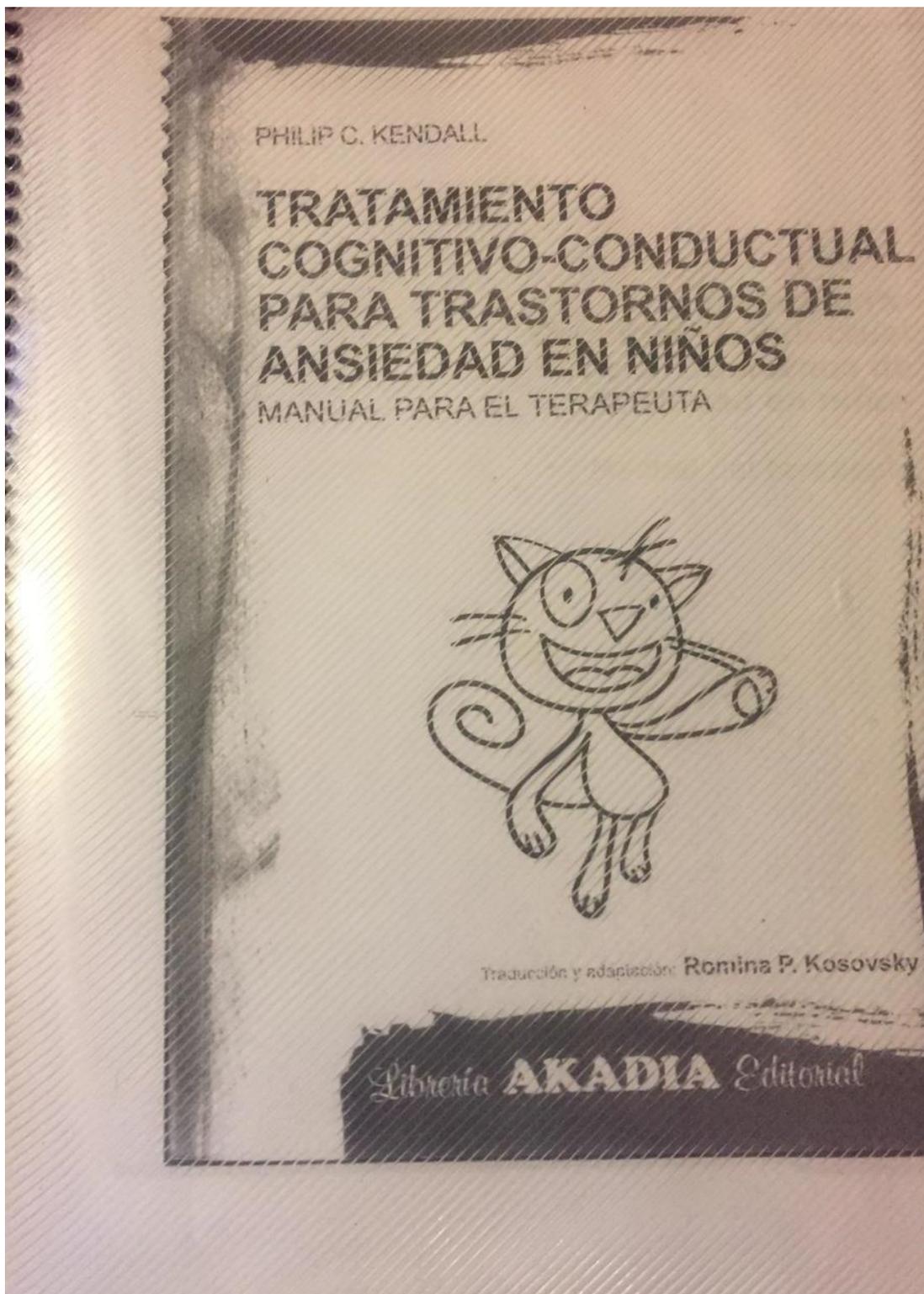
LosTrastornosDeAnsiedadEnElDSM5-4803018%20(1).pdf

Viridiana, A., Gutierrez, M., Méndez, C., & Riveros, A. (Julio-diciembre de 2018).

Tratamiento cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil. *Psicología y salud*, 177-186. Obtenido de

<http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2554>

Anexos



PHILIP C. KENDALL

EL GATO VALIENTE: CUADERNO DE ACTIVIDADES



Traducción y adaptación: Romina P. Kosovsky

Librería **AKADIA** Editorial

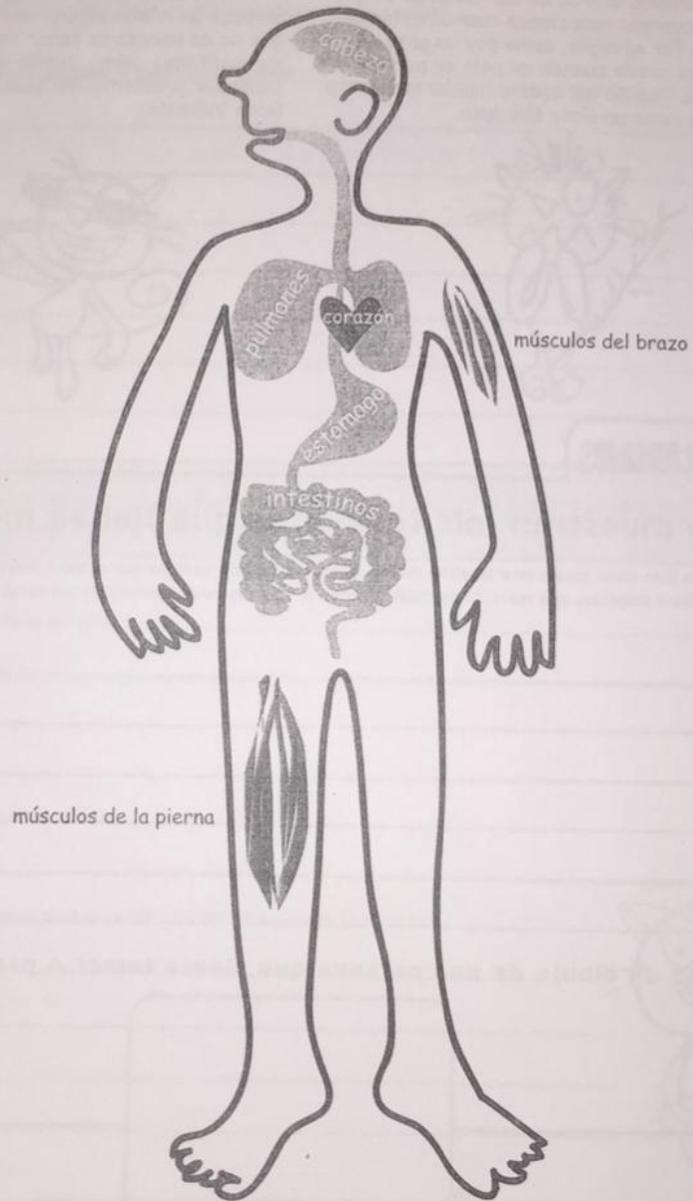


Listado de contenidos:

- ★ SESIÓN 1: Introducción _____ Página 1
- ★ SESIÓN 2: Reconociendo emociones _____ Página 5
- ★ SESIÓN 3: Cómo reacciona mi cuerpo? _____ Página 11
- ★ SESIÓN 4: Reunión de padres _____ Página 16
- ★ SESIÓN 5: Relajémosnos _____ Página 17
- ★ SESIÓN 6: En qué estoy pensando? _____ Página 22
- ★ SESIÓN 7: Qué debería hacer? _____ Página 30
- ★ SESIÓN 8: Cómo voy? _____ Página 37
- ★ SESIÓN 9: Reunión de padres _____ Página 43
- ★ SESIÓN 10: Empieza la práctica _____ Página 44
- ★ SESIÓN 11: Más práctica _____ Página 48
- ★ SESIÓN 12: Más práctica _____ Página 52
- ★ SESIÓN 13: Se pone difícil _____ Página 57
- ★ SESIÓN 14: A practicar un poco más _____ Página 61
- ★ SESIÓN 15: Una oportunidad más para practicar _____ Página 65
- ★ SESIÓN 16: Lo lograste!! _____ Página 70

✦ De qué manera nos muestra nuestro cuerpo que nos sentimos ansiosos?

Mira el dibujo del cuerpo humano. Qué parte de tu cuerpo se siente extraña cuando te encuentras nervioso o preocupado? Traza un círculo alrededor de esa parte y describe cómo se siente.



sesión 5: relajémosnos



Hola de nuevo! Hoy hablaremos de cómo se sienten nuestros cuerpos cuando están relajados y cómo se sienten cuando están tensos.

menú de actividades

★ Robot o Muñeco de trapo

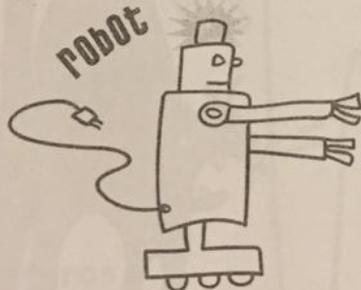
Piensa en un momento en que te sentiste feliz y relajado. Imagina que estás en ese momento ahora. Cómo sientes tu cuerpo?

Ahora cierra tu puño. Lo sientes distinto a cómo estaba tu cuerpo cuando estabas relajado?

Cuando me pongo tenso, mi cuerpo se siente rígido como si fuera un robot. Intenta estar rígido, como un robot. Mi robot favorito es C3PO de La Guerra De Las Galaxias. Piensa en tu robot favorito. Seguro que puedes caminar igual que un robot. Simplemente tensa tus músculos e inténtalo.

Ahora quiero que relajes todos tus músculos. Intenta estar flojo, como un muñeco de trapo. Haz de cuenta que eres un muñeco de trapo.

Describe qué diferencias sentiste cuando actuabas como un robot de cuando actuabas como un muñeco de trapo.





muñeco de trapo

sesión 9: reunión de padres

menú de actividades

★ Tómate la semana libre!

Te lo mereces!!!



TU actividad DQP para la próxima sesión

Tienes la semana libre, recuerdas?

Eso significa que no hay actividad DQP para hacer esta vez!



escalera de temor

Ya estás alto...!



No muy alto



¡Me subiendo



Certificado de logros

este certificado es entregado a ...

por un **EXCELENTE** desempeño
en el programa del Gato Valiente!

Felicitaciones!

Firmado en el día _____ por _____

