

**EVALUACION E INTERVENCION DESDE EL MODELO COGNITIVO  
CONDUCTUAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN UN NIÑO  
DE 10 AÑOS: ESTUDIO DE CASO UNICO**



**MARIA CLARA CUEVAS PhD**

**Directora**

**PAOLA ANDREA DIAZ ESCOBAR**

**Estudiante**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON PROFUNDIZACIÓN EN CLÍNICA**

**BARRANQUILLA**

**2021**

## **TABLA DE CONTENIDO**

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCION.....	8
JUSTIFICACION.....	9
AREA PROBLEMÁTICA.....	14
OBJETIVOS.....	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17
Tipo de estudio.....	18
HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.....	19
Identificación del paciente.....	19
Motivo de Consulta.....	19
Descripción sintomática.....	20
Historia personal.....	22
Historia familiar.....	25
Genograma.....	24
Proceso de evaluación.....	27
DESCRIPCIÓN DETALLADA DE SESIONES DE EVALUACIÓN.....	35

Sesión 1.....	35
Sesión 2.....	39
Sesión 3.....	43
Sesión 4.....	46
Conceptualización diagnóstica.....	52
DESCRIPCION DETALLADA DE SESIONES DE INTERVENCION.....	58
Sesión 1.....	59
Sesión 2.....	61
Sesión 3.....	63
Sesión 4.....	66
Sesión 5.....	68
Sesión 6.....	70
MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.....	74
ANALISIS DE CASO.....	88
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	95
BIBLIOGRAFIA.....	104
ANEXOS.....	111
Anexo 1 Consentimiento informado para padres.....	111

Anexo 2. Entrevistas ADIS (Versión padres).....	113
Anexo 3. Entrevistas ADIS (Versión niños).....	115
Anexo 4. SCAS .....	117
Anexo 5. CMAS-R.....	119
Anexo 6. CDI.....	121
Anexo 7. Registro de Conducta (ABC).....	123
Anexo 8. Auto registros.....	124
Anexo 9. ¿Qué paso?, ¿Que pensé?, ¿Que sentí?, ¿Que hice?.....	125

#### LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de sesión 1 de evaluación.....	35
Tabla 2. Descripción de sesión 2 de evaluación .....	39
Tabla 3. Descripción de sesión 3 de evaluación .....	43
Tabla 4. Descripción de sesión 4 de evaluación .....	46
Tabla 5. Verificación de criterios diagnósticos DSM 5.....	54
Tabla 6. Descripción de sesión 1 de intervención .....	59
Tabla 7. Descripción de sesión 2 de intervención.....	61
Tabla 8. Descripción de sesión 3 de intervención.....	63
Tabla 9. Descripción de sesión 4 de intervención.....	66

Tabla 10. Descripción de sesión 5 de intervención.....68

Tabla 11. Descripción de sesión 6 de intervención.....70

#### LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Genograma.....27

## RESUMEN

A continuación, se presenta el siguiente trabajo académico bajo la modalidad de estudio de caso único, para optar al grado en la maestría en psicología – profundización clínica de la universidad del norte. El estudio de caso comprende la evaluación e intervención desde el modelo cognitivo conductual del caso de un niño de 10 años con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron la escala de ansiedad manifiesta versión niños revisada, CMAS –R, Escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS), el cuestionario de depresión infantil (CDI), auto registros y registros, entrevistas ADIS versión padres y versión niños, lista de chequeo de síntomas DSM-5. Posterior al proceso de evaluación se construye el plan de intervención basado en las técnicas terapéuticas del modelo cognitivo conductual TCC.

El proceso de intervención estuvo fundamentado en el libro *tratamiento cognitivo conductual para trastornos de ansiedad en niños* de los protocolos kendall, p.c. (2010). y el libro de Barlow, (2017). *clinical handbook of psychological disorders in children and adolescents. a step by step treatment manual*. Estos dos manuales de tratamiento, presentan una secuencia paso a paso para la intervención efectiva en casos de niños con trastornos de ansiedad.

El proceso arroja como resultados el aprendizaje de estrategias para disminuir la activación fisiológica, nuevas y diferentes maneras de pensar un mismo evento, capacidad para identificar pensamientos catastróficos y debatirlos, las oportunidades estuvieron

centradas en las prácticas de crianza de los padres y en la dificultad en la eliminación y control de conductas reforzantes que mantenían el comportamiento del paciente.

### **ABSTRACT**

The following academic work is presented below under the single case study mode, to apply for a Master's Degree in Psychology - Clinical Specialization – at the Universidad del Norte. The case study includes the cognitive behavioral evaluation and intervention of a 10-year-old boy diagnosed with generalized anxiety disorder.

The evaluation instruments used were the CMAS – R manifest anxiety scale, revised children's version, Spence's children's anxiety scale (SCAS), the child depression questionnaire (CDI), self-assessments and other records, parents' and children's versions of ADIS interviews, and the DSM-5 symptom checklist. After the evaluation process, the intervention plan was structured using therapeutic techniques taken from the TCC cognitive behavioral model.

The intervention process was based on the book *Cognitive Behavioral Treatment For Anxiety Disorders In Children* of the Kendall protocols, p.c. (2010), and Barlow's book, (2017) *Clinical Handbook Of Psychological Disorders In Children And Adolescents, A Step By Step Treatment Manual*. These two manuals outline a step-by-step sequence for the effective intervention of children with anxiety disorders.

The end result of the process was learning strategies to reduce physiological activation, new and different ways of thinking about a same event, and the ability to identify and discuss catastrophic thoughts. Opportunities focused on the parents' parenting practices

and the difficulty of eliminating and controlling reinforcing behavior that allowed the patient's behavior to continue.

## INTRODUCCION

El presente documento expone el caso de un niño de 10 años, quien asiste a consulta llevado por sus padres quienes señalan como motivo de la misma que, “el niño presenta dificultades para permanecer dormido, se levanta diciendo que no puede dormir porque tiene miedo”.

Una vez conocido el motivo de consulta se realizan varias sesiones para ampliar información sobre la problemática de Juan (nombre ficticio con el que se denominara de ahora en adelante el niño), y continuar con la fase de administración de pruebas con el objetivo de determinar si la constelación sintomática presentada corresponde a algún tipo específico de trastorno de ansiedad, considerando evaluar la presencia los criterios diagnósticos para trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad de separación y de otros trastornos, que permitieran validar o rechazar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, para poder así mismo realizar un diagnóstico diferencial.

Del proceso terapéutico llevado a cabo con Juan, se describen nueve sesiones, de las cuales las 4 (cuatro) primeras correspondieron a la fase evaluación y las otras 6 (seis) sesiones restantes fueron parte de la fase de intervención clínica propiamente dicha, que estuvieron enmarcadas en el Modelo Cognitivo Conductual. El objetivo principal del proceso de intervención, se orientó hacia la disminución de síntomas cognitivos, fisiológicos, emocionales y conductuales de ansiedad presentados por el niño. No obstante, es relevante mencionar que uno de los factores de mantenimiento de mayor impacto en el caso, las



prácticas de crianza relacionadas con el manejo de los síntomas ansiosos de Juan, impidieron que se alcanzaran plenamente los objetivos propuestos, lo que permite concluir que gran parte de la superación de este y otros trastornos y problemáticas infantiles requieren la gestión de cambios en los factores de mantenimiento procedentes de las prácticas de crianza y cuidado tanto de padres y madres como de otros cuidadores involucrados.

El abordaje del caso y la presentación del mismo está regido por el Código Deontológico del Psicólogo (2006). Los cuales están referidos a que, el profesional está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información (Artículo 23) y a que cuando la evaluación o intervención psicológica se produce a petición del propio sujeto de quien el profesional obtiene información, esta sólo puede comunicarse a terceras personas, con expresa autorización previa del interesado y dentro de los límites de esta autorización (Artículo 24). Adicionalmente, se realiza el proceso de consentimiento informado, que culmina con el diligenciamiento del documento del mismo nombre el cual contiene datos sobre el proceso terapéutico paso a paso, los fines y forma en que será utilizada la información, especificando que su escritura y posterior uso de la misma, se realiza con fines académicos, protegiendo la identidad de los participantes y enfatizando que con el consentimiento informado se salvaguarda el interés superior del niño (Ver Anexo No 1).

Al finalizar se presentan la discusión, análisis y las conclusiones del caso.

### **JUSTIFICACION**

“En los trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión, se han encontrado factores comunes de riesgo tanto genéticos, neurobiológicos como ambientales” (Boomsma,

Van Beijsterveldt y Hudziak, 2005; Eley et al., 2003; Middledorp, Cath, Van Dyck y Boomsma, 2005; Wilamowska et al., 2010 citados por Ehrenreich. et al, p. 15).

Kennedy, Mash, Tawfik, por Ehrenreich (2017), indican que frecuentemente los trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión coexisten a elevadas tasas, puede ser de forma simultánea o secuencial, por lo tanto un niño con diagnóstico de un trastorno emocional, es bastante probable que experimente uno a mas trastornos adicionales (Angold, Costello y Erkanli, 1999; Leyfer, Gallo, Cooper-Vince y Pincus, 2013), además, los síntomas de ansiedad temprana en niños señalan un riesgo comparativamente mayor de sufrir trastornos de ansiedad futuros y otros trastornos emocionales relacionados, como la depresión (Brady y Kendall, 1992; Cummings, Caporino y Kendall, 2014; Keenan y Hipwell, 2005).

Padilla (2014), refiere que se estima que entre un 15% y un 20% de la población infanto-juvenil tiene algún trastorno de ansiedad, siendo este uno de los trastornos de demanda más frecuente en las Unidades de Salud Mental (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras, 2012). Los datos epidemiológicos, señalan que la edad media en los niños que sufren problemas de ansiedad es 13 años, es más frecuente en niñas, excepto trastorno obsesivo-compulsivo (Rodríguez de Kissack y Martínez, 2001). En cuanto a la etiología de la ansiedad generalizada, aunque aún se desconoce, hay mayor información sobre el origen y mantenimiento de los trastornos fóbicos (Sandín, Valiente y Chorot, 2009). Dentro de las causas que pueden suscitar un trastorno de ansiedad, se establecen factores relacionados con el estrés, el estilo educativo de los padres, el propio temperamento del niño, la vulnerabilidad de cada niño, y los factores sociales y culturales como elementos constituyentes en la aparición de trastornos de ansiedad en la infancia. Echeburúa y Corral (2006).

En población Occidental aproximadamente alrededor de 5% de los niños y adolescentes, generalmente, presentan síntomas correspondientes a algún trastorno de ansiedad, durante tiempo determinado (Rapee, Wignall, Spence, Cobham, y Lineham, 2009). En los niños la edad promedio de quienes lo padecen es de 13 años y se presenta de manera proporcional ambos sexos (Echeburúa, 1993, Citado por Orgilés, inglés, y Rosa, 2003, p.194).

Estudios epidemiológicos indican que los trastornos de ansiedad son los problemas psicológicos más diagnosticados en niños y adolescentes españoles y los de mayor demanda asistencial en las Unidades de Salud Mental (Echeburúa y Corral, 2009). En Colombia, según último reporte del Boletín de Salud Mental emitido en el año 2018 por el Ministerio de Salud, reporta que “en la adolescencia y la adultez son reportados con mayor frecuencia los trastornos de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica), otros trastornos de ansiedad especificados y los no especificados, entre otros. Los síntomas de ansiedad se pueden presentar solos o asociados con diferentes desórdenes mentales (trastornos mixtos).

Tayed, Agámez, Chaskel (2016), señalan que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) está caracterizado por un patrón de preocupación excesiva e incontrolable que causa deterioro en el funcionamiento diario y se acompaña de mínimo uno de los síntomas asociados en los criterios diagnósticos del DSM 5 (2014), durante al menos 6 meses. La preocupación no está dirigida a un solo aspecto o temática por lo regular se centra en la aprobación, la competencia, los eventos futuros y otras situaciones nuevas o poco familiares. En los niños con ansiedad es habitual que se presenten manifestaciones somáticas, como cefaleas, malestar estomacal, dolores musculares y alteraciones del sueño, esto hace que los padres inicialmente recurran al pediatra y no al psiquiatra, los niños también pueden

manifestar que se sienten intranquilos que no pueden estar relajados y pueden tornarse irritables cuando aparece la preocupación.

El Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), además es el trastorno que presenta una mayor asociación con el trastorno depresivo mayor, y esta asociación tiende a persistir hasta la vida adulta, y en los niños que se presentan ambos diagnósticos suelen presentarse más síntomas ansiosos y mayor compromiso funcional que los que solo presentan solo TAG. Los estudios de trastornos específicos sugieren, por su parte, que el trastorno de ansiedad generalizada presenta una asociación robusta con trastornos de ansiedad y depresión mayor en la adultez (Tayed, Agámez, Chaskel, 2016)

Estos mismos autores, refieren que, para realizar un diagnóstico de trastorno de ansiedad, debe existir impacto significativo o interferencia en alguna esfera del funcionamiento de la persona, a nivel escolar, familiar o social, generalmente las conductas de evitación que se desencadenan en la ansiedad generan interferencia en el funcionamiento de los niños, ya que los llevan a evadir muchas experiencias que sus pares disfrutan. Por otra parte, entre los factores objeto de investigación relacionados con los trastornos de ansiedad, los estudios de familia y de gemelos han señalado una significativa asociación entre la ansiedad en los padres y la de sus hijos, y un componente genético estadísticamente importante en varios trastornos de ansiedad (Tayed et al., 2016)

Mediante estudios de neuroimagen investigadores apuntan que una alta actividad en un circuito cerebral que conecta tanto el sistema límbico (emociones), la corteza prefrontal (planificación y toma de decisiones) como el mesencéfalo (movimiento, dolor y nivel de activación) podría ser relevante en la transmisión de la ansiedad de padres a hijos, que se puede observar desde la primera infancia. Quijada (2015) afirma que "El exceso de actividad

de estas tres regiones del cerebro se debe a alteraciones hereditarias que están directamente relacionadas con el riesgo de desarrollar ansiedad y depresión más tarde, y es un gran paso en la comprensión de las bases neuronales de la ansiedad (...). Esas alteraciones, resaltan los investigadores, no son estructurales (de tamaño), sino funcionales o metabólicas y constituyen precisamente el punto crítico que inclina la balanza genética peligrosamente hacia un mayor riesgo de ansiedad y depresión” (p.1).

El artículo publicado por Healthy Children (2019), revela que dentro de los factores que inciden en la manifestación de trastornos mentales, se encuentra la regulación epigenética, que afecta la forma en que una persona reacciona a los factores ambientales y puede impactar la probabilidad de desarrollo de un trastorno mental a raíz de esto. Como la epigenética no es constante a través del tiempo, esto hace que el gen puede estar activo o inactivo, y que debe coexistir para que se desarrolle un trastorno mental.

A pesar de la evidencia genética relacionada con el origen de los trastornos de ansiedad, estos generalmente involucran un gran componente ambiental, como anteriormente se señala, entre ellos, específicamente en los trastornos de ansiedad infantil, se resalta el factor parental, una vez que se ha demostrado que los padres con diagnósticos de trastornos de ansiedad suelen utilizar pautas de crianza que inciden en el riesgo de ansiedad de sus hijos; por ejemplo, se ha encontrado que los padres de niños ansiosos suelen fomentar, directa e indirectamente patrones de respuesta poco adaptativos ante situaciones ambiguas, presentar conductas intrusivas o controladoras, y modelar ellos mismos las conductas ansiosas a sus hijos. Por lo tanto, la asociación familiar entre la ansiedad de padres e hijos bien puede ser el resultado de efectos directos de estas conductas, o puede darse a través de las interacciones paterno-filiales, en asociación con la predisposición genética (Tayed et al., 2016)

Es importante, considerar que las causas de la ansiedad y la depresión, tanto como síntomas como trastornos; son multifactoriales. Los factores que guardan relación con la familia podrían actuar como elementos causales en el caso de síntomas reactivos, pero como factores desencadenantes o de mantenimiento en el caso de los trastornos ansiosos y depresivos (con gran predisposición biológica). El impacto o afectación en cada familia puede ser diferente y estar asociado con otros factores psicosociales (Vargas, 2014).

Ahora bien, asumiendo los planteamientos de Barlow (2002), sobre la causalidad de los trastornos de ansiedad con su propuesta de la triple vulnerabilidad como paradigma explicativo de la etiología de este tipo de trastorno, los factores anteriormente mencionados genética, crianza y contexto dan cuenta de dichos elementos contribuyentes, resaltando la importancia de tenerlos en cuenta tanto en explicaciones sobre la génesis como en los posteriores abordajes terapéuticos.

### **AREA PROBLEMÁTICA**

El miedo representa un primitivo sistema de alarma que le permite al niño evitar situaciones altamente peligrosas. El miedo, es una emoción compleja experimentada durante el transcurso de la vida, aunque las situaciones que lo generan van cambiando con la edad. El desarrollo biopsicosocial, en cada etapa evolutiva (infancia, adolescencia, etc.), señala como aparecen y remiten unos miedos, como surgen otros nuevos para adaptarse a las volubles demandas del medio (Pelechano, 1982). Para Barlow (2002), el miedo es una alarma primitiva que se activa para responder a un peligro inminente, que genera una intensa activación tendiente a la acción. Sandin (1997), refiere que durante la infancia los miedos son muy frecuentes, de manera que la generalidad de los niños menciona por lo menos un miedo o temor importante (Sandin, 1997).

Caballo (2005), agrega que, los miedos son acontecimientos habituales, frecuentes, y de tipo adaptativo, presentes usualmente en la infancia y adolescencia. No obstante, el miedo puede llegar a organizarse como un trastorno fóbico, creando un malestar clínicamente significativo incidiendo de manera negativa en el área familiar, escolar y/o social de los niños que lo presentan, lo que se añade a los síntomas experimentados, impactando su desarrollo integral, su salud mental y bienestar (Méndez, Ingles, Hidalgo, García y Quiles 1997).

Los miedos son parte inherente a la evolución de la especie humana, permiten la supervivencia cuando de manera automática se activa el sistema de alerta, activar automáticamente el sistema que involucra las respuestas de lucha o escape ante situaciones de riesgo o amenaza. El miedo a los extraños y el temor a separarse del cuidador principal, es un miedo típico que generalmente aparece alrededor de los nueve meses de edad (...), la cantidad de miedos que se presenten variarán levemente con respecto al niño, pero en general todos los niños experimentarán temores los cuales se presentarán en momentos similares y, con el crecimiento y desarrollo comenzarán a mostrar otros temores naturales (Rappee, Spence, Cobham, Wignall y Lineham, 2000).

El miedo hace parte del desarrollo y maduración del ser humano, por lo tanto, en la infancia no sólo cumple una función protectora frente a los peligros inminentes; sino que también puede cumplir un papel importante como factor a favor del vínculo entre el niño y las personas que lo cuidan (e.g., los padres) (Sandín, Chorot, Valiente y Santed, 1997).

El miedo a ciertos animales como arañas y perros, al agua, oscuridad, y a lo sobrenatural (fantasmas y monstruos), inician su aparición a temprana edad, y como se mencionó anteriormente, están muy relacionados con su proceso mismo de desarrollo cognitivo emocional, social y conductual. Hacia la mitad de la infancia, socialmente los niños

comienzan a ser más conscientes de los otros niños, puede aparecer la timidez, desarrollando un fuerte deseo de adaptarse y de vincularse socialmente. Estas preocupaciones generalmente van en aumento durante los años siguientes y su punto máximo en la mayoría de los casos, es alcanzado cuando la apariencia de un adolescente y lo que los otros niños piensan de él o ella se convierten en las cosas más importantes del mundo (Rappee, et al., 2000).

Si bien se espera la aparición de miedos como parte del proceso de desarrollo, cabría diferenciar cuando dichos miedos podrían ser anormales o desadaptativos. Según Rappe et al., (2000), simplemente no existen miedos anormales, todos los temores son normales, algunos son simplemente más intensos y extensos que otros. Incluso los temores que pueden parecer extraños al principio, como el miedo a los gérmenes que hacen que un niño se lave mucho, pueden considerarse simplemente como miedos normales que se han vuelto demasiado extremos (Rappee, et al., 2000), es decir, que lo que los hace “anormales” o desadaptativos puede ser su frecuencia de aparición, su severidad o intensidad, su interferencia con actividades cotidianas, y, su adecuación a la etapa de desarrollo de los niños.

De igual manera cabe diferenciar el miedo de la ansiedad. “El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación con un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se ve reducidos por conductas evitativas generalizadas” (DSM-5 2014, p. 189).



Según Fernández Abascal (1997), la ansiedad es en principio un conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas garantes de la supervivencia de las personas y a la vez es la reacción que produce la mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales y psicofisiológicos. Hay quienes consideran que la ansiedad es una característica central en casi todos los trastornos psicopatológicos (Sandín y Chorot, 1995), y proponen considerar los trastornos de ansiedad en un continuo, en el que los distintos tipos de ansiedad no serían más que manifestaciones de un mismo trastorno básico. Esta consideración se apoya en que los aspectos nucleares de este trastorno representan procesos fundamentales de todos los trastornos emocionales (Zinbarg y Barlow, 1991, citado por Rovella y Gonzales, 2008).

## **OBJETIVOS**

### *Objetivo general*

– Describir Diez sesiones del proceso terapéutico, llevado a cabo con un paciente de 10 años con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

### *Objetivos específicos*

– Describir cuatro sesiones del proceso de evaluación llevado basado en el modelo terapéutico cognitivo conductual.

– Describir el tratamiento cognitivo conductual a partir de proceso de evaluación y formulación del caso

– Evidenciar los resultados obtenidos en la implementación de las técnicas Cognitivo-Conductuales, basadas en el modelo de la TCC, teniendo en cuenta el protocolo de kendall.

### *Tipo de estudio*

“Según Yin (1989), el estudio de caso es un método que ha sido considerado como una herramienta valiosa de investigación, teniendo como mayor fortaleza la posibilidad de medir y registrar la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información verbal obtenida a través de encuestas por cuestionarios” (Martínez, 2006, p. 179).

“El estudio de caso es un método que permite obtener la información a través de diversas maneras, utilizando fuentes tanto cuantitativas como cualitativas, tales como documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones u objetos físicos (Chetty, 1996, citado por Martínez, 2006, p.167). De allí que Eisenhardt (1989), citado por Martínez (2006, p. 174) conciba “un estudio de caso contemporáneo como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría”.

Chetty (1996) indica que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa que tiene múltiples ventajas entre estas: sirve para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren, permite estudiar un tema determinado, es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas, permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable, permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo que además, permite la aparición de nuevas señales sobre los temas

que emergen, y juega un papel importante en la investigación, por lo que no debería ser utilizado meramente como la exploración inicial de un fenómeno determinado.

La metodología de estudio de caso, en el presente trabajo es planteada con fines académicos porque permite el análisis de la información obtenida, que puede ser tratada tanto de manera cuantitativa como cualitativa, permitiendo explorar de manera singular la multicausalidad de la conducta del paciente, y de manera más profunda, ampliar el conocimiento, generando diversidad de análisis, propuestas de intervención, nueva investigaciones inmediatas y a futuro, e incluso es una metodología que permite la creación de nuevas hipótesis y teorías.

## **HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE**

### *Identificación del paciente*

Juan de 10 años, inicia grado 6° en un colegio privado de la ciudad. Es parte de una familia nuclear compuesta por padres, y hermana de 2 años.

### *Motivo de consulta:*

Los padres de Juan, en la primera consulta, manifiestan que: “Juan es muy nervioso, se despierta a la madrugada, se levanta de su cama, se para en la puerta del cuarto de nosotros llorando, diciendo que tiene miedo y que no puede dormir, no nos deja tampoco dormir, interrumpiendo nuestro sueño y esto se ha convertido en un problema, porque no nos deja descansar, y es una peleadera en la madrugada”.

Los padres refieren que esta situación inicia desde que él tenía 8 años, desde que una noche empezó a despertarse a las 3:00 a.m., buscando a los padres para que lo acompañaran a dormir, mencionándoles que tenía miedo, que no podía volver a dormirse,

porque al cerrar los ojos aparecía en su mente la imagen de un oso con “dientes sangrientos”, imagen que el niño refiere haber visto ese día en la ruta escolar cuando unos niños estaban viendo un video de un oso que tenía dichos dientes. En esa oportunidad los padres permitieron que Juan durmiese con ellos; este comportamiento comenzó a presentarse a diario y las respuestas parentales frente a esta conducta fue dejarlo dormir en la cama de sus padres. Como se mencionó, el comportamiento continúa en la actualidad y cuando Juan no va al cuarto de los padres, (lo cual sucede entre dos o tres días en la semana), lo descubren acostado al lado de su hermana, con quien comparte el cuarto.

Adicionalmente mencionan que esta situación “no les permite descansar, pasar toda la noche tranquilos; en ocasiones esta conducta de Juan genera enojo en el padre quien cuando no accede a las peticiones de este, se levanta enojado y lo grita. Algunas veces después de gritarlo va lo consiente, y lo acompaña al cuarto a dormir”. La madre menciona que, en ocasiones para evitar el enojo y el regaño del padre, se levanta y se acuesta a dormir en la cama del niño el resto de la noche.

*Descripción sintomática:*

Los síntomas descritos por los padres son: presencia de insomnio de conciliación, cuando es hora de dormir en las noches y comienza a oscurecer, Juan empieza a sentir intranquilidad, o nerviosismo, y manifiesta a sus padres que “no quiere ir a dormir solo”, que “no quiere cerrar los ojos porque siente miedo”, entonces los padres lo acompañan a dormir. Una vez ya está dormido, a la madrugada alrededor de las 3:00 a.m., se despierta, presentando insomnio de mantenimiento; cuando se despierta, Juan refiere que “se pone nervioso, que el corazón le empieza a latir muy rápido, que empieza a sudar, tiembla, y se dirige al cuarto de los padres, los despierta para que lo acompañen en su cuarto, o se queda parado en la puerta

del cuarto de los padres llorando, o al lado de alguno de los dos, hasta que estos se despierten y se vayan a dormir con él a su cuarto”. Los padres expresan que “ni en época escolar, o cansado, lo deja de hacer, y que dura aproximadamente 30 minutos o más, esperando que alguno se levante a acompañarlo en las madrugadas y en las noches puede durar mucho más tiempo hasta que alguno lo acompañe a dormir”.

Durante las sesiones Juan la mayor parte del tiempo llora al hablar de sus miedos, le tiembla la voz, y los labios. El contenido del pensamiento es mágico, relacionado con aparición de seres inanimados a una hora determinada, como por ejemplo: “a las tres de la mañana pueden aparecer los espantos, los espíritus, el oso con dientes sangrientos, por eso no quiero estar solo en mi cuarto a esa hora”; Juan también presenta ideas de tipo catastrófico, relacionadas con sus padres, tales como: “me da miedo que mis papas se mueran”, “me da miedo que mis papas se separen”, “y si mi papa se va de viaje a España y no lo vuelvo a ver porque tenga un accidente”, “que tal que nos quedemos sin dinero”; “si mi mamá se hace la cirugía, que tal que se muera”. Estas ideas catastrofistas también están presentes en situaciones como: cuando cimbran las ventanas por el viento, en su apartamento ubicado en el 7 piso, piensa que el apartamento se va a caer. Se asusta, se activa fisiológicamente cuando llueve y escucha los truenos.

También exhibe anticipación negativa (pensamientos negativos) como cuando estaba ahorrando para comprar un nuevo aparato electrónico, y decidió vender helados: “qué tal que no pueda vender mis helados y no alcance a reunir la plata para comprar mi Play Station”, distorsiones cognitivas de sobregeneralización “y si me va mal en el colegio y pierdo el año si pierdo un examen”, manteniendo un sesgo atencional hacia lo negativo (atención selectiva), “la sombra en la pared que se refleja por la luz, es un fantasma, o es el oso con

dientes sangrientos”. Todos estos pensamientos, distorsiones cognitivas, y sesgos atencionales generan, o favorecen la manifestación de a angustia en Juan.

Juan expresa que cuando tiene miedo siente que “no puede respirar, que el corazón se acelera, le dan ganas de ir a orinar y le duele el estómago”. Los padres de Juan cuando lo increpan por “estresarse” de esa manera, dicen que Juan se enoja, y se torna irritable, alzando el tono de la voz y llorando.

Los padres de Juan refieren que Juan “se estresa por todo”, que “llora por todo”, que, si escucha que los padres están discutiendo, “se pone a llorar”, y les pregunta si se van a separar. Le preocupa que sus padre esté pensando en viajar a otro país, le dice a su padres: “qué tal que no vuelva a ver a mi papá porque sufra un accidente y muera”, “refiere que no quiere que la mama se haga la cirugía bariátrica por temor a que fallezca”, los padres mencionan que le preocupa que tiemble, que caigan rayos, cuando tiene un emprendimiento se anticipa de manera negativa sobre las ventas que va a realizar, “que tal que no venda nada, que tal que no alcance a recoger el dinero que necesito para la consola de Play”. Todas estas expresiones, son reflejo de la anticipación de carácter negativo que tiene frente a cualquier situación, preocupándose de manera reiterativa, esto genera en el niño generalmente llanto, dificultades para dormir

### *Historia personal*

Juan es el hijo mayor de su familiar nuclear; fue único nieto y sobrino hasta los cinco años, y único hijo hasta los ocho años; fue cuidado alternadamente por sus abuelas materna y paterna, esta última con diagnóstico de trastorno de ansiedad y depresión , quien recibe medicación como parte de su tratamiento y esta medicada, y es descrita por los padres como una persona “extremista, temerosa”, a quien no le revelan a donde van a salir o a viajar

porque catastrofiza las situaciones, y no deja de llamar por estar, según los padres, en estado de preocupación permanente.

A los dos meses de gestación de Juan, la madre es diagnosticada con Tenosinovitis de Quervain, que es una afección dolorosa que afecta los tendones de la muñeca del lado del pulgar (Mayoclinic.org.2018). Y aunque no es una enfermedad que afecte al feto, le genera incapacidad laboral temporal, que se extendió con los meses y le impidió trabajar durante el resto del embarazo, hecho que propició, según ella misma refiere, angustia porque sus ingresos se disminuyeron, en momentos en los que tenían múltiples compromisos económicos, y que en la medida en que los meses transcurrieron, produjo en ella mayor estrés. La madre refiere que lloraba mucho, y que sufrió de insomnio debido a las por las preocupaciones mencionadas.

Durante el embarazo la madre de Juan recibe cuidados prenatales, no informa ingesta de ningún tipo de medicación, y niega consumo de alcohol o sustancias Psicoactivas. Este fue un embarazo a término, con nacimiento por cesárea debido a macrosomía fetal, con neonato presentando peso 3750 gramos, con reporte pediátrico de normalidad.

Los padres describen que el temperamento de Juan al nacer era fácil, dado que no fue un niño irritable, dormía toda la noche, y se calmaba fácilmente; señalan que el llanto “por cualquier cosa” aparece a los dos años. También informan que, entre el año y los dos años, empieza a tener dificultades para quedarse dormido, “volteaba mucho”, y los padres lo paseaban en el carro para que se quedara dormido. A esta misma edad, fallece tío materno, y los padres regresan a Juan al cuarto marital, para que duerma con ellos en la cama, después de que el niño había logrado dormir solo en su cuarto desde temprana edad. Esto ocurre porque

la madre refiere que tenía la creencia de que su hermano fallecido como “quería tanto al niño podía aparecer en el cuarto de este en la noche”.

Su desarrollo psicomotor se da de acuerdo con los hitos del desarrollo esperados. Gateo a los ocho meses, camina al año, el lenguaje estructurado, claro y fluido se evidencia a los dos años y medio. Control de esfínteres al año y medio. Desde bebé los padres refieren que tenía sobreingesta, según éstos, “comía mucho” y ello continua en el presente, tanto que actualmente presenta sobrepeso, por que come frecuentemente, y en ocasiones comida poco saludable, siendo sus padres los que mantienen estos hábitos alimenticios poco saludables al comprarle comidas rápidas cuando este se los pide, en la actualidad madre de Juan presenta sobrepeso y está a la espera de realizarse cirugía bariátrica y Juan de manera constante le pide que no se la haga, llora al abordar el tema y le refiere que teme que ella fallezca en dicha cirugía.

En la crianza, el padre de Juan no le permitía, y aun no le permite ensuciarse con comida, o tierra, debido a que es muy “riguroso” y exigente con el aseo y el orden; en la actualidad se molesta si lo ve sin zapatos en casa, o si accidentalmente riega algo. El estilo de crianza de la madre es de tipo permisivo, es flexible, tolerante, se enoja con Juan, pero fácilmente cambia de parecer y cede ante las demandas del niño.

A nivel social sus relaciones interpersonales son escasas, refiriendo que al inicio de la etapa escolar durante los tres primeros años señala haber sido víctima de Bullying, los niños lo molestaban por el peso, le decían gordo, no jugaban con él, y la madre refiere que lloraba mucho y que la adaptación al colegio fue muy difícil, alegaba no querer ir a estudiar. Lo cambiaron de Colegio y en el colegio actual, solo tiene un amigo, y dos en la unidad donde vive, refiere que no tiene muchos amigos porque la mayoría juegan futbol y el no. No le gusta



mucho salir, le gusta permanecer en la casa jugando video juegos. Exhibe un comportamiento con pares de tipo inhibido, expresado en conductas restrictivas de socialización, aislamiento, preferencia por juegos de interacción on line, escasa interacción directa con pares fuera de los juegos en línea.

A los ocho años al darse el nacimiento de su hermana, los padres intentan poner fin a sus dormidas con ellos, pensando que “una vez la hermana fuera creciendo el espacio en la cama no sería suficiente para los cuatro”, por lo cual Juan debe volver a dormir en su cuarto. Actualmente, Juan comparte el cuarto con su hermana, aunque duermen en camas diferentes.

### *Historia familiar*

Los padres de Juan están casados hace catorce años, ambos trabajan en el sector de la salud en el área administrativa, profesionales, la madre se desempeñó laboralmente como enfermera hasta que Juan tuvo cinco años; actualmente tiene un cargo administrativo en el área de liquidación en una institución de salud. El padre de Juan trabaja en el área de ventas en el sector farmacéutico.

Cuando Juan tiene cinco años, el padre es diagnosticado con artritis, por lo cual tuvo que permanecer en casa con incapacidad médica por un mes, sometido a tratamiento que genera gastos excesivos que debió asumir estando en condición de desempleo (durante 1.6 años), situación que desencadenó depresión, clínicamente diagnosticada.

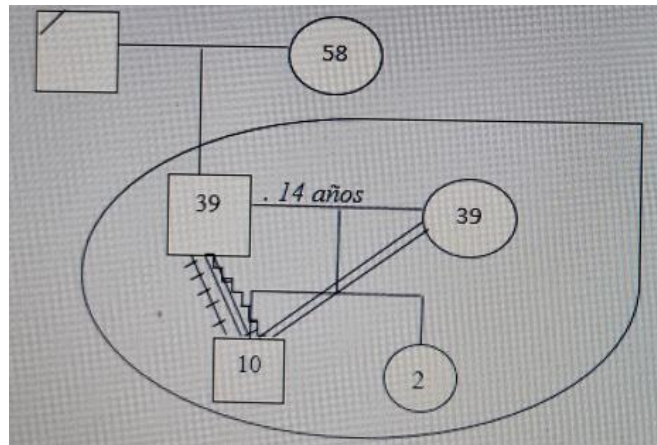
El padre de Juan quien es su cuidador permanente desde hace aproximadamente tres años y medio, debido a que las funciones de su empleo puede llevarlas a cabo desde casa, se describe con “temperamento fuerte”, refiere que “es estricto y poco flexible, en la mayoría

de las situaciones”, aunque en algunas ocasiones es permisivo. La madre de Juan por su parte es flexible, y permisiva la mayor parte del tiempo.

Cuando Juan tenía ocho años, antes del nacimiento de su hermana, la madre sufrió tres síncope, por hipotensión, y dos de ellos sucedieron en presencia de Juan. En ese momento la reacción de Juan es llorar, gritar, y salir en busca de su abuela materna quien también reside en el mismo edificio de la unidad residencial donde viven Juan y sus padres. Refieren los padres que a partir de ese momento Juan presenta miedos relacionados con la posibilidad de fallecimiento de sus padres, especialmente de la madre. También mencionan que ellos intentan no magnificar la situación, sin embargo, cuando se han presentado los síncope las reacciones han sido de angustia, llanto, y preocupación.

Posterior a estos eventos, al nacer la hermana de Juan, a los ocho días después de la cesárea, la madre sufre una trombosis venosa y entra en coma por ocho días. Durante la hospitalización de la madre Juan va con su abuela paterna al hospital a “visitar” a la madre, y en una ocasión, el ascensor donde iban presenta una falla, se detiene e impide salida durante varios minutos. Frente a la situación, la abuela presenta un ataque de pánico, durante el cual llora, presenta dificultad para respirar, y deben auxiliarla, mientras Juan entra en llanto.

### *Genograma (núcleo familiar primario)*



*Figura No 1*

El grupo familiar primario de Juan está compuesto por sus padres, ambos de 39 años, quienes están casados hace 14 años, quienes tuvieron dos hijos biológicos, la hermana de Juan de dos años y Juan de 10. La familia de Juan se encuentra en la etapa del ciclo vital relacionada con la crianza de los hijos que se encuentran en etapa infantil y escolar.

Juan y sus padres mantienen un vínculo estrecho, aunque la relación con el padre en ocasiones es hostil, y estresante, debido a las restricciones y exigencias del padre.

Una vez descritas las características más importantes el entorno familiar del paciente, se presenta a continuación el proceso evaluativo llevado a cabo.

### *Proceso de Evaluación*

El proceso de evaluación se llevó a cabo iniciando con una entrevista inicial estructurada, con el objetivo de recoger información sobre datos sociodemográficos, historia personal, desarrollo, infancia, historia familiar y el motivo de consulta; a partir de la segunda sesión, se utilizaron otras herramientas de evaluación, la entrevista estructurada Anxiety

Disorders Interview Schedule for Children (ADIS), versión padres y niños, traducidas por Silverman (2002), (Anexos 2 y 3). La versión de la entrevista en niños persigue el objetivo de identificar síntomas fisiológicos, motores, cognitivos relacionados con la ansiedad, como también la intensidad de las preocupaciones y la especificación directa de las preocupaciones que el mismo niño refiere. La entrevista versión padres pretende identificar sintomatología ansiosa en el niño, percibida por los padres.

Además, se evalúa presencia de síntomas de ansiedad, a través de otras escalas como la Escala de Ansiedad para niños de Spence, Spence Children's Anxiety Scale (SCAS, 1999), (Anexo 4). También se utilizó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños- Revisada CMAS-R (Reynolds y Richmond, 1978), (Anexo 5) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI) Children Depression Inventory, Kovaks (1992), (Anexo 6). Adicionalmente, se utilizaron registros de conducta diligenciados tanto por padres como por el paciente. Se utilizaron criterios diagnósticos para de trastorno de ansiedad establecidos en el Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM- 5, Quinta Edición (2014)

Estos instrumentos se administraron al iniciar el proceso terapeutico en la fase de evaluacion, para realizar el diagnostico, identificar el nivel de ansiedad y factores generadores de la misma, asi como tambien poder analizar y determinar objetivamente, los sintomas manifiestos en cada uno de los canales fisiologico, cognitivo, motor y emocional/afectivo. Se utilizan tres instrumentos de evaluacion, dos (CMAS-R y Escala de Spence) para confirmar o descartar a traves de estos la presencia de ansiedad como trastorno, e identificar hacia donde estaba dirigida y el tipo de ansiedad presente debido a que los sintomas y problemática expuesta señalaban sintomas tanto para trastorno de ansiedad generalizada como para ansiedad por separacion, asi como tambien se utiiza el CDI, por la presencia de labilidad

emocional que sugería síntomas de depresión que debían ser igualmente evaluados para descartar y/o corroborar.

Después de haber descrito las variables del caso, y mencionar los instrumentos que hicieron parte del proceso, se detallan las características de los mismos, los objetivos de aplicación, administración, fiabilidad y validez.

A continuación, se detallan las características de las pruebas utilizadas en la fase de evaluación:

*La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños- Revisada CMAS-R (Reynolds y Richmond, 1978)* fue muy reconocida originalmente, tanto como instrumento clínico, así como instrumento de investigación. Por su parte, Koppitz (1982), citado en el manual de la prueba, informa que la CMAS-R es particularmente útil como parte de la evaluación de la personalidad a niños en edad escolar.

“La CMAS-R, subtitulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños, y adolescentes de 6 a 19 años. Este instrumento puede aplicarse de manera individual, o a grupos de personas. El niño responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Si” o “No”. La respuesta “Si”, indica que el reactivo por lo general está describiendo los sentimientos o acciones del niño, mientras que la respuesta “No”, indica que el reactivo por lo general no lo está describiendo” (Reynolds y Richmonds, 1997, p.7)

“La CMAS-R brinda cuatro puntuaciones de subescalas, además de la puntuación de Ansiedad Total. Estas subescalas se denominan: a) Ansiedad fisiológica, b) inquietud/hipersensibilidad, c) Preocupaciones sociales/concentración y d) de Mentira. Debido a que los resultados se derivan de las respuestas afirmativas del niño, una puntuación

elevada indica un alto nivel de ansiedad o mentira en esa subescala” (Reynolds y Richmonds, 1997, p.7)

La versión que se utilizó del CMAS-R fue la versión traducida al español la cual de acuerdo a lo expuesto por (Viveros, 2014 p. 15), esta escala ha tenido variados usos tanto en el ámbito clínico como en el investigativo, siendo utilizada para evaluar ansiedad en niños escolarizados con ideación suicida (de la Torre, Cubillas, Román y Abril, 2009), la manifestación de ansiedad en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano (Pompa y Montoya, 2011). En Colombia ha sido utilizada para determinar las características de la ansiedad manifiesta en población escolarizada infantil (Escobar, Paz y Sánchez-Martínez, 2006), como también para evaluar las asociaciones entre los estados emocionales y las alteraciones neuropsicológicas (Utria, Rivera y Valencia, 2011).

*La Escala de Ansiedad para Niños de Spence, SCAS (Spence Children's Anxiety Scale, 1999)*

Esta escala según, Hernández, et al. (2010), tiene como objetivo medir los trastornos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia, ofrece ventajas sobre las demás como, sensibilidad a los cambios ejercidos por el tratamiento, capacidad para discriminar entre muestras clínicas y de población general, aplicación transcultural y, muy especialmente, apego a la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad más comunes del DSM-IV-TR (APA, 2002).

La escala es un autoinforme, construida por Spence (1997) en Australia; consta de 44 ítems. Tiene como objetivo investigar varios síntomas de ansiedad en niños de la población en general. Los estudios realizados por su autora han corroborado la coincidencia de su

estructura factorial con la clasificación propuesta originalmente por el DSM-IV (APA, 1994) de 7 trastornos de ansiedad. Seis ítems miden ansiedad de separación, 6 ítems trastorno obsesivo-compulsivo, 9 ítems ataques de pánico y agorafobia, divididos en 6 y 3 ítems respectivamente, 6 ítems evalúan fobia social, 6 ítems ansiedad generalizada, y por último 5 ítems evalúan miedo al daño físico. La escala tiene 6 ítems que no entran en la calificación porque su objetivo es disminuir el impacto del sesgo negativo que produzca el listado de problemas. Se califica en una escala de 4 opciones a las que se les otorgan valores de 0 para Nunca, 1 A veces, 2 Muchas veces y 3 Siempre (Hernández, et al., 2010)

En cuanto a su validez y confiabilidad, Hernández et al., (2010), refieren que existe un número importante de instrumentos para evaluar la ansiedad en niños y adolescentes de habla inglesa y de hispanohablantes.

*Inventario de Depresión Infantil CDI "Children Depresión Inventory", Kovaks (2004)*

El inventario de Depresión infantil es uno de los cuestionarios más utilizados, específicamente el modificado por Kovacks (1991). Este cuestionario fue creado, validado y estandarizado por Kovacks en el año 1977, con el objetivo de realizar una prueba auto aplicada que permitiera identificar síntomas depresivos en niños en edades entre los 7 y 17 años; en la actualidad el cuestionario más utilizado es el modificado de Kovacks (1992).

Ezpeleta (1990), señala que el CDI es uno de los test más usados para la evaluación de la depresión infantil ya que comprende un rango de edad específico, abarca un gran número de síntomas depresivos y presenta adecuadas propiedades psicométricas; además de ser un instrumento de evaluación de fácil aplicación y calificación (Segura, Posada y Ospina, 2010)

Última versión del CDI consta de 27 ítems, cada uno con tres opciones de respuesta que evalúan la intensidad o frecuencia de emociones, pensamientos, o conductas. Los datos obtenidos de las respuestas del niño ofrecen información sobre el nivel de depresión total del niño, y sobre las dos escalas que se evalúan: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad etc.). Las características psicométricas de la prueba desde el inicio de su utilización han sido objeto de investigación por múltiples investigadores, arrojando resultado que avalan la fiabilidad en su uso. Así mismo es una prueba que a través de los trabajos realizados sobre ella, ha arrojado evidencias de validez concurrente: correlación entre el CDI y otros instrumentos que evalúan sintomatología depresiva en población infantil y adolescentes, validez de constructo: con evidencia de relación entre constructo teórico y otros relacionados con la dimensionalidad y estructura factorial del instrumento, validez de criterio: los expertos en su mayoría señala que la diferencia significativa de medias entre población de niños y adolescentes deprimidos y normales constituye una prueba de validez criterial del CDI (Kovacks, 2004).

Este instrumento ha sido utilizado en investigaciones realizadas con población colombiana infantil y adolescentes, en estudio de estandarización del Inventario CDI en niños y adolescente entre 12 y 17 años, del Municipio de Sabaneta del Departamento de Antioquia-Colombia, se concluye que el instrumento es útil tanto para la identificación de síntomas como para el diagnóstico y evaluación de la Depresión Infantil en la población para la cual fue validada (Segura et al., 2004).



*Entrevistas estructuradas para evaluar Ansiedad Generalizada en Niños. Silverman, (1991)*

Las entrevistas estructuradas específicas ADIS, para la detección de síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada versión niños y padres traducida (Silverman, 1991) que en niños persigue el objetivo de identificar síntomas fisiológicos, motores, cognitivos relacionados con la ansiedad, como también la intensidad de las preocupaciones y la especificación directa de las preocupaciones que el mismo niño y sus padres refieren.

Entre varias herramientas de evaluación de síntomas de ansiedad se encuentran las entrevistas tanto estructuradas como semiestructuradas, para evaluar ansiedad esta la entrevista semiestructurada ADIS-IV (Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV) elaborada por Brown, Di Nardo y Barlow (1994), se lleva a cabo de manera heteroaplicada evaluando trastornos de ansiedad y trastornos comórbidos más comunes como por ejemplo: del estado de ánimo, abuso y dependencia de sustancias, trastornos somatomorfos, entre otros; también se recomienda para evaluar efectividad de tratamientos, basados en los indicadores cualitativos del trastorno identificado (Toro, Nieto, Mayorga y Montaña, 2013, p.178).

El ADIS-IV-C ha mostrado tener una fiabilidad test-retest excelente (0,63-0,80) para los trastornos de ansiedad, incluida la fobia social (Silverman, Saavedra y Pina, 2001) y se ha informado, a su vez, de una gran concordancia entre evaluadores ciegos respecto del grupo al que pertenecían los niños (coeficientes de correlación que van de 0,82 a 0,95 (Sánchez y Olivares, 2009, p.7)

### *Auto registros*

El autoregistro es un método muy práctico y eficaz para evaluar la conducta de un individuo en su ambiente natural, fuera de la clínica o en el laboratorio (McNeil, Ries y Turk, 1995). Como herramienta de evaluación de la conducta observada, se encuentran la autoobservación y el autoregistro, utilizadas para medir la aparición de una conducta, facilitan el registro contingente de la conducta en el mismo momento de su ejecución. Los registros de conducta al evaluar tienen presente algunas variables importantes: hora en que se presentan las conductas, la fecha, lugar donde se da la conducta-problema, personas presentes, intensidad, duración de la dicha conducta, que está haciendo la persona cuando esta aparece, que se está pensando, sintiendo (antes, durante y después de la conducta problema), las consecuencias de esta (Registros de conducta Anexo 7). Esta herramienta de evaluación sirve para identificar conductas ineficaces., posterior a este deben identificarse las circunstancias que concurren con la conducta que se está analizando, para identificar y después modificar los antecedentes y las consecuencias de la conducta”

(<https://estrategiaseduc.wordpress.com/estrategias-2/adaptacion-social/autorregistro/>).

Otro de los registros utilizados durante la fase de evaluación, fueron elaborados por el centro de psicología aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid, Autoregistros de emociones y pensamientos

([https://www.academia.edu/36101085/AUTORREGISTRO\\_DE\\_EMOCIONES\\_Y\\_PENSAMIENTOS](https://www.academia.edu/36101085/AUTORREGISTRO_DE_EMOCIONES_Y_PENSAMIENTOS)) (Ver Anexo No 8). Estos registros fueron diligenciados por cada progenitor y por el niño.

### *Descripción detallada de sesiones de evaluación*

A continuación, se realiza la descripción de las 4 sesiones correspondientes a la fase de evaluación, cada una de las cuales contará con igual formato, en primera instancia se titula el número de sesión correspondiente; posteriormente se señala el objetivo de la sesión, para proseguir con el desarrollo de esta, y finalizar con el resultado de los instrumentos o escalas administradas, las conclusiones y actividades asignadas para la siguiente sesión.

Tabla 1.

#### Descripción Sesión 1 de Evaluación

ITEM		DESCRIPCION
<b>No. Sesión</b>	1	Entrevista inicial, motivo de consulta
<b>Objetivo</b>	Obtener información sobre motivo de consulta e historia personal.	La sesión inicia con la presentación de la psicóloga, y elementos en los que se enmarca su abordaje terapéutico desde del Modelo Cognitivo Conductual – coparticipación, realización actividades para logro de aprendizaje de objetivos y cambio de comportamientos, fases y formas del proceso terapéutico-. Una vez entregada esta primera información, a los padres se les explica que inicialmente se hará una entrevista estructurada, con preguntas orientadas a la

---

recolección de datos precisos de identificación de Juan, nombre, edad, grado escolar, colegio, residencia, edad, nombre y ocupación de las personas con quien vive, los antecedentes personales y familiares de salud mental y física, embarazo, parto y desarrollo.

Esta primera sesión se lleva a cabo con los padres sin la presencia de Juan, y se escucha la razón inicial por la cual los padres buscan ayuda para Juan, señalando que en gran parte de los procesos psicológicos con niños son los padres quienes determinan “el problema del niño”, denominado Motivo de Consulta.

Además del Motivo de consulta la entrevista inicial tuvo como objetivo recolectar datos demográficos y sociodemográficos, y ampliar la razón de la consulta dilucidando ¿Por qué lo que exponen es considerado un problema?, ¿Cuáles son las áreas de impacto de dicho problema?, ¿Cuáles son las conductas que

---

---

componen el problema? ¿Cuál es la frecuencia, intensidad y duración del problema planteado?, ¿Qué acciones se han emprendido para solucionar el mismo?; se indaga también sobre antecedentes familiares y personales de enfermedad física y mental.

Se amplía el motivo de consulta, se permite a los padres a través del discurso abierto que expresen cual es el problema, y a través de la entrevista semiestructurada puedan expresar desde cuando inicia el problema planteado, la frecuencia, intensidad y duración de este, y detalles de lo que ellos consideran es el problema.

En el caso de Juan inicialmente los padres presentan el motivo de consulta como un problema del paciente que afecta la armonía familiar, el descanso de los padres y el descanso de Juan, que inicia hace dos años, con una frecuencia diaria, una duración de varias horas al inicio del sueño o en insomnio intermedio, y con una

---

---

intensidad en escala de 1 a 10, de 10.

Al finalizar la sesión se les informa a los padres que el proceso de evaluación se realizará en aproximadamente 4 sesiones antes de iniciar el proceso de intervención propiamente dicho, y se les solicita que en la próxima sesión Juan asista a consulta para realizar entrevista con él.

### **Desarrollo de la sesión**

La sesión se realiza con los padres de Juan, debido a que Juan es menor de edad, y los padres son quienes presenta el motivo de consulta, y quienes identifican la necesidad de iniciar proceso terapéutico.

### **Tareas o actividades asignadas**

Ninguna

### **Conclusiones**

Se identifican síntomas sugerentes de algún trastorno de ansiedad, posiblemente trastorno de ansiedad generalizada en el niño, descritos en el DSM 5 (Tabla 1) los cuales coinciden con información suministrada y sintomatología descrita por padres.

---

Tabla 2.

Descripción Sesión 2 de evaluación

ITEM		DESCRIPCION
<b>No Sesión</b>	2	Entrevista con el niño
<b>Objetivo</b>	<p>Obtener información directa de parte del paciente que permita ampliar motivo de consulta, y conocer información adicional relevante que aporte al proceso de evaluación e intervención.</p> <p>Instruir en el uso y entregar formatos de registro conductual.</p>	<p>En esta sesión se realiza entrevista inicial con Juan, de la cual se consigna el fragmento inicial</p> <p>“Psicóloga: Hola Juan ¿cómo está Juan: Bien                      Psicóloga: ¿Sabes quién soy?                      Juan: No                      Psicóloga: ¿Tus padres te dijeron _quién era yo, y porque vienes? Juan: No me dijeron                      Psicóloga: ¿Pero sabes porque vienes?                      Juan: vengo porque me da miedo y no puedo dormir.                      Psicóloga: Entiendo, antes de que me cuentes un poco más sobre ese miedo quiero decirte que soy la psicóloga (nombre), los psicólogos que trabajamos con los niños lo que hacemos es hablar con ellos, explicarles y enseñarles algunas cosas, los escuchamos si nos quieren contar algo y también los ayudamos a superar sus miedos, o cualquier otro problema o</p>

---

situación que tengan, aunque esto es algo que puedo hacer con tu ayuda y la de tus padres.

¿Quieres no tener más miedo?

Juan: mmmju (mueve la cabeza señalando que sí)

Psicóloga: Bueno, entonces hoy, solo quiero conocerte y que me cuentes un poco más de ese miedo que tienes, y al final podemos jugar algo divertido. ¿Te parece?

Juan: Sí”.

Se hacen preguntas a Juan sobre su dinámica familiar, con quien vive, que hacen sus padres, como es la relación con cada uno de ellos, refiriendo que el papá es más estricto, y se enoja mucho y que la mamá casi no, su hermana es un poco "cansona" (se ríe) “yo la cuido porque no se queda quieta”; se indaga sobre aspectos sociales, refiriendo bullying, debido a al peso corporal, y exclusión en juegos. se indaga sobre actividades recreativas, de ocio o deportivas. (...)

“Psicóloga: hablemos ahora de ese miedo que tienes, ¿a qué le tienes miedo?

---



---

Juan: cuando me acuesto me da miedo cerrar los ojos, y no me puedo dormir.

Psicóloga: ¿Por qué te da miedo cerrar los ojos?

Juan: Porque cuando cierro los ojos veo a un oso con dientes sangrientos, lo que pasa es que cuando tenía como 8 años, yo iba en la ruta y unos niños más grandes estaban viendo un video, que es un juego donde salió un oso con los dientes con sangre y desde ahí no puedo dormir, cada vez que se va haciendo de noche yo tengo miedo de irme a dormir, porque no quiero cerrar los ojos y ver al oso.

(Llora)

Psicóloga: (Se le entrega pañuelo desechable), tranquilo, cuéntame y ¿Qué es lo que piensas del oso o cuando el oso aparece en tu cabeza al cerrar los ojos?

Juan: Que se me va a aparecer en la oscuridad.

Psicóloga: ¿y que más piensas? Juan: nada más, solo que se viene su imagen a mi cabeza. Además, yo veo en la ventana sombras.

Psicóloga: ¿las ventanas dan hacia la calle?

---

---

Juan: sí. Y yo me asusto con las sombras.

Psicóloga: ¿Algo más te da miedo?

Juan: ¿Qué mis padres se separen? (llora)

Psicóloga: (se entrega pañuelo desechable de algodón). ¿Por qué crees que se van a separar?

Juan: Cuando pelean, no me gusta, porque creo que se van a separar.

Psicóloga: ¿alguna vez se han separado?

Juan: No. Solo me da miedo”.

Se realiza actividad de juego de competencia (escalera) para disminuir la tensión de la sesión. Al cerrar la sesión, se agradece a Juan por compartir sus miedos, y por hablar sobre lo que le sucede, y su familia.

### **Desarrollo de la sesión**

Durante la sesión, se observa en Juan inquietud motora, al hablar de sus miedos se presenta llanto, frente a lo cual se procede con calma y contención. Adicionalmente se obtiene información sobre otros miedos y sobre pensamientos relacionados con éstos; se identifican distorsiones cognitivas de tipo catastrófico y anticipatorias negativas

---

### **Tareas o actividades asignadas**

Al finalizar la sesión, se entrega a padres formatos de registro conductual, para identificar pensamientos, emociones y conductas presentadas ante cualquier situación en la que Juan refiera sentir miedo, o tener alguna preocupación. (Ver Anexo 8, Registro Pensamiento, Emoción y Conducta).

### **Conclusiones**

Se identifican en Juan, diversos miedos relacionados con el oso que vio en un video en ruta escolar, preocupación sobre la posible separación de padres, a las prácticas de crianza autoritarias y poco flexibles que se manifiestan a través de regaños, y restricciones conductuales, por parte específicamente del padre. Miedo a las sombras generadas por la luz que entra al cuarto oscuro.

---

Tabla 3.

Descripción Sesión 3 de Evaluación

<b>ITEM</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>No Sesión</b>	3
<b>Objetivo</b>	Administrar entrevista ADIS a padres para obtener información que permita validar hipótesis diagnóstica.
	Aplicación entrevista ADIS para padres, y ampliación de información y entrega de formatos de autoregistro
	En la tercera sesión se realizan entrevistas ADIS, versiones padres, se amplía información del caso, sobre historia

---

---

Conocer información adicional del caso considerada relevante para su análisis y para la formulación clínica.	familiar, historia escolar, historia personal, relaciones interpersonales. Como antecedentes familiares, se identifica que la madre a nivel emocional presentó ansiedad (preocupación) por situación económica, estado de salud de ella misma que le genera incapacidad laboral, lo cual exacerba en ese momento los niveles de angustia de la madre. Los padres reportan que la abuela esta diagnosticada con cuadro mixto de ansiedad y depresión, padre altamente exigente del orden y la limpieza personal y ambiental (en casa).
Explicar diligenciamiento y entregar formatos de autoregistro, uno para cada padre y el de Juan.	Dentro de la historia personal los padres mencionan que madre sufrió síncope en presencia del niño, y cuando nace su hermana estuvo a punto de fallecer después del parto, y la abuela sufrió un ataque de pánico al quedarse encerrada con Juan en un ascensor. Al inicio de la vida escolar Juan presenta ansiedad de separación, y es víctima de Bullying durante los primeros años escolares.

---

---

La información de las entrevistas arrojan síntomas fisiológicos en Juan observados por los padres, presencia de preocupaciones diversas relacionadas con situación económica, de estabilidad familiar, temor por posible divorcio de padres, temor a que estos fallezcan, insomnio por miedo a que aparezca el oso Ted, al cual le tiene miedo, y la idea recurrente de su posible aparición en el cuarto no permite la conciliación nuevamente del sueño en Juan

### **Desarrollo de la sesión**

Durante la sesión los padres de Juan expresan preocupación, y señalan sentirse cansados por la conducta de Juan, puesto que ante ella se levantan para acompañarlo, en ocasiones regañarlo, e incluso hacen turnos para hacerlo cediendo a las peticiones de Juan, mencionando en consulta y que deben descansar y madrugar, siendo esto de conocimiento de Juan, ya que el deseo de descansar y la interrupción del sueño de los padres, genera enojo, que deriva en ocasiones en discusiones y peleas en la madrugada, ya que en algunas otras oportunidades los padres no se enojan y solo acompañan a Juan al cuarto, o ceden frente a su petición de compañía en su cuarto para volverse a dormir.

---

### **Tareas o actividades asignadas**

Explicación y entrega formatos de autoregistro, para evaluar conductas, pensamientos y emociones presentes en cada situación en la que Juan manifieste sentir miedo.

### **Conclusiones**

Las entrevistas ADIS versión padres, permiten identificar síntomas relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada. También la ampliación de información a través de una entrevista estructurada a padres permitió identificar que Juan desde la primera infancia presento ansiedad de separación, pues al iniciar la etapa preescolar lloraba mucho y le costaba adaptarse a la separación de sus padres y que en los primeros años escolares fue víctima de bullying. El análisis de las entrevistas realizadas a los padres se realiza con mayor detalle en la sesión siguiente.

---

Tabla 4.

Descripción Sesión 4 de evaluación

<b>ITEM</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>No Sesión</b>	4
<b>Objetivo</b>	Aplicación de Pruebas
	Se realiza análisis de los registros y autoregistros diligenciados. Se aplican a Juan la Escala de ansiedad manifiesta (CMAS-R), la Escala de Spence (SCAS), el Cuestionario de depresión infantil (CDI).

---

---

Administrar a  
Juan pruebas  
CDI, Escala de  
Spence, CMAS-  
R, entrevista  
ADIS versión  
niños.

### **Desarrollo de la sesión**

Las escalas y el cuestionario son entregadas uno a uno, siguiendo la consigna instruccional para la aplicación de las pruebas. Durante la aplicación de las mismas, específicamente en la prueba CMAS- R el niño hizo preguntas como y ¿si la respuesta es a veces, que marco? sobre esta pregunta se le señala que solo puede haber respuestas de si o no, y que trate de pensar si la mayoría de las veces siente o piensa de esta manera.

En la aplicación de la prueba CDI (inventario de Depresión Infantil), se le indica a Juan que los niños y las niñas tienen diferentes sentimientos y pensamientos, y que van a haber tres frases en cada punto, (son 27 puntos), y que él debe escoger la frase que mejor describa lo que siente o piensa, cuando respondió el cuestionario, hacia anotaciones adicionales relacionadas con las frases que escogía, menciono que en el punto 14 al responder hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan, era por su pelo porque se enreda en la peineta, y aclaro que no hay nada más que no le gustara de su aspecto, en el punto 15, la respuesta muchas veces me cuesta ponerme hacer los deberes, dijo que era por pereza, no por desánimo.

---

---

En la prueba de Spence (escala de ansiedad infantil de Spence), en la pregunta hay algo más que realmente te da miedo Juan refiere que siente miedo a que haya un terremoto, que sus padres se separen, que se enfermen, se mueran, y que en el colegio le vaya mal. Estas respuestas confirman las respuestas que en la entrevista ADIS el niño dio.

### **Tareas o actividades asignadas**

Ninguna

### **Conclusiones**

En el análisis de los registros y autoregistros se identifica patrones de conducta que mantienen el comportamiento de Juan, corroborando presencia de síntomas fisiológicos, emociones presentes en Juan como son la tristeza, miedo, ideas de tipo catastrófico, distorsiones cognitivas de maximización, generalización, y recurrencia en las mismas conductas evitativas (ir al cuarto de los padres para pedirles que lo acompañen, usar la Tablet, o pasarse a la cama de su hermana) cuando aparece el miedo, y las preocupaciones reiteradas.

Los padres de igual manera recurren al mismo comportamiento diario, y rutinario en el afrontamiento de la conducta de Juan, (se paran, lo acompañan y se acuestan con él), identificándose factores de mantenimiento de la conducta problema.

En el análisis de los registros diligenciados por padres, la conducta tanto de Juan como la de sus padres en las noches (es la situación referida como la de mayor malestar en los padres), en que se presenta el insomnio, y las conductas posteriores, como acceder a las peticiones de Juan de compañía en su cuarto para volver a conciliar el sueño, son identificadas como factores de mantenimiento del

---



---

comportamiento de Juan, conductas que los padres refieren “no poder dejar de llevar a cabo porque necesitan descansar”.

En la escala CMAS-R Juan obtuvo una calificación natural de 7 en la subescala Mentira, y una puntuación T de 56 para ansiedad total, lo cual corresponde al percentil 71 que representa un nivel medio de ansiedad. En las tres subescalas de ansiedad, ansiedad fisiológica, Inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales, obtuvo calificaciones de 10,15 y 0 respectivamente, en la escala estos resultados tienen un nivel de medio, alto, y bajo, también de manera respectiva, concluyendo que los resultados obtenidos en la subescala hipersensibilidad/inquietud (puntaje más alto), corresponden a los síntomas manifestados tanto por los padres como por Juan. Este resultado que no indica que Juan presente preocupación social, se obtiene porque en la prueba, Juan da respuestas que no indican ideas negativas, o que considere que los demás tienen una percepción negativa sobre él. Es un niño que se relaciona con pares de manera on line, y que no refiere preocupación por no tener muchos amigos con quienes interactuar de manera directa. En la prueba señala que no muchas personas están contra él, considera que siempre es agradable con todos, no se siente solo, aunque este acompañado, niega que le preocupe lo que la gente piensa de él, no siente que a los demás no les guste como hace las cosas, refiere que todas las personas que conoce le caen bien. Y, por otra parte, Juan refiere situaciones relacionadas con el bullying hasta el tercer grado escolar y en adelante, lo que cambio fue cuando sus padres lo pasaron a otro colegio, en donde no se presenta ninguna situación de acoso en la actualidad.

Los resultados en la prueba de Spencer, en la cual se miden síntomas para

---

---

ataques de pánico y agorafobia, para trastorno de ansiedad por separación, fobia social, miedos, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada, arrojaron puntuación alta para trastorno de ansiedad por separación (0.94), trastorno de ansiedad generalizada (0.9) y fobia social (0.83). Esto corresponde a un resultado diferente que señala presencia de ansiedad social, aunque el niño no lo percibe de esa manera, si bien es cierto no es un niño retraído, es un niño de limitadas interacciones sociales con pares en el contacto directo, lo cual se exagera debido a la actividad regular, cotidiana y de alta frecuencia de juegos on line.

Como se observa, las puntuaciones obtenidas por Juan en sintomatología para trastorno de ansiedad por separación y para trastorno de ansiedad generalizada, son iguales.

Los resultados del CDI que evalúa síntomas depresivos en niños arrojan un puntaje de 16, el cual señala que no hay presencia de síntomas depresivos; sin embargo, puntúa 12 para disforia leve, la cual señala expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión/pesimismo, lo que lleva al niño o adolescente a manifestar cambios en su estado de ánimo, con presencia de mal humor e irritabilidad, llorando o enfadándose con facilidad.

Los resultados de las entrevistas ADIS, entrevista estructurada para trastorno de ansiedad generalizada para niños y para padres Version traducida Silverman, (1991), en lo relacionado con las sensaciones físicas cuando el paciente está preocupado, padres y Juan coinciden en señalar síntomas como aceleración de ritmo cardíaco a lo que Juan adiciona temblor. La madre complementa con elevación del tono de voz, y llanto.

---

---

En relación con la hiperactividad autonómica, el paciente agrega problemas para respirar, sudor, boca seca y micción frecuente. De igual manera, uno de los padres informa sobre quejas del niño relacionadas con dolor estomacal.

En la evaluación sobre vigilancia y exploración, el paciente refiere que le cuesta mantener su mente alejada de cosas que le preocupan; menciona que presenta problemas para dormir, y que se sobresalta cuando escucha un ruido, quedando en estado de vigilia y activado fisiológicamente. Los padres concuerdan con la presencia de dificultad para conciliar el sueño y la búsqueda de su compañía manifestando sentir miedo.

Al evaluar las preocupaciones del paciente, según la percepción de los padres, estos señalan: perder a sus padres por muerte, separación de los padres, no cumplir con las metas en ventas de helados que se ha propuesto, que el papá viaje y no “lo vuelva a ver”, pérdida de recursos económicos, situaciones futuras relacionados con la universidad a la que asistirá, cambio de domicilio, sacar una mala nota en evaluaciones escolares.

Las respuestas del paciente por su parte refieren preocupaciones por sobre que le vaya mal en el colegio, que pierda el año, que otros niños lo “molesten” (como antes había pasado en otro colegio). Coincide con los padres en el temor a que ellos fallezcan, o se separen. Así mismo informa sobre preocupación al escuchar un ruido y no saber que es.

En la valoración de las preocupaciones en una escala de 0-4 siendo 0, Nunca me preocupo, 1 Me preocupo poco tiempo por eso, 2 Me preocupo algo del tiempo, 3 Me preocupo casi todo el tiempo por eso, 4 Me preocupo todo el tiempo por

---

---

eso.

El paciente menciona:

- Perder el año preocupación nivel 4
- Que los padres se separen preocupación nivel 4
- Que los padres se mueran preocupación nivel 4
- Que haya un terremoto preocupación nivel 4
- Que lo molesten en el colegio Preocupación nivel 2
- Ruidos en la noche preocupación nivel 1

Los padres mencionaron que a su hijo les preocupa:

- Que los padres se separen preocupación nivel 4
- Perder a sus padres (fallecimiento) preocupación nivel 4
- No cumplir metas para comprar Play preocupación nivel 3
- Que se cambien de casa preocupación nivel 3

Se validan síntomas de acuerdo con los resultados de las pruebas, y la sintomatología referida en las entrevistas iniciales y ADIS, ambas versiones (niños y padres), corroborándose el cumplimiento de criterios diagnósticos para Trastorno de ansiedad generalizada.

---

Una vez descritos los instrumentos de evaluación, se prosigue con la conceptualización diagnóstica, a partir de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas.

#### *Conceptualización Diagnóstica*

De acuerdo con el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales DSM 5 (2014), “la ansiedad generalizada es una preocupación excesiva (anticipación aprehensiva) acerca de una

serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas. Los niños con ansiedad generalizada tienden a preocuparse en exceso por su competencia o por la calidad de su desempeño. Durante el curso del tratamiento el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otra” (DSM 5, 2014, p. 222).

Varias características diferencian la ansiedad patológica de la no patológica, puntualmente se identifica que las preocupaciones excesivas interfieren de manera importante en el funcionamiento psicosocial en el trastorno de ansiedad generalizado, mientras que en la cotidianidad las preocupaciones no tienen el carácter de excesivo y pueden ser manejadas, y relegadas sobre asuntos más urgentes. Otra característica en el trastorno de ansiedad generalizada es que las preocupaciones son más penetrantes, pronunciadas y angustiosas, duran más (...), (DSM 5, 2014)

“Los síntomas adicionales que acompañan la a ansiedad y la preocupación son: : inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, aunque en los niños solo se requiere un síntoma adicional.” (DSM 5, 2014)

Así mismo, se complementa la información del DSM 5 precedente con la afirmación de Hernández, Morga, Navarro y Mira (s.f), quienes señalan que, “la ansiedad no es un fenómeno sintomatológicamente unitario, implicando al menos tres componentes o sistemas de respuesta: Subjetivo-cognitivo (verbal-cognitivo): Experiencia interna de la ansiedad, percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados relacionados con la ansiedad,

caracterizados por experiencias de miedo, alarma, inquietud, preocupaciones pensamientos intrusivos; Fisiológico-somático: mediado por la activación del sistema nervioso autónomo y que se caracteriza por temblor, sudoración, incremento de la tensión muscular, taquicardia, taquipnea, síntomas que son percibidos de forma molesta y desagradable, y finalmente, Motor-conductual: la conducta manifiesta de escape y evitación

Con el objetivo de definir el diagnóstico de Juan, se contrasta la información diagnóstica incluida en el Manual de enfermedades mentales DSM-5 (2014), y los síntomas descritos por el paciente y sus padres.

Tabla 5.

Criterios diagnósticos DSM-5 y síntomas reportados por paciente y padres

<b>CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM-5</b>	<b>SINTOMAS PRESENTES/ PACIENTE</b>
<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante mas días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar.</p>	<p>Preocupación excesiva y reiterada a frente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perder a sus padres</li> <li>• Que los padres se separen</li> <li>• Que la madre se muera o enferme</li> <li>• Que queden sin dinero</li> <li>• Situaciones futuras como su universidad, ¿qué va a estudiar?, ¿si le va a ir bien</li> </ul>

	<p>o mal?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que se cambien de casa.</li> <li>• Que al despertarse a la madrugada aparezca el oso de los dientes sangrientos.</li> <li>• Pensamientos negativos sobre sí mismo, sus capacidades, y la consecución de logros.</li> </ul>
<p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto excesivo, y/o reiterativo cuando aparecen los pensamientos intrusivos, los cuales generan conductas de evitación y huida.</li> </ul>

<p>La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante mas días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses:)</p> <p>Nota: En los niños solo se requiere un ítem.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta</li> <li>2. Facilidad para fatigarse</li> <li>3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco</li> <li>4. Irritabilidad</li> <li>5. Tensión muscular</li> <li>6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o continuar durmiendo sueño inquieto e Insatisfactorio)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades para respirar</li> <li>• Aumento del ritmo cardiaco</li> <li>• Sudoración</li> <li>• Boca seca (Xerostomía)</li> <li>• Micción frecuente</li> <li>• Dolor de estomago</li> <li>• Insomnio de conciliación</li> <li>• Insomnio de mantenimiento</li> </ul>
<p>C. La ansiedad, preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo</p> <p>deterioro en lo social, laboral u otras</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el área familiar, es donde más se evidencia el malestar, generando conflictos con sus padres, y entre estos, debido a que la ansiedad se</li> </ul>



<p>áreas importantes del funcionamiento.</p>	<p>manifiesta diariamente, y frente a diversas situaciones.</p>
<p>D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p.ej., hipertiroidismo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No esta medicado</li> <li>• No presenta ninguna afección médica a nivel físico, que pudiera explicar la ansiedad.</li> </ul>
<p>E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p.ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia socia], contaminación otras obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, , aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aunque puntúa alto para ansiedad de separación en la prueba SCAS, (0.94), Juan no cumple con todos los criterios Diagnósticos del DSM-5 para Trastorno de ansiedad de separación, y tampoco los padres reportan conductas adicionales a la preocupación de perder a sus padres, que apoyarán la presencia de dicho trastorno.</li> <li>• No hay presencia de otros síntomas sugerentes de otros trastornos de índole mental.</li> </ul>

### **DESCRIPCION DETALLADA DE LAS SESIONES DE INTERVENCIÓN**

Para el proceso de intervención, se utilizó el protocolo de Kendall (2010) “El gato valiente”, el cual facilita a profesionales de salud mental planificar y llevar a cabo el tratamiento psicoterapéutico en los trastornos de ansiedad. Dicho protocolo está considerado un procedimiento terapéutico del Modelo Cognitivo Conductual y por ello pone un gran énfasis en las tareas intra e intercesiones, desde la perspectiva de que es fundamentalmente la experiencia que le permite al paciente desarrollar sentimiento de competencia -auto-eficacia- en el afrontamiento de las situaciones que previamente provocan la ansiedad.

La intervención también se apoyó en elementos del programa desarrollado por Rappee et al. (2008), el cual está dirigido a padres, teniendo como objetivo ofrecer herramientas prácticas y científicamente validadas, soportadas también por el Modelo Cognitivo Conductual, que pueden ayudar a los niños a superar miedos y preocupaciones intensos. Permite que los niños practiquen el “pensamiento detectivesco” para reconocer preocupaciones irracionales, informa sobre qué hacer cuando el niño se asusta, utiliza la exposición gradual a situaciones desafiantes, y, el aprendizaje de habilidades sociales importantes.

Cada una de las sesiones de intervención descritas a continuación, contará con igual formato a las del proceso de evaluación, titulado en primera instancia el número de sesión correspondiente; posteriormente se indica el objetivo de la sesión, para proseguir con el desarrollo de la misma, finalizando con las conclusiones y posibles actividades asignadas para la siguiente sesión.

Tabla 6.

Descripción Sesión 1 de Intervención

ITEM		DESCRIPCION
<b>No. Sesión</b>	1	Devolución de información, Análisis del caso y plan de intervención
<b>Objetivo</b>	Socializar a padres los resultados del análisis del caso y con base en ellos los objetivos del plan de intervención.	En esta sesión, realizada únicamente con los padres, se informa sobre los resultados del análisis del caso, de acuerdo a la información entregada, la hipótesis diagnóstica que orientará el trabajo terapéutico, y se señalan los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada de acuerdo al DSM-5, lo que en paralelo se relacionan los síntomas que presenta Juan.  Se plantean los objetivos y plan de intervención.

**Desarrollo de la sesión**

En esta sesión se explican a los padres de Juan los resultados de las pruebas aplicadas, señalando que de acuerdo al Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales DSM 5 (2014) que sirve de guía para identificar y “asignar nombre” a lo que está sucediendo en el niño o en las personas en general, identificando que los síntomas expuestos en el motivo de consulta, durante las entrevistas y a través de los resultados

---

de las pruebas aplicadas, corresponden al denominado trastorno de ansiedad generalizada. Se puntualiza que dicho trastorno se caracteriza por la anticipación negativa frente a cualquier situación, que está acompañada de la experiencia de temor o miedo sobre lo que podría pasar. Se señala, como esto puede observarse en las conductas y expresiones verbales de Juan, en las preocupaciones expresadas enfocadas sobre posibles situaciones negativas, relacionadas con sus padres, con la cirugía de la madre, la posibilidad de separación de los padres, el fallecimiento de alguno de ellos, también sobre su desempeño académico el logro de sus metas u objetivos, su preocupación sobre posibles desastres naturales relacionados con temblores y terremotos, y la idea de aparición mientras duerme en las noches de algunos seres imaginarios.

Se explican los objetivos de intervención, y se señala la importancia que los padres tienen en el proceso, cumpliendo la función de co-terapeutas. Finalmente, se establece que la próxima sesión es psicoeducativa.

### **Tareas o actividades asignadas**

Ninguna

### **Conclusiones**

El proceso debe iniciar con la retroalimentación y devolución a padres de los resultados de la evaluación, esto les permite a ellos y al terapeuta conocer la ruta que se seguirá en proceso de intervención y el logro de los respectivos objetivos.

---

Tabla 7.

Descripción Sesión 2 de Intervención

ITEM		DESCRIPCION
<b>No. Sesión</b>	2	Psicoeducación para padres
<b>Objetivo</b>	Instruir a los padres, sobre ansiedad, y síntomas contrastados con los presentes en Juan.  Instruir a padres brevemente sobre formas de aprendizaje: vicario, condicionamiento operante, condicionamiento clásico, para ilustrar su rol en la adquisición y mantenimiento de la problemática de Juan.	-Se realiza psicoeducación sobre la ansiedad, la sintomatología presente en la ansiedad generalizada, se coteja paralelamente los síntomas presentes en Juan. Se les explica la teoría de la triple vulnerabilidad, se señala como puede identificarse cada una en lo que le sucede actualmente a Juan.  Se explica brevemente y se lleva a cabo también psicoeducación sobre teorías explicativas de aprendizaje, como se originan y se mantienen ciertos comportamientos, a través del modelamiento, condicionamiento clásico, condicionamiento operante, así mismo se explica a través de ejemplos de conducta de Juan, los comportamientos de los padres, y la información suministrada en los autoregistros como funcionan cada uno de los aprendizajes que han originado y mantenido los síntomas de ansiedad en Juan.

---

### **Desarrollo de la sesión**

Utilizando como herramienta un tablero borrable se brinda a los padres información sobre la ansiedad, teniendo como base la explicación teórica sobre la diátesis de la triple vulnerabilidad de Barlow\_(2000 ), la cual señala que existen un conjunto de vulnerabilidades para el desarrollo de la ansiedad y otros trastornos emocionales relacionados; estas vulnerabilidades incluyen la vulnerabilidad biológica generalizada, vulnerabilidad psicológica generalizada y vulnerabilidad psicológica específica que surge del aprendizaje temprano (Barlow, 1991, 2000, 2002; Suárez, Bennet, Goldstein y Barlow, 2009). De esta manera los padres pudieron poner en perspectiva los factores que han incidido en la ansiedad de Juan. También se explica a los padres las diversas formas de aprendizaje, y se hace énfasis en como a través de las conductas aprendidas a través del condicionamiento operante ha sido una manera de mantener los temores y comportamientos de Juan. Se les explica algunas formas posibles de haber adquirido los temores, y se explica esto, a través del condicionamiento clásico, situaciones de temor previamente experimentadas por el niño, y por último se les señala sobre el aprendizaje por observación, resaltando cómo él ha observado respuestas ansiosas a preocupaciones, situaciones de riesgo y amenazantes, por parte de adultos a su cargo.

Tareas o actividades asignadas: De acuerdo con la sesión, se solicita a los padres recurrir a la extinción, técnica de modificación de conducta, explicada a los padres, se resuelven inquietudes sobre cómo llevarla a cabo, se hace énfasis en la importancia de no ceder ante las solicitudes de acompañamiento de Juan, esta estrategia permitirá eliminar la conducta reiterativa de levantarse en la madrugada y despertar a los padres. Esta técnica de

---

modificación de conducta, se señala como importante desde el principio ya que es una conducta que genera un alto nivel de malestar en los padres, interfiere en la relación y dinámica familiar entre los padres, los padres y Juan, además, si esta conducta se mantiene no va a facilitar que Juan posteriormente use las estrategias que se le irán enseñando en la terapia, ya que si los padres responden a su necesidad de compañía esta acción cumpliría la función de reforzar y mantener la de Juan.

### **Conclusiones**

Antes de empezar la intervención con Juan, fue importante que los padres recibieran psi coeducación, y que asumieran una función de co- terapeutas en el proceso, que logran identificar y relacionar las conductas de Juan, con su historia, los factores biológicos, y la conducta familiar (contexto). Relacionar la conducta del niño con lo que ha sucedido y principalmente con lo que sucede de manera contingente a la conducta, permite identificar, reconocer y generar conductas que permitan modificar la conducta.

Tabla 8.

Descripción Sesión No 3 intervención

<b>ITEM</b>	<b>DESCRIPCION</b>	
<b>No Sesión</b>	3	Identificando las diferentes
<b>Objetivo</b>	Recordar con Juan los objetivos del tratamiento.	emociones.
	–Identificar diferentes emociones.	Esta sesión es llevada a cabo ya directamente con Juan, en la cual se recuerda el objetivo del proceso. También a través de
	Normalizar la	

---

experimentación de la  
ansiedad y el temor.

imágenes se busca lograr que el  
niño identifique y diferencie  
entre las distintas emociones.  
Se buscó normalizar lo  
experimentado por Juan para  
que el niño no se sienta  
diferente a los demás como si  
tuviera algo “malo” o negativo.  
Y al finalizar asignar actividad  
llamada DQP (demostrar que  
puedo), concepto tomado del  
protocolo de Kendal (2010).

### **Desarrollo de la sesión**

Esta sesión inicia saludando a Juan, preguntándole como se ha sentido, como ha estado últimamente, como le ha ido en su colegio, y recordando la razón por la que el asiste a la consulta; esta razón es expuesta por él, refiriendo que él va a consulta porque no puede dormir solo, porque le da miedo, y porque se preocupa por “muchas cosas”. Se le explica que la meta es ayudarlo a que “él no se sienta preocupado por tantas cosas, y que además cuando el sienta miedo o sienta ansiedad aprenda algunas formas de sentirse mejor, y más tranquilo”.

En sesión se presentan diferentes imágenes de caras con expresiones

---



---

emocionales diversas, frente a las cuales se le solicita señalar comentar qué emoción está expresando cada una, y explicar el por qué considera que están sintiendo de esa manera. Se le pide imaginar, suponer, qué cree que sucedió para que se sintieran de esa manera. Además, se utilizan imágenes de personas con posturas corporales distintas para que a través de estas imágenes el niño aprenda a identificar a través del lenguaje corporal la expresión emocional de la persona

### **Tareas o actividades asignadas**

Durante la semana siguiente antes de asistir a consulta se indica a Juan que va a ser un detective, que tiene la misión de investigar que emociones siente y en qué situaciones las siente y escribir qué siente en el cuerpo y donde lo siente. Por ejemplo: un día se sientes feliz, alegre, y como detective debe descubrir que lo hizo sentir así, podría ser un regalo, una felicitación o un pensamiento, y describir que sintió en su cuerpo.

### **Conclusiones**

Juan identifica y relaciona las emociones con las diferentes situaciones, identifica diferentes expresiones corporales no solo faciales que dan pistas sobre lo que las personas están sintiendo. Juan logra identificar las emociones y asociarlas correctamente a posibles situaciones generadoras de esas emociones (miedo, tristeza, enojo, felicidad, sorpresa, desagrado). Juan logra con las imágenes de las emociones, referir en que momentos se ha sentido de esa manera, relacionar la emoción con situaciones de su vida cotidiana.

---

Tabla 9.

Descripción Sesión No 4 intervención

ITEM		DESCRIPCION
<b>Sesión No</b>	4	Reconociendo la ansiedad en mi
<b>Objetivo</b>	Revisar y trabajar sobre la actividad QDP	cuerpo y su intensidad
	-Identificar en el propio cuerpo sus propias reacciones somáticas a la ansiedad.	En esta sesión se revisa la actividad realizada en casa. Sobre esta actividad realizada se realiza la intervención sobre lo que sintió, en que parte del cuerpo lo sintió.

### Desarrollo de la sesión

En esta sesión Juan refiere que no escribió la actividad en papel, pero que él se acuerda que le paso y como se sintió, refiere que estuvo triste porque escuchó que su papá podría irse de viaje a otro país, y que él no quiere que le se vaya (llora), argumentando que le da miedo que el fallezca en un accidente y no lo vuelva a ver. También hace referencia a que estuvo feliz porque le estaba yendo bien en su colegio, y otro día que estuvo enojado y aburrido fue porque fueron de visita a donde su tía y él quería quedarse en casa.

En esta sesión se identifican los pensamientos catastróficos que presenta Juan, especialmente al imaginar desenlaces fatales relacionados con sus padres. Se realiza reestructuración cognitiva, y se recurre con el niño a la aplicación de muchas otras posibilidades favorables en la vida de sus padres que no derivarían en una situación catastrófica necesariamente, se trabaja con el niño lo que es una idea irracional, como

---

una idea sin lógica y que no sirve para nada. Se identifica con Juan que lo que le sucedió cuando estaba de visita es que tenía unos planes distintos con sus pares para jugar Fornite, y estar fuera de casa interfería con sus planes. Se intenta con el niño hacer el mismo ejercicio de pensamiento y buscar otras alternativas para pensar esa misma situación de manera que no le genere malestar y angustia, comprendiendo que esto es significativo para él, pero ante la imposibilidad de hacer lo que desea hay que buscar otras alternativas, y opciones, se trabaja flexibilidad cognitiva con Juan, y la importancia de ver las cosas de manera diferente.

Como Juan no llega a la consulta con la actividad, en la sesión se utiliza lo que paso con su papá, la emoción que en consulta experimenta, y se logra identificar que siente como si no pudiera respirar, le duele el estómago, aunque no era parte del objetivo, se realiza respiración diafragmática para que retome la calma en sesión, se indica que puede hacer lo mismo cada vez que suceda algo similar.

### **Tareas o actividades asignadas**

Para la siguiente Sesión se solicita a Juan hacer la actividad de registro: ¿Que paso?, ¿Que pensé ¿Que sentí? ¿Que hice? (Anexo No 9), con el objetivo de establecer la relación existente entre pensamiento y emoción.

### **Conclusiones**

En las sesiones no siempre los niños van a llegar con la actividad realizada, o cualquier situación puede cambiar el plan trazado, sin embargo con la situación que genera mayor ansiedad en Juan, que es que su padre se vaya a otro país, y en un accidente muera y no lo vuelva a ver, se adelanta la intervención en reestructuración

---

cognitiva y para poder llevar a cabo la Sesión se realiza entrenamiento en respiración diafragmática para procurar el restablecimiento del equilibrio emocional.

Tabla 10.

Descripción Sesión No 5 de intervención

ITEM		DESCRIPCION
<b>Sesión No</b>	5	Como pienso, me siento y actúo.
<b>Objetivo</b>	Identificar y relacionar los síntomas fisiológicos, las cogniciones, las emociones y la conducta cuando se presenta la ansiedad, a través de la revisión de la actividad ¿Que paso?, ¿Que pensé? ¿Que sentí? ¿Que hice?	La sesión No 5 consistió en identificar la relación de lo que Juan piensa con lo que siente y hace. Se muestra a Juan con técnicas TREC, la posibilidad de pensar una misma situación de diferentes maneras. El énfasis de la sesión fue relacionar pensamiento emoción, y encontrar diferentes formas de pensar una misma situación.

### Desarrollo de la sesión

Juan llega a Sesión con la actividad realizada, durante la sesión se utiliza una experiencia en la que Juan experimento enojo, y aburrimiento, (En tablero borrable) se dibuja figura del ejercicio vinculando situaciones, pensamientos y sentimientos, tomada de Rappee, et al. (2000), (Anexo 9). Se realiza la conexión entre lo que

---

sucede, los pensamientos y los sentimientos y se añade además lo que hizo, con el objetivo de que el niño comprenda que existe un vínculo entre lo que sucede, lo que se siente, se piensa y se hace, se solicita que evalúe en la escala el miedo que sintió. Se le explica al niño y a los padres al finalizar la sesión, que esta es la primera habilidad que el niño deberá ir fortaleciendo, y para esto la práctica diaria será su aliada, para que posteriormente pueda el niño discernir entre lo que está pensando y lo que está sintiendo.

De manera reiterada se realiza la actividad, se utilizan otras situaciones en las que el niño haya estado feliz, enlazando los pensamientos que favorecieron la emoción, y también se utiliza para relacionar en las noches el miedo que siente, con los pensamientos negativos sobre el oso.

### **Tareas o actividades asignadas**

Continuar con la búsqueda de pensamientos y sentimientos. Se entregan formatos nuevos *¿Que paso?, ¿Que pensé ¿Que sentí? ¿Que hice?*

### **Conclusiones**

Juan logra relacionar los pensamientos negativos con la preocupación acerca de lo que podría suceder con sus padres, Juan logra establecer la relación entre los pensamientos y lo que siente. No importa si la información que el niño lleva Sesión parece insuficiente, es importante establecer una buena relación con el niño para favorecer que en consulta el niño pueda referir otras situaciones que puedan servir para cumplir el objetivo de la sesión.

---

Tabla 11.

Descripción Sesión No 6 de intervención

ITEM	DESCRIPCION	
<b>Sesión No</b>	6	Desactivación fisiológica:
<b>Objetivo</b>	Revisar actividad enfocada en establecer relación pensamiento emoción-conducta. Enseñar al niño a identificar sensaciones físicas relacionadas con la ansiedad, la tensión muscular y enseñar técnicas de relajación a través del modelamiento, y la practica directa.	Encontrando y desactivando pistas en mi cuerpo  En esta sesión a través de la actividad ¿Que paso?, ¿Que pensé ¿Que sentí? ¿Que hice? se revisan las situaciones, asociadas a las emociones que Juan experimento durante la semana. Se hace recordatorio sobre las sensaciones físicas experimentadas cuando el siente preocupación, se introduce el concepto de relajación, y la práctica de técnicas de relajación como estrategia de desactivación de dichas respuestas fisiológicas.

**Desarrollo de la sesión**

Durante esta sesión se refuerza lo anteriormente trabajado sobre la identificación de pensamientos y emociones, se revisa la actividad que debía llevar a

---

la Sesión, la cual realizo de manera parcial, llevando a consulta solo dos situaciones.

La primera situación está relacionada con la preocupación de no poder obtener el dinero que quiere para comprar una consola de video, para poder reunir el dinero Juan está vendiendo helados en su unidad, sin embargo, los pensamientos negativos sobre esto, generan llanto, angustia, preocupación. La segunda situación esta relacionada con una discusión entre sus padres, inmediatamente refiere que empezó a llorar porque pensó que los padres se iban a separar, y aunque la madre le explico que no iba a ocurrir, el seguía llorando porque esto pudiera ocurrir. Se señala en estas dos situaciones como sus pensamientos donde el desenlace o resultado final el cree que va a ser negativo, es normal que el sienta tristeza o que se sienta preocupado. Con ambas situaciones se trabaja con Juan opciones distintas de ver ambas situaciones, se estimula en la situación del dinero de la consola a pensar en otras opciones y diferentes alternativas de conseguir el dinero, en el caso de la discusión de sus padres, se lleva a Juan a plantear un final distinto, y a buscar otros posibles resultados finales, a lo que Juan responde que sus padres pueden reconciliarse como siempre y que solo es una discusión de adultos, empieza a reírse, seca sus lágrimas (las cuales se activan en sesión relatando lo que sucedió en la actividad), y refiere que se siente mejor.

Al trabajar la identificación de sensaciones corporales especificadas en la actividad que debía llevar a la sesión, Juan menciona que cuando está preocupado por su papá o su mamá, siente dolor en el estómago, que el corazón le late muy rápido, se explica que estas sensaciones en el cuerpo y otras más, como deseos de orinar, o de ir al baño, sequedad en la boca, son sensaciones que nos avisan que estamos ansiosos y que podemos hacer que se vayan, y se explica que la respiración y las técnicas de

---

---

relajación permiten que lo que sentimos en el cuerpo desaparezca como si al preocuparnos presionáramos un botón que crea turbulencia en una piscina y cuando nos relajamos, presionáramos el botón, y esas sensaciones que parecen agua revuelta (se dibuja en papel esta explicación metafórica), van desapareciendo de nuestro cuerpo.

Se utiliza un oso de peluche y un súper héroe para diferenciar tenso – relajado, y se trabaja relajación muscular de Jacobson, luego se explica con un globo de fiesta, la técnica de respiración diafragmática, se coloca el niño sobre su espalda y para garantizar la inhalación y exhalación correcta encima de su abdomen se coloca un papel, para que este suba y baje cuando el niño de manera correcta inhale y exhale.

#### Tareas o actividades asignadas

Se asigna que durante la noche y a la madrugada que es cuando se despierta, va a seguir siendo detective y a registrar cuando siente miedo donde lo siente en el cuerpo, registrar pensamientos y conductas, así como la utilización de estrategias de relajación, y de respiración, para desactivar las sensaciones que aparecen en su cuerpo cuando siente ansiedad.

#### **Conclusiones:**

Durante las sesiones que se llevaron a cabo Juan logra establecer conexión entre los pensamientos y las emociones, y su comportamiento, fue necesario realizar varias sesiones relacionadas con la identificación de la emoción, la identificación del pensamiento catastrófico, e intentar pensar de una manera diferente, también se logra hacer uso de estrategias de respiración para disminuir la activación fisiológica. Hubo noches en que hacía uso de las técnicas, otras noches no lograba realizarlo se iba a

---



---

donde sus padres, quienes atendían las demandas y solicitudes de Juan, por lo tanto, las técnicas o estrategias de afrontamiento no podían llevarse a cabo como se esperaba, debido a que los padres intervenían generando una dinámica de afrontamiento diferente, que mantiene en las noches la conducta problema, por la cual consultaron.

De acuerdo a lo anterior, se identifica en los padres, intención de establecer acuerdos, en algunos momentos se turnaban para no llevar a cabo conductas reforzantes, que mantuvieran la problemática, sin embargo, los padres presentaron dificultad en la eliminación y control de conductas reforzantes que mantienen el comportamiento de Juan, debido a que no lograron asumir una conducta firme, y constante en las noches cuando Juan se despierta, accediendo a las solicitudes de Juan. A la vez el padre de Juan tiene conductas reactivas frente al error, es exigente y poco flexible, se enoja con facilidad perdiendo el control de la situación, pero al mismo tiempo una vez el enojo cesa, se torna permisivo, la madre por su parte adopta posturas permisivas casi que el mayor parte del tiempo con el objetivo de evitar conflictos en la noche, adoptando unas pautas de crianza ambiguas, y ambivalentes. Todo lo anteriormente descrito, son factores o variables que mantienen la conducta de Juan, específicamente la conducta que mayor malestar y disfuncionalidad genera en el contexto familiar y que fue la razón principal de la consulta.

---

## MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

### *Etiología de los trastornos emocionales*

Entre las explicaciones etiológicas de los trastornos emocionales, se encuentra la teoría de la triple vulnerabilidad que señala “un conjunto de vulnerabilidades o diátesis para desarrollar ansiedad, trastornos de ansiedad y trastornos emocionales relacionados. De acuerdo con esta posición o modelo, hay una carga genética común a los trastornos emocionales. Gran parte de la investigación sobre esta “vulnerabilidad biológica generalizada” se ha enfocado en la base genética de temperamentos etiquetados como ansiedad, neuroticismo, afecto negativo o conducta inhibida”, pero esta vulnerabilidad genética estará inactiva o latente, a menos que se active por los estímulos o circunstancias ambientales (Barlow, 1991, 2000, 2002).

Además, existen ciertas experiencias tempranas que favorecen una “vulnerabilidad psicológica generalizada” a experimentar ansiedad y estados afectivos negativos generalizados (Chorpita y Barlow, 1998). Este cúmulo de experiencias, aunque no necesariamente de tipo perjudicial o de naturaleza traumática, son generadoras de una sensación de falta de control e incertidumbre que parece estar en la base del afecto negativo y los estados de ansiedad y depresión.

Si estas dos vulnerabilidades se agrupan o coinciden, el sujeto tiene mayor riesgo de experimentar ansiedad y depresión ante los acontecimientos estresantes de la vida, los cuales pueden activar estas vulnerabilidades generalizadas (Chorpita y Barlow, 1998; Suarez et al., 2009).

Por último, una tercera diátesis entra en juego: la denominada “vulnerabilidad psicológica específica” la cual hace referencia a la forma de respuesta aprendida

particularmente ante la ansiedad o saber que algunas situaciones, objetos o estados internos son potencialmente peligrosos, cuando objetivamente no lo son. Estas experiencias de aprendizaje temprano pueden aprenderse o adquirirse por ver a los padres que actúan como modelo de temores graves hacia objetos o situaciones, como a animales pequeños (p.ej., como una fobia específica o más sutiles, como experimentar sensaciones somáticas inexplicables (p.ej., trastorno de pánico con agorafobia o hipocondría) Barlow et al. (2012). Lo anterior corresponde, en otras palabras, es que si bien hay una carga genética para el TAG como tal-o como mucho, esta no es muy grande (Hettema, Neale y Kendler, 2001), es posible que haya hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada. Esta vulnerabilidad biológica puede interactuar con una vulnerabilidad psicológica (sensación de que los eventos amenazantes son impredecibles y/o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas), de modo que, ante un eventos estresante o problemático, las personas pueden reaccionar con preocupación y ansiedad y esta respuesta estará moderada por factores como las habilidades de afrontamiento y el apoyo social (Barlow, 1988, 2002, citado por Bados, 2005).

### *Miedo*

El miedo es una emoción “esencial”, en otras palabras, es una emoción inevitable y necesaria. El ser humano, como muchas otras especies, está programado naturalmente para sentir miedo ante ciertas situaciones., por lo tanto, es fundamental, que se active una señal de alarma destinada a alertarnos sobre el peligro (André, 2004).

El miedo natural o normal es una alarma precisa tanto en su activación como en su regulación. En la activación esta alarma, solo se dispara en el momento apropiado, ante un peligro real, no ante una posibilidad o el recuerdo de un peligro (...). Es importante, además,

que la intensidad de este miedo sea proporcional al peligro, esto permitirá actuar de manera correspondiente, en cuanto a la regulación, el miedo cede rápidamente cuando este es normal desapareciendo rápida y fácilmente o cuando se ha identificado que el peligro no es tal o no corresponde a lo que se cree que es (André, 2004).

En los niños, los miedos empiezan a manifestarse desde edades muy tempranas, desde los seis meses de edad, los niños presentan miedo a los ruidos fuertes, intensos o desconocidos, de los seis meses a los dos años, exhiben miedo a las personas desconocidas a objetos o lugares desconocidos, entre los dos y los cuatro años, manifiestan miedo a los animales, la oscuridad, ruidos fuertes ocasionados por fenómenos naturales, de cuatro a seis años, presentan miedo a los animales, la oscuridad, ruidos fuertes, a los seres imaginarios como brujas, monstruos, fantasmas entre otros, de los seis a los nueve años muestran miedo al daño físico, al ridículo o la desaprobación social y de los nueve a los doce años, manifiestan miedo a la muerte, accidentes y enfermedades, y los relacionados con el rendimiento escolar (Morales, et al., 2015)

Existen algunos miedos infantiles que son propios de la edad. Sin embargo, cuando uno de estos miedos persiste más allá de la edad que se considera normal y el grado de malestar que provocan es muy elevado de forma que interfiere en la vida normal del niño y, estaremos hablando de la existencia de un problema que habrá que abordar de manera más específica.

### *Ansiedad*

Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes,

la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986, citado por Sierra, Ortega y Ihab, 2003).

La manifestación de la ansiedad en niños se caracteriza por presentar sudoración en manos, incremento de la tasa cardiaca, llanto, gritos, náuseas, vómitos, dolores de estómago, vértigo, y mareos, otras manifestaciones que pueden surgir son dolor de cabeza, pesadillas recurrentes, bajo estado de ánimo, cansancio excesivo y enuresis (Macia, 2007, citada por Morales et al., 2015).

### *Trastornos de ansiedad*

De acuerdo con el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales DSM 5 (2014), los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Como se ha mencionado anteriormente, el miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se puede diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación con un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se ve reducidos por conductas evitativas generalizadas.

El DSM 5 (2014), señala que los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo

inducido por el estrés, por ser persistentes (suelen tener una duración de seis meses o más). En los niños la duración puede ser más corta en el caso de algunos trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada.

La característica principal de los trastornos de ansiedad como se menciona en el DSM-5 es la evitación en la mayoría de los casos, esto incluye evitación manifiesta de situaciones específicas, lugares o estímulos, pero también puede implicar formas más sutiles de evitación, tales como la indecisión, la incertidumbre, el retraimiento o actividades ritualizadas. Estos comportamientos son relativamente consistentes en todos los trastornos, pero la diferencia entre los trastornos específicos es el detonante de esta evitación (Rappee et al., 2000).

La evitación va generalmente acompañada de componentes afectivos de temor, angustia y timidez. Algunos niños, sin embargo, especialmente los más jóvenes, pueden tener dificultades para verbalizar estas emociones. La ansiedad se produce debido a la expectativa de que algún evento peligroso o negativo está a punto de ocurrir, en otras palabras, a una anticipación de amenaza (Rappee et al., 2000).

Todos los trastornos de ansiedad implican una anticipación de la amenaza, que puede tener las formas de preocupación, rumiación, expectación ansiosa, o pensamientos negativos. Las principales diferencias entre los trastornos recaen en el contenido de estas creencias, como se describe a continuación. Además de las creencias descritas, comportamientos y emociones, los niños ansiosos a menudo presentan una serie de síntomas físicos asociados que reflejan un aumento de la activación; sin embargo, estos síntomas rara vez son específicos y por lo mismo son raramente diagnosticados. Los síntomas físicos comunes entre niños ansiosos incluyen: dolores de cabeza, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea y tensión

muscular. Además, es común que muchos niños ansiosos, especialmente aquellos que se preocupan de manera considerable, tengan problemas con el sueño (Rappee et al., 2000).

En las discusiones sobre ansiedad infantil, es común enfocarse en la ansiedad como un espectro (y, a veces, en trastornos relacionados), en lugar de centrarse en un trastorno único. Una de las razones principales de esto es la fuerte superposición entre los trastornos de ansiedad y entre la ansiedad y otros trastornos internalizantes, en especial la depresión. Los niños con ansiedad clínica rara vez cumplen criterios para solamente un trastorno. Dentro de la población que busca tratamiento, alrededor del 80% a 90% cumple criterios para más de un trastorno mental. La mayoría, hasta un 75%, reúne los criterios para más de un trastorno de ansiedad. Otro 10% a 30% cumple, además, criterios para un trastorno del ánimo comórbido. Las diferencias con respecto a la edad son evidentes, alrededor del 30% de los adolescentes que buscan tratamiento cumple criterios para un trastorno del ánimo comórbido, mientras que sólo alrededor del 10% al 15% de los niños más pequeños con ansiedad cumplen tales criterios. Aproximadamente el 25% de los niños más pequeños con ansiedad también cumple los criterios de un trastorno de conducta comórbido. Cifras similares se encuentran en muestras poblacionales, aunque la proporción de niños con un único trastorno de ansiedad es ligeramente superior. Aun así, incluso en muestras poblacionales, los niños con trastornos de ansiedad tienen una marcada predisposición a presentar trastornos comórbidos de ansiedad, del ánimo y de la conducta. Curiosamente, los niños con ansiedad no parecen estar en mayor riesgo de presentar abuso de sustancias, probablemente esto refleja el hecho de que estos niños generalmente obedecen las reglas y no toman riesgos. La superposición entre los trastornos de ansiedad y abuso de alcohol no aparece hasta la adolescencia tardía o adultez temprana (Costello et al., 2003).

Las estimaciones de prevalencia de la ansiedad infantil han sido algo variables entre los diferentes estudios y países debido a diversos factores, entre ellos las variaciones en los criterios diagnósticos, los instrumentos de evaluación y la forma de selección de las muestras. En general, alrededor de 5% de los niños y adolescentes cumplen con los criterios para trastornos de ansiedad durante un periodo determinado en la población occidental (Rappee et al., 2000).

La ansiedad en la infancia se caracteriza por tener unos pocos factores de riesgo demográficos. Los niños ansiosos no dependen del tamaño de su familia, el estado civil de los padres, el nivel educacional, o la inteligencia (Rappee et al., 2000).

#### *Trastorno de ansiedad generalizada*

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es la preocupación y ansiedad excesiva (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (que esté presente más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y que se tornen difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar; que la preocupación y ansiedad son excesivas representa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido (Bados, 2005).

El DSM 5, señala que las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.



Dentro de los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM 5, de estos criterios en los niños solamente se requiere la presencia de un ítem. En el criterio A, ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprehensiva), que se produce durante más días de lo que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación a diversos sucesos o actividad (como en la actividad laboral o escolar); criterio B, al individuo le es difícil controlar la preocupación; criterio C, la ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Inquietud o sensación de estar atrapado con los nervios de punta, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo o sueño inquieto e insatisfactorio); criterio D, la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo, deterioro de lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo); criterio F, la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p.ej., ansiedad o preocupación por tener ataques de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Por otro lado, a diferencia del DSM 5, según los Criterios Diagnósticos de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS) no es necesario que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar. Además, exige la presencia de los siguientes síntomas: Síntomas autónomos tales como palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblor o sacudidas, sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación), otros síntomas relacionados con pecho y abdomen como dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal, también síntomas relacionados con el estado mental, sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia; miedo a morir y otros síntomas generales como presencia de sofocos o escalofríos; aturdimiento o sensaciones de hormigueo; tensión, dolores o molestias musculares; inquietud o incapacidad para relajarse; sentimiento de estar al límite o bajo presión, o de tensión mental; sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

También requiere la presencia de otros síntomas no específicos como es la respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos; dificultad para concentrarse o “mente en blanco” debido a la preocupación o la ansiedad; irritabilidad persistente; dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones (Psicología y Mente, s.f.).

El CIE-10 especifica la presencia de 4 de los 22 síntomas para el diagnóstico de esta patología, y es necesario que al menos uno de los síntomas sea del grupo autónomo. A pesar de las diferencias entre el DSM y el CIE, el grado de concordancia entre ambos es bastante alto: un estudio de Andrews, Slade y Peters (1999) concluyó que en el 77% de los sujetos diagnosticados por uno de estos sistemas tuvo un diagnóstico positivo en el otro también (Psicología y Mente, s.f.).

Es habitual que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, tanto niños como adultos, presenten o hayan presentado criterios de diagnóstico para alguna otra patología; las más comunes son trastornos del estado de ánimo (trastorno distímico o trastorno depresivo mayor), otros trastornos de ansiedad (comúnmente pánico y fobias), trastorno obsesivo-compulsivo, enfermedades médicas (Cía, 2001; DSM-IV, 1995).

La ansiedad generalizada es una tendencia a estar preocupado o ansioso acerca de muchas áreas en la vida. Estos niños son frecuentemente descritos por sus padres como preocupados. Ellos se preocupan de muchos problemas como lo es la salud, las tareas escolares, desempeño deportivo, dinero, robos, e incluso por el trabajo de sus padres. Ellos están particularmente preocupados acerca de cualquier nueva situación a la que deban enfrentarse, acudiendo repetidamente a sus padres en busca de tranquilidad. Muchos padres informan que los programas de televisión como los noticieros de la noche o los dramas de la policía harán que sus hijos se preocupen durante días (Rapee et al., 2000).

Muchos padres informan que los programas de televisión como los noticieros de la noche o los dramas de la policía harán que sus hijos se preocupen durante días (Rapee et al., 2000).

#### *Estilos parentales de crianza*

“Las pautas de crianza, son aquellas maneras de comportamiento que van dando forma a la relación entre padres e hijos, estas pautas se van estructurando de acuerdo con los estilos que adopten los padres para la crianza de sus hijos. El estilo parental puede ser entendido como una constelación de actitudes acerca del niño, que le son comunicadas y que crean un clima emocional en el que ponen de manifiesto los comportamientos de los padres. Estos comportamientos incluyen tanto las conductas con las que desarrollan sus propios deberes de

paternidad (prácticas parentales), como tono de voz, expresiones espontáneas de afecto, etc” (Darling y Steinberg, 1993, citados por Franco, Pérez, y de Dios, 2014).

La Asociación Americana de psicología en su programa ACTP Raising Safe Kids, en un artículo on line señala cuatro estilos de padres en la crianza:

**Padres Autoritarios:** Los padres son inflexibles, exigentes y severos cuando se trata de controlar el comportamiento. Tienen muchas reglas. Exigen obediencia y autoridad. Están a favor del castigo como forma de controlar el comportamiento de sus hijos. Entonces los niños tienden a ser irritables, aprensivos, temerosos, temperamentales, infelices, irascibles, malhumorados, vulnerables al estrés y sin ganas de realizarse.

**Padres con Autoridad:** Los padres son cariñosos y ofrecen su apoyo al niño, pero al mismo tiempo establecen límites firmes para sus hijos. Intentan controlar el comportamiento de sus hijos a través de reglas, diálogo y razonamientos con ellos. Escuchan la opinión de sus hijos mismo sin estar de acuerdo. Entonces los niños tienden a ser amistosos, enérgicos, autónomos, curiosos, controlados, cooperativos y más aptos al éxito.

1. **Padres Permisivos:** Los padres son cariñosos, pero relajados y no establecen límites firmes, no controlan de cerca las actividades de sus hijos ni les exigen un comportamiento adecuado a las situaciones. Entonces los niños tienden a ser impulsivos, rebeldes, sin rumbo, dominantes, agresivos, con baja autoestima, auto-control y con pocas motivaciones para realizarse con éxito.

2. Padres Pasivos: Los padres son indiferentes, poco accesibles y tienden al rechazo; y a veces pueden ser ausentes. Entonces los niños tienden a tener poca autoestima, poca confianza en sí mismos, poca ambición y buscan, las veces, modelos inapropiados a seguir para sustituir a los padres negligentes.

### *Estilos parentales y ansiedad*

La familia es el espacio social donde surgen los primeros aprendizajes, los cuales inicialmente están mediados por la relación entre padres e hijos, o cuidadores y niños. Desde esta perspectiva se entienden las interacciones familiares de manera bidireccional, denominada modelo de construcción conjunta o de influencias múltiples (Palacios, 1999, citado por Franco et., al., 2014). Este modelo defiende que las relaciones entre padres e hijos son bidireccionales, y que las prácticas educativas solo son eficaces si se adecuan a la edad de los hijos y promocionan su desarrollo (Ceballos y Rodrigo, 1998).

La tendencia actual sigue considerando este carácter mediador y bidireccional, de manera que las prácticas educativas paternas son causa, pero al mismo tiempo consecuencia de los distintos problemas en el desarrollo de los hijos (Palacios, 1999; Tur, Mestre y del Barrio, 2004).

Desde esta perspectiva, autores como Steinberg (2001) concluyen que los niños criados en hogares autoritativos (con autoridad), caracterizados por un alto grado de afecto y firmeza, son menos propensos a manifestar trastornos de tipo internalizantes que sus iguales criados en entornos autoritarios, permisivos o negligentes (Steinber, Blatt-Eisengart y Cauffman, 2006).

Otros estudios también han reflejado la relación existente entre la calidad del ambiente familiar y la presencia de ansiedad en niños y adolescentes (Jadue, 2003), de forma que un ambiente familiar disfuncional (con conflictos maritales, autoritarismo, apego hostil, escasez de afecto, y percepción negativa de la crianza), genera un clima propicio para el desarrollo de ansiedad en el niño siendo esta una problemática que afecta el proceso de aprendizaje (Newcomb, Mineka, Zinbarg, y Griffith, 2007).

Otros estudios analizan la presencia de ansiedad en los progenitores como variable mediadora en el desarrollo de ansiedad en los hijos (Messer y Beidel, 1994; Vera, Grubits y Rodriguez, 2007; Waters, Zimmer-Gembeck y Farrell, 2012). Factores como la ansiedad materna la sobreprotección pueden influir en el desarrollo de alteraciones cognitivas y emocionales en los hijos (Messer y Beidel, 1994).

### *Estrés y embarazo*

El periodo que obedece al proceso de gestación durante el embarazo es una etapa crítica, debido a que el sistema nervioso en formación se encuentra vulnerable, y en el cual las interacciones entre el genoma y el ambiente provocan cambios morfofuncionales con expresión conductual, eventualmente persistentes hasta la adultez (Cáceres, Martínez-Aguayo, Arancibia y Sepúlveda, 2017).

Hace alrededor de dos décadas, (Barker 1995, citado por Cáceres et al., 2017) introdujo el concepto "programación fetal", para señalar la interrelación entre el ambiente prenatal y el desarrollo del feto: si el ambiente resulta adverso, se asociará con mayor probabilidad de generación de patologías en la vida extrauterina. Efectivamente, algunos autores consideran al fenómeno como factor de riesgo importante para el desarrollo

de trastornos psiquiátricos y enfermedades somáticas. De esta manera, los factores de estrés durante el período gestacional (e.g., estrés físico, nutricional, hormonal, psicológico, interacción con drogas exógenas, entre otros), considerados estrés prenatal (EP) y entendidos como el conjunto de factores que durante el período gestacional puedan alterar el equilibrio y el desarrollo del nuevo ser, tendrán consecuencias particularmente relevantes durante los períodos críticos del desarrollo.

Gaviria (2006), refiere que es ampliamente la causalidad de los trastornos mentales no son exclusivos de una sola causa lineal. Los factores de riesgo individuales tienen un peso importante, pero de manera mucho más frecuente la psicopatología se origina de la interacción entre múltiples factores de riesgo y de protección, algunos genéticos y otros ambientales. Gaviria menciona, que la mayoría de los estudios que existen acerca de los eventos adversos sobre el desarrollo cerebral describen estresores que son, irrecusablemente, traumáticos e inusuales, como situaciones de extrema tensión o violencia. En la actualidad, aumentan las investigaciones acerca de los efectos de la salud mental materna en la salud del niño y de los eventos prenatales y obstétricos asociados a ciertos problemas de salud mental, por ejemplo, complicaciones obstétricas y su relación con la esquizofrenia en sujetos con vulnerabilidad genética.

*Gaviria (2006) señala que el estudio publicado por O'Connor y cols., en 2002, describe cómo la ansiedad de la madre en gestación incrementa el riesgo de problemas comportamentales en la infancia, sugiriendo que estos podrían deberse a la incidencia directa de la ansiedad de la madre sobre el desarrollo cerebral fetal.*

## ANALISIS DEL CASO

### *Formulación del caso*

A partir de la descripción del caso, se describen los factores fisiológicos, motor, cognitivo, y emocional/afectivo que presenta el paciente y que permiten orientar el proceso terapéutico.

### *Listado de conductas problema*

Los problemas identificados en Juan se especifican analizan en diferentes niveles: Fisiológico, motor, cognitivo y emocional.

Las manifestaciones en los diversos niveles descritos a continuación se presentan en situaciones relacionadas específicamente con sus padres, tales como la posibilidad imaginada de un terremoto, que el padre viaje fuera del país, que la madre realice una cirugía, y en las noches cuando se despierta a las 3 a.m., también cuando los padres discuten, entre otros.

A nivel fisiológico, se presentan las siguientes manifestaciones:

- Dificultades para respirar
- Aumento del ritmo cardiaco
- Sudoración
- Boca seca (Xerostomía)
- Micción frecuente
- Dolor de estomago
- Insomnio de conciliación
- Insomnio de mantenimiento

A nivel motor:



- Llanto excesivo (Cuando accidentalmente derrama un jugo, o desorganiza su cuarto, se quita los zapatos, discusión de los padres, o cuando va a hablar sobre cualquier situación que le genere miedo).

- Aumento del tono de voz (cuando siente miedo y los padres no acceden a las peticiones de acompañamiento)

- Temblor (cuando siente miedo, cuando accidentalmente derrama un jugo, o desorganiza su cuarto, se quita los zapatos, piensa en la aparición del oso).

- Levantarse de la cama y pararse en la puerta de la habitación de los padres (cuando no puede dormir)

- Acercarse a los padres, (especialmente la mamá) para que duerman con él

A nivel cognitivo:

Predominio de distorsiones cognitivas de tipo catastrofista:

- Perder a sus padres
- Que los padres se separen
- Que la madre se muera o enferme
- Que queden sin dinero

Pensamientos de anticipación negativa sobre:

- Situaciones futuras como su universidad, ¿qué va a estudiar?, ¿si le va a ir bien o mal?

- Que se cambien de casa.

- Pensamientos negativos sobre sí mismo, sus capacidades, y la consecución de logros: Perder exámenes, dudar de poder reunir el suficiente dinero para cumplir sus metas

(comprar play). Si pierde un examen piensa que va a perder el año, sobregeneralizando y catastrofizando las situaciones, manteniendo un sesgo atencional hacia lo negativo (atención selectiva).

- Sesgo interpretativo al escuchar un sonido y ante la incertidumbre de no saber que es, interpreta el ruido como una amenaza, así mismo al observar sombras en el cuarto por el reflejo de la luz en la pared, las percibe como “algo negativo”, relacionado con un “espanto”, pensamiento o idea que evoca la “posible aparición del oso con dientes sangrientos”.

Emocional/afectivo:

- Miedo
- Ansiedad
- Tristeza
- Irritabilidad

*Áreas de impacto*

Las áreas que se ven afectada con la problemática de Juan son las siguientes:

- Sistema personal: sufrimiento, poco descanso, déficit en autoeficacia y autonomía, disminución de la seguridad en sí mismo.
- Sistema familiar: padres enojados, cansados. Conflictos entre él y sus padres, y entre los padres.

*Hipótesis de evaluación*

- A partir de los problemas identificados, y las áreas impactadas por la problemática de Juan, se plantearon algunas hipótesis evaluativas, que orientaron el proceso de evaluación, se seleccionaron los instrumentos de evaluación, entrevistas, check list,

autorregistros, pruebas psicológicas antes referidas anteriormente, para corroborar o descartar las hipótesis: ¿Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad generalizada?

- ¿Diagnostico Ansiedad por separación?
- ¿Problemas relacionados con la crianza?

#### *Factores de predisposición*

La información otorgada sobre la historia de Juan, revela los antecedentes que rodean la problemática, permitiendo establecer factores y/o características individuales y contextuales, que estimularon la aparición de los problemas descritos con anterioridad.

#### *Individuales*

- Temperamento inhibido.
- Único hijo, nieto y sobrino los primeros cinco años de vida
- Colecho hasta los 5 años
- Estrés prenatal

#### *Contextuales*

- Pautas de Crianza inconsistentes (Padre crianza inflexible/Madre Crianza flexible)
- Antecedentes familiares de ansiedad/depresión (abuela, padres)
- Cuidado por abuela con diagnóstico de Trastorno de ansiedad y depresión.
- Padres que exponen sus problemas, y temores frente a Juan
- Madre con obesidad mórbida
- Padre con problemas laborales, e inadecuadas estrategias de afrontamiento del estrés
- Presencia durante síncope de la madre

- Presencia en incidente en ascensor en el que la abuela sufre un ataque de pánico
- Madre hospitalizada en UCI al nacer su hermana

*Factores de adquisición (mecanismos)*

De acuerdo a la información obtenida se puede establecer de qué manera (mecanismos), se adquieren los problemas presentes en Juan, mecanismos que explican cómo estos llegaron a ser parte de las conductas exhibidas actualmente por Juan.

*A través de Aprendizaje clásico*

Juan experimenta ante los pensamientos relacionados con la posibilidad de que sus padres fallezcan, (posible realización de cirugía bariátrica por parte de la madre, no volver a ver al padre si viaja al exterior, que aparezca el oso que vio en un video, en la madrugada o cuando debe ir a dormir, la posibilidad de un terremoto, comportarse por fuera de la norma del padre:

- Aumento del ritmo cardiaco
- Dificultad para respirar
- Dolor de estomago
- Tensión corporal.
- Sudoración

*A través de Aprendizaje Operante*

- Dificultades para conciliar el sueño sin la presencia de los padres.
- Conductas de búsqueda de los padres, para evitar sentir el malestar generado por el miedo.
- Presencia intermitente (reforzador intermitente) de los padres en el cuarto para acompañarlo a dormir.

- Su llanto genera atención de los padres que oscila entre la compasión, la solidaridad y el enojo por malestar y frustración frente a la situación.
- Pensamientos relacionados con imágenes terroríficas (oso dientes sangrientos)
- Uso de tableta en las noches cuando siente miedo.
- Pasarse a la cama de su hermana y acostarse junto a ella.

*A través de Modelamiento o aprendizaje vicario*

- Modelos parentales y familiares inadecuados en el manejo de situaciones angustiantes
  - Abuela con diagnóstico de ansiedad, quien ha hecho parte del cuidado del paciente, quien catastrofiza y se angustia frente a diversas situaciones.
  - Padre con estilo de crianza autoritario, quien se muestra altamente normativo con el orden, la limpieza, y restrictivo ante la posibilidad de ensuciar sus ropas, derramar líquidos accidentalmente, quitarse los zapatos y caminar descalzo.
  - Padres que discuten sus problemas delante de sus hijos, reflejando alta preocupación sobre diversas situaciones familiares
  - Padres que constantemente le expresan a Juan frases como: “usted sí que llora, usted sí que es miedoso, llora por todo, o por cualquier cosa, es exagerado”

*Factores desencadenantes o precipitantes*

De acuerdo a la información suministrada por Juan y sus padres, en el motivo consulta, la problemática de Juan, se presenta desde hace dos años con un desencadenante poco claro, ya que el estímulo que gatilla o desencadena la conducta y la ansiedad en el paciente es un video de un oso con sangre en los dientes que observa en el celular de un

adolescente en la ruta del colegio, tiempo coincidente también con el nacimiento de su hermana, y la retirada del colecho que experimentaba desde los dos años.

#### *Factores de mantenimiento*

- Padres se levantan a la madrugada y se desplazan con Juan a su cuarto para dormir con él.
- La madre en algunas ocasiones se acuesta desde el inicio de la noche con el paciente.
- Pensamientos generadores de angustia y miedo.
- Déficit en estrategias de afrontamiento de la ansiedad.

#### *Hipótesis de adquisición*

El origen del cuadro de ansiedad generalizada presente en Juan, pueden explicarse de la siguiente manera de acuerdo con la teoría de la triple vulnerabilidad de Barlow, para explicar los trastornos emocionales, en este caso el trastorno de ansiedad:

- Vulnerabilidad biológica, la cual puede verse manifestada en su temperamento de tipo inhibido, relacionado con afecto negativo que se presenta en forma de temor, enojo, tristeza, malestar.
- Vulnerabilidad psicológica generalizada: evidenciada en las experiencias negativas de enfermedad y riesgo de muerte de la madre, experiencias de temor de la abuela en presencia de Juan, exposición a video de oso con dientes sangrientos.

Vulnerabilidad psicológica específica: identificada en el estilo de crianza autoritario, y estricto del padre, quien es el cuidador permanente del niño, lo anterior indica que en el contexto familiar hay dos estilos de crianza contrarios lo que no permite predicción al niño y genera ambigüedad lo cual es un predictor de ansiedad. Cuidado en primera infancia a cargo

de abuela con tendencia a la sobreprotección y diagnóstico de ansiedad y depresión, padres con inadecuadas estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes.

### *Hipótesis de mantenimiento*

Dentro de los factores de mantenimiento del comportamiento de Juan, se encuentra el estilo cognitivo de tipo catastrófico, en las noches al despertar en la madrugada, la rumiación de pensamientos atemorizantes, que activan y alimentan el miedo a dormir solo, no permiten la conciliación nuevamente del sueño.

Este mismo estilo de pensamiento predominante, aparece en cualquier situación que suceda en casa entre sus padres o directamente con alguno de ellos, anticipándose negativamente a sucesos que aún no han acontecido o no sobrevendrán.

Los padres de Juan se levantan a la madrugada y acceden a la petición de dormir con él en su cama, estas conductas funcionan como reforzadores negativos.

Así mismo se identifican factores de aprendizaje que mantienen la conducta del paciente como lo es el inadecuado manejo del estrés y de los problemas familiares por parte de los padres.

### ***DISCUSION Y CONCLUSIONES***

El objetivo general del presente estudio de caso, fue describir el proceso terapéutico llevado a cabo con Juan, un niño de 10 años, diagnosticado con Trastorno de Ansiedad Generalizada, diagnóstico establecido posterior a evaluación, y de la cual se deriva el posterior análisis de caso, para establecer la relación entre los problemas expuestos por el paciente y sus padres, identificar los factores de predisposición, de adquisición que explican parte del problema, llevar a cabo la intervención a través del uso de técnicas cognitivas conductuales para favorecer el manejo de la problemática.

Para realizar lo anteriormente expuesto, en el inicio se establecieron varias hipótesis diagnósticas (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, problemas relacionados con la crianza), para corroborar o descartar las hipótesis planteadas se utilizaron varias herramientas de evaluación, una de estas fueron las entrevistas ADIS, las cuales muestran tanto en la de los padres como en la del niño, que las preocupaciones en su mayoría puntuaban valor 4, siendo 4 la valoración que indica mayor preocupación, en una escala de 0-4 donde 0 indica Nunca me preocupo, 1 Me preocupo poco tiempo por eso, 2 Me preocupo algo del tiempo, 3 Me preocupo casi todo el tiempo por eso, 4 Me preocupo todo el tiempo por eso.

En la escala de ansiedad manifiesta “lo que pienso y siento” CMAS-R Juan obtuvo una calificación natural de 7 en la subescala Mentira, y una puntuación T de 56 para ansiedad total, lo cual corresponde al percentil 71 que representa un nivel medio de ansiedad. En las tres subescalas de ansiedad; ansiedad fisiológica, Inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales, obtuvo calificaciones de 15,10 y 0 respectivamente, en la escala estos resultados representan un nivel medio en la subescala ansiedad fisiológica lo cual significa que Juan presenta solo medianamente manifestaciones fisiológicas, en la subescala inquietud e hipersensibilidad puntúa con un nivel alto, lo cual señala presencia de preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas las cuales como explica la interpretación de la prueba “son situaciones vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedo de ser lastimado o aislado de forma emocional”, y por último puntúa bajo en la escala preocupaciones sociales, que denota que no le preocupa cumplir con las expectativas de quienes son significativos. Estos resultados señalan una congruente relación entre la prueba y lo informado por Juan y sus padres, resaltando que los resultados en la



escala hipersensibilidad/inquietud corresponden a la preocupación persistente manifestada por Juan y sus padres.

Con relación a lo anterior, Rapee., et al (2000) refiere que los niños con trastorno de ansiedad generalizada son “frecuentemente descritos por sus padres como preocupados. Ellos se preocupan de muchos problemas como lo son la salud, las tareas escolares, desempeño deportivo, dinero, robos, e incluso por el trabajo de sus padres. Ellos están particularmente preocupados acerca de cualquier nueva situación a la que deban enfrentarse, acudiendo repetidamente a sus padres en busca de tranquilidad. Muchos padres informan que los programas de televisión como los noticieros de la noche o los dramas de la policía harán que sus hijos se preocupen durante días” (p.22)

Los resultados en la prueba de Spence (SCAS), la cual evalúa síntomas para ataques de pánico y agorafobia, para trastorno de ansiedad por separación, fobia social, miedos, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada, arrojan puntuación alta para trastorno de ansiedad por separación (0.94), trastorno de ansiedad generalizada (0.9) y fobia social (0.83). Puntuando alto para trastorno de ansiedad generalizada, aunque por encima de esta se encuentra el trastorno de ansiedad de separación, referido como presente por los padres en la primera infancia de Juan, sin embargo, al revisar criterios diagnósticos del DSM 5 (2014), Juan no cumple con todos los criterios y las conductas actuales referidas en entrevista no refieren síntomas prevalentes del trastorno.

Sin embargo aunque no se presente toda la sintomatología para trastorno de ansiedad de separación, hipotéticamente los síntomas presentes pueden contemplarse como parte del continuum de la ansiedad; debido a que Juan estuvo expuesto a situaciones de posible pérdida de su progenitora, esta alarma real, asociado a su entorno ansioso y probablemente el manejo

emocional que hubo en estas situaciones por parte de los involucrados, fue propicio para instaurarse la alarma aprendida, y ante estímulos discriminativos actuales, esta alarma se activa y se mantiene ante la presencia de sus distorsiones cognitivas catastróficas y anticipatorias, que actúan como reforzadores de hipótesis premonitorias que van formando creencias centrales de desamparo, esquemas cognitivos de abandono, vulnerabilidad, dependencia, por lo que es relevante de igual manera intervenir para favorecer el curso y pronóstico de manera que no se consoliden estructuras cognitivas maladaptativas.

En cuanto a los resultados de la prueba CDI que evalúa síntomas depresivos en niños, arroja un puntaje de 16, el cual señala que no hay presencia de síntomas depresivos, sin embargo, puntúa 12 para disforia leve, lo que indica expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión/pesimismo, lo que conduce al niño a manifestar cambios en su estado de ánimo, con presencia de mal humor e irritabilidad, llorando o enfadándose con facilidad, síntomas evidentes en Juan, quien presento afecto lábil, llanto fácil y profuso evidente en las sesiones.

Los resultados de los registros y autoregistro diligenciados por los padres y por Juan, señalan conductas que funcionan como factores de mantenimiento en la problemática de Juan y que indican además dificultades relacionadas con la crianza y el ejercicio de los roles parentales, adoptando pautas y estilos de crianza poco consistentes, déficit de habilidades en el manejo y control de situaciones de estrés. Aguilar, Raya, Pino y Herruzo (2019), refieren que diversos autores señalan la relación existente entre los estilos parentales y diversos trastornos internalizantes en los niños, entre los que destacan la ansiedad y la depresión (Rosa, y Parada, 2014; Taboada, Ezpeleta y de la Osa, 1998).

Los resultados obtenidos durante la evaluación permitieron determinar que los síntomas presentados por Juan correspondían a trastorno de ansiedad generalizada, como se

señaló en el apartado de conceptualización diagnóstica, tomando como referente la clasificación diagnóstica del DSM-5 (2014) para poder especificar la sintomatología de Juan.

El caso de Juan presenta un problema multicausal, en el cual intervienen factores individuales, contextuales, familiares, cumpliéndose la diátesis estrés fundamentada por (Barlow, 1991, 2000, 2002, y en donde las características de la crianza, comportamientos de los padres y abuela, diagnósticos de depresión y ansiedad de padres y abuela son factores relevantes en la comprensión de la génesis, desarrollo y mantenimiento del diagnóstico de Juan. Como lo explica (Barlow, 1991, 2000, 2002) los trastornos emocionales tienen varias contribuciones genéticas, (Vulnerabilidad biológica generalizada), presente en el temperamento inhibido y afecto negativo en Juan, así como también la vulnerabilidad psicológica generalizada, evidenciada en experiencias que producen una sensación de falta de control e incertidumbre que parece estar en la base del afecto negativo y los estados de ansiedad y depresión, como anteriormente se mencionó Juan puntuó positivo para disforia leve.

Estas dos vulnerabilidades presentes en Juan explican de acuerdo a lo referido por Chorpita y Barlow (1998); Suarez et al., (2009), si estas dos vulnerabilidades se agrupan o coinciden, el sujeto tiene mayor riesgo de experimentar ansiedad y depresión ante los acontecimientos estresantes de la vida, los cuales pueden activar estas vulnerabilidades generalizadas

La última vulnerabilidad explicada por Barlow., et al (2012), es la denominada vulnerabilidad psicológica específica referente al impacto del aprendizaje de respuestas ansiosas, que pueden ser aprendidas al observar a los padres, (modelamiento), que actúan como modelo de temores graves hacia objetos o situaciones”.

Es un caso en el que no se logra identificar qué situación específica fue la que gatillo la ansiedad en el niño, sin embargo, se podría inferir que la ansiedad desde el inicio de la infancia se manifestó como ansiedad de separación, al iniciar el colegio, luego nace su hermana, la madre estuvo en riesgo de perder la vida, y cuando esto se supera y la madre regresa a casa, el colecho con padres se interrumpe abruptamente, enviándolo a su cuarto a dormir solo, en ese mismo espacio de tiempo la abuela sufre un ataque de pánico durante hospitalización de madre, y es en este tiempo donde además Juan refiere haber visto el video del oso con dientes sangrientos.

Todos esto eventos ocurridos de manera casi que simultánea, y el tiempo que ha transcurrido desde entonces no permite claramente identificar un evento único como gatillante.

Con base en los resultados de evaluación y el posterior establecimiento del diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, se escoge el Modelo Cognitivo Conductual como modelo terapéutico de intervención de los trastornos de ansiedad en población infantil, que se adhiere a la rigurosidad, y validez exigidos por los lineamientos internacionales que señalan la necesidad e importancia de vincular a la práctica profesional estrategias de intervención con evidencia científica. La psicología basada en la evidencia (PBE), es un término que hace referencia a la implementación de metodología científica en los tratamientos y técnicas psicológicas que han demostrado su eficacia (<https://psiqueviva.com/psicologia-basada-en-la-evidencia/>, 2014)

Por lo tanto el proceso de intervención fue llevado a cabo con técnicas cognitivo conductual, para el manejo de los síntomas fisiológicos, cognitivos, motor, y emocional, utilizando protocolos de intervención de la ansiedad en niños: El libro Tratamiento cognitivo conductual para trastornos de ansiedad en niños, manual para el terapeuta, de Phillip Kendall,

El gato valiente, que tiene como objetivo asistir a los profesionales de la salud mental en la planificación y conducción del tratamiento psicoterapéutico en los trastornos de ansiedad. La intervención también se apoyó en elementos del programa del libro *Helping your anxious child a step by step guide for parents* de Ronald Rapee, y colaboradores, Este programa está dirigido a padres, tiene el objetivo de ofrecer herramientas prácticas y científicamente probadas basadas en la terapia cognitivo conductual (TCC) que pueden ayudar a los niños a superar miedos y preocupaciones intensos. Quant y Trujillo (2014), en su artículo: *Psicología clínica basada en la evidencia y su impacto en la formación profesional, la investigación y la práctica clínica* refieren que los protocolos que se usan para evaluar e intervenir, son manuales con elevada estructura que le indican al clínico, cómo abordar paso a paso, una problemática psicológica ofreciéndole también las estrategias para poder evaluar su impacto. Cuando los protocolos cuentan con resultados de investigaciones controladas donde se ha mostrado su eficacia, se habla de tratamientos con fundamento empírico” (TFE, Dozois et al., 2014, Katsikis, 2014, citados por Quant y Trujillo 2014, p.130).

La intervención se dirige de manera paralela, no evidenciada en las sesiones descritas, al trabajo con los padres sobre el manejo y eliminación de factores de mantenimiento relacionados con la crianza, y con conductas permisivas, flexibles, ambiguas, ambivalentes en el manejo de algunas situaciones, prevalentemente en el despertar nocturno que afecta el sueño de los padres y genera conflicto familiar. Jadue (2003) refiere que existe una conexión entre la calidad del ambiente familiar y la presencia de ansiedad en niños y adolescentes. Newcomb, Mineka, Zinbarg, y Griffith (2007), señalan que la disfuncionalidad en el ambiente familiar, es decir, un ambiente con conflictos entre los padres, con presencia de prácticas de crianza autoritarias, apego hostil, escasez de afecto, y percepción negativa de la crianza,

promueve un clima propicio para el desarrollo de ansiedad en el niño siendo esta una problemática.

En este caso específico, los padres presentaron dificultad en la eliminación y control de conductas reforzantes que mantienen el comportamiento de Juan, debido a que no lograron asumir una conducta firme, y constante en las noches cuando Juan se despierta, accediendo a las solicitudes de Juan. Adicionalmente, el padre de Juan tiene conductas reactivas frente al error, es exigente y poco flexible, se enoja con facilidad perdiendo el control de la situación, pero al mismo tiempo una vez el enojo cesa, se torna permisivo, la madre por su parte adopta posturas permisivas casi que el mayor parte del tiempo con el objetivo de por evitar conflictos en la noche, adoptando unas pautas de crianza ambiguas, y ambivalentes. Todo lo anteriormente descrito, son factores o variables que mantienen la conducta de Juan, específicamente la conducta que mayor malestar y disfuncionalidad genera en el contexto familiar y que fue la razón principal de la consulta.

Lo anterior es explicado desde el condicionamiento operante, el cual explica que señala que un reforzador positivo es un hecho o evento, que, al ser presentado inmediatamente después de una conducta, provoca que aumente la frecuencia o la posibilidad de que esa conducta ocurra (Martin y Pear, 2008), en el caso de Juan, el busca a sus padres en su cuarto y estos inmediatamente se levantan, lo acompañan, y se acuestan con él. Si la ocurrencia de una conducta es seguida por la presentación de un estímulo que la refuerce, ósea de un estímulo reforzador, aumenta la fuerza de esa conducta. Pero si la ocurrencia de una conducta operante ya fortalecida por condicionamiento no es seguida reforzada, la fuerza decae (Skinner, 1938, citado por Martin, 2008).

El proceso terapéutico continuo su curso, solicitando a los padres mayor compromiso frente al mismo para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos alrededor del motivo de consulta, y las conductas problema identificadas durante el proceso.

Los pensamientos que mayor dificultad le costaron a Juan debatir, fueron los relacionados con la posibilidad de perder a sus padres si estos murieran, sin embargo, el niño lograba ver una misma situación desde diferentes perspectivas, aunque este miedo permaneciera. Morales, et al., (2015), refieren que, de los nueve a los doce años, los niños manifiestan diversos miedos, entre estos, miedo a la muerte, accidentes y enfermedades, y los relacionados con el rendimiento escolar.

Pese a algunas variables que afectaron el proceso y el cumplimiento a cabalidad de los objetivos se concluye finalmente que Juan logro aprender estrategias para disminuir la activación fisiológica, aprendió diferentes formas de pensar sobre un evento, a identificar pensamientos catastróficos y debatirlos, técnicas utilizadas en algunas situaciones y no en todas, lo anterior ya explicado desde el condicionamiento operante, y las ganancias que Juan obtenía en la mayoría de las situaciones.

## BIBLIOGRAFIA

Aguirre, E., Abufhele, M., y Aguirre, R. (2016). *Estrés prenatal y sus efectos Fundamentos para la intervención temprana en neuroprotección infantil*. Estudios Públicos, (144) 7-29

Aguilar, B., Raya, A.F., Pino, M.J. y Herruzo, J. (2019). Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6. 1. 36-43 doi: 10.21134/rpcna.2019.06.1.5

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Pub.

American Psychological Association. (2017). Estilos de crianza. *A parenting program by the American Psychological Association*. ACT Raising Safe Kids, building safe and strong families. Recuperado de <https://www.apa.org/act/resources/espanol/crianza>

Alcazar, A., Ingles, C. y Orgiles, M. (2003). *La terapia cognitivo conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia*. Anales de psicología, 19 (2), 193-204

Autorregistro. Recursos y estrategias educativas. Recuperado de <https://estrategiaseduc.wordpress.com/estrategias-2/adaptacion-social/autorregistro/>

Anderson J. C., Williams, S., Mc Gee, R. y Silva, P.A. *DSM III (1987)*. Disorders in preadolescents children. Prevalence in a large sample, from the general population. *Arch Gen Psychiatric*, 44 (1): 69-76.



André, C. (2006). *Psicología del miedo: Temores, angustia y fobias*. Barcelona, España: Editorial Kairos.

André, C. y Campbell, M. (2010). Una comparación transcultural de síntomas de la ansiedad entre niños colombianos y australianos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8, 2, 497-516. Universidad de Almería-España.

Bados, A. (2005) *Trastorno de ansiedad generalizada. Facultad de psicología, departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos*. Universitat de Barcelona.

Barlow, D. (2017). *Clinical handbook of psychological disorders in children and adolescents. A step by step treatment manual*. The Guilford press: New York.

Barlow, D. (2014). *Manual clínico de trastornos psicológicos, tratamiento paso a paso*. Manual Moderno. Ciudad de México, México.

Beltrán, S. (2014). Los miedos en la infancia y la adolescencia y su relación con la autoestima. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 1, 27-36.

Centro de Psicología aplicada. (2003). *Autoregistro de emociones y pensamientos*. Adaptación de Vásquez. Pabellon C, Universidad Autónoma de Madrid.

CIE-10 (1992). *Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10*. Editorial Medica Panamericana.

Código Deontológico Colombiano. Recuperado de [https://www.colpsic.org.co/tribunales\\_trashed/normatividad/](https://www.colpsic.org.co/tribunales_trashed/normatividad/)

Crane, A. y Campbell, M. (2010). Una comparación transcultural de síntomas de la ansiedad entre niños colombianos y australianos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8, 2, (2010), 497-516. Universidad de Almería. Almería, España

Enrenreich, J., Kennedy, S., Sherman, J., Bilek, E., Buzzella, Brian., Bennet, S. y Barlow, D. (2018). *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents*. Oxford University Press. New York: United States of América.

Franco, N., Pérez, M.A. y de Dios, M.J. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3-6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1 (2), 149-156.

Trastornos mentales hereditarios. (2016, 21 de septiembre). *Healthychildren.org*. Recuperado de <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/inheriting-mental-disorders.aspx>

Hernández, L., Bermúdez, G., Spence, S. H., González, M. J., Martínez, J.I., Aguilar, J. y Gallegos, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24

Hernández, M., Horga de la Parte, J.F. y Navarro, F. (s.f). Trastornos de ansiedad y trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. *Guía de Actuación Clínica en A. P.*

Kendall, P.C. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual para trastornos de ansiedad en niños*. Akadia. Buenos Aires, Argentina.

Kovacs, M. *Inventario de Depresión infantil. (CDI)*. (2004). Tea Ediciones. Madrid, España.

Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, 20, 165-193. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.

Mayoclinic (2020). *Tenosivitis de Quervain*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/de-quervains-tenosynovitis/symptoms-causes/syc-20371332>

Méndez, F.X., Ingles, C.J., Hidalgo, M.D., García J.M. y Quiles, M.J. (2012). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo La evaluación del comportamiento infantil características y procedimientos. *Revista Electrónica Motivación y Emoción*. 6(13).

Morales, C., Garcia, M., Alvarez, C., Gervas, M., Cebria, R., Perez, O., De la torre, M. y Santacreau M. (2015). *Guía de intervención clínica infantil*. Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid.

Carrillo, F., Godoy, A., Gavino, A., Nogueira, R., Quintero, C. y Casado, Y. Versión española de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (Spence Children's Anxiety Scale; SCAS). *Revista Internacional de psicología clínica y de la salud*. 10 (3), 529-545

Padilla, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 157-163.

Quant, D. y Trujillo, S. (2014). Psicología clínica basada en la evidencia y su impacto en la formación profesional, la investigación y la práctica clínica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2). 123-136.

Quijada, Pilar. (2015). *Averiguan cómo los hijos heredan la ansiedad de sus padres*. ABC salud. Recuperado de: <https://www.abc.es/salud/noticias/20150706/abci-deterioro-cognitivo-inmunidad-201507061741.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F pilar quijada 2015>

Rapee, R., Wignall, A.A., Spence, S.H., Cobham, V. y Lineham, H. (2008). *Helping your anxious child a step by step guide for parents*. Second edition, New harbinger publications

Reynolds, C. y Richmond, B. (1985) *Escala de Ansiedad Manifiesta “Lo Que Pienso y Siento” CMAS-R*. México: Manual Moderno.

Rapee R. (2016). Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. (pp. 1-22). Sidney, Australia: Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes.

Riveros, E.F. (2014). *Adaptación y validación de la escala de ansiedad manifiesta en niños para población colombiana (CMAS R2)*. Corporación Universitaria Iberoamericana. Recuperado de: <https://repositorio.iberu.edu.co/handle/001/346>

Rovella, A. y González, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: Aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades, Universidad Nacional de San Luis Argentina*. Año IX, Numero I 179-194

Sanchez, R. y Olivares, J. (2009). Intervención temprana en niños y adolescentes con fobia social. *Anuario de Psicología*, 40(1),75-88.

Sánchez, L. M. (2001) *Evaluación y trazado de la estructura familiar*. Series de Trabajo No 4. Universidad del Valle.

Santacruz, I., Orgiles, M., Rosa, A.I., Sánchez J., Méndez. X. y Olivares J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo conductual. *Psicología Conductual*, 10(3), 503-521.

Segura, S., Posada, S., Ospina, M.L., Ospina, H. (2010). Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescente entre 12 y 17 años de edad, del Municipio de Sabaneta del Departamento de Antioquia-Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 3(2), 63-73.

Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidath, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Malestaresubjetividade/fortaleza/vol. 3(1) pp. 10-59. Universidad de Fortaleza, Brazil.

Silverman, W.K. (1991). *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (Child Version)*. Florida International University.

Silverman, W.K. (1991). *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (Parent Version)*. Florida International University.

Tayed, P., Agamez, P.M., y Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. *Sociedad Colombiana de Pediatría*. 15 (1), 1-13

Toro, R., Nieto, T., Mayorga., N y Montaña, L (2013). *Ansiedad clínica: instrumentos de autoreporte más usados en población adulta*. Universidad Manuela Beltrán. 3 (2), 173-183

Vargas, H. (2014). *Tipo de familia y ansiedad y depresión*. Revista Medica Herediana vol.25 no.2 *versión On-line* ISSN 1729-214X. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2014000200001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200001)

## ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento informado custodio y paciente

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### ESTUDIO DE CASO

#### MAESTRIA EN PSICOLOGIA CON PROFUNDIZACION EN CLINICA

#### UNIVERSIDAD DEL NORTE

#### BARRANQUILLA

Yo: \_\_\_\_\_ Identificada con cedula

No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Yo: \_\_\_\_\_ Identificado con cedula

No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Autorizo a la psicóloga \_\_\_\_\_, identificada con cedula No. \_\_\_\_\_ para utilizar el caso de mi hijo en el proceso de Estudio de caso solicitado por la universidad del Norte de Barranquilla como parte de los requisitos de grado para la Maestría en Psicología con Profundización en clínica.

Conozco que la información suministrada y registrada, tendrá fines netamente académicos, y será guardada bajo estricta confidencialidad y que no se proporcionará ningún dato que permita la identificación de nuestro hijo. Además, sé que cualquier tipo de información que se utilice en este estudio de caso será utilizada únicamente para el fin que se ha dispuesto.

He comprendido que hacer parte en este estudio de caso es voluntario y no implica ningún peligro físico, ni emocional, para quienes participamos del mismo.

Como constancia firmo a los: \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 2018

Firma padre \_\_\_\_\_

Firma Madre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Firma profesional \_\_\_\_\_

T.P. \_\_\_\_\_



## Anexo 2

### Entrevista ADIS (Versión Padres)

#### ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA PARA NIÑOS

(VERSION PADRES)

Versión Traducida

Wendy K Silverman, Ph.D.

Departamento de Psicología

Universidad Internacional de Florida (FIU)

La universidad del estado de Florida -Miami

Copyright 1991

Graywind Publications

Albany, New York

1. Estamos hablando de ciertas preocupaciones que tiene su hijo. ¿usted sabe si el experimenta síntomas físicos cuando está preocupado? Por ejemplo: ¿Quizás su corazón late muy rápido, o le duele el estómago, o suda. Cualquier cosa como estas le pasan?

Si            No            otro

Si los padres responden **No** pase a obsesiones

Si los padres responden Si, pregunte:

2. Solo dígame cuando su hijo está preocupado usted piensa que el experimenta síntomas físicos. Y cual de la lista que yo le voy a nombrar, usted piensa que le suceden en esos momentos. Estos deberán ser experiencias que él te ha notificado que ha experimentado o que te ha hablado de eso.

a. Tensión motora: inestabilidad, dolor muscular inquietud, se casa facilmente.

Si            No            otro

- b. Hiperactividad autonómica: Problemas para respirar, que el corazón late más rápido, sudoración, boca seca, mareado, sofocos, nauseas, orinadera, dificultad para tragar.

Si            No            otro

Si No otro

Si los padres reportan al menos un síntoma o dos de tres áreas continúen. De lo contrario pase a Obsesiones.

3A. ¿Cuáles son las cosas que a su niño le preocupan? ¿Acerca de que cosas él se preocupa?

3B. Hay alguna otra cosa que te preocupe, si es SI ¿Cuál es?

4. Por favor usando la siguiente escala dígame cuanto cree usted que su hijo se preocupa por esas cosas. (Anteriormente mencionadas)

Termómetro de la preocupación

Usando una Escala de 1 a 4:

- 0 Nunca me preocupo por eso
- 1 Se preocupa poco tiempo por eso
- 2 Se preocupa algo del tiempo
- 3 Se preocupa casi todo el tiempo
- 4 Se preocupa todo el tiempo por eso

Preocupación 1                      Calificación

Preocupación 2                      Calificación

Preocupación 3                      Calificación

Preocupación 4                      Calificación

## Anexo 3

### Entrevista ADIS (Versión Niños)

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA  
PARA NIÑOS  
(VERSION NIÑOS)**

Versión Traducida  
Wendy K Silverman, Ph.D.  
Departamento de Psicología  
Universidad internacional de Florida (FIU)  
La universidad del estado de Florida –Miami  
Copyright 1991

Graywind Publications  
Albany, New York

1. Puedo preguntarte acerca de diferentes preocupaciones que tú tienes. Quiero preguntarte acerca de si tu tiene sensaciones físicas en tu cuerpo cuando tu estas preocupado. Por ejemplo: ¿Tu corazón late muy rápido, o te duele el estómago, o tú sudas. Cualquier cosa como estas te pasan?

Si            No            otro

Si el niño responde No pase a obsesiones

Si el niño responde Si, pregunte:

2. Solo dime cuando tu estas preocupado si sientes algunas de los sentimientos físicos que te voy a nombrar:

a. Tensión motora: Tu cuerpo se sacude, tus músculos duelen, o te cansas fácilmente.

Si            No            otro

b. Hiperactividad autonómica: Tienes problemas para respirar, tu corazón late más rápido, tú sudas, tu boca está seca, te sientes como mareado, sientes como si fueras a vomitar, o vas al baño mucho.

c. Vigilancia: Es duro para ti mantener tu mente alejada de cosas, tienes problemas para dormir, o las personas dicen que tú eres maniático (loco), cuando las cosas pasan por sorpresa, como un ruido fuerte que tu no esperas. ¿tu saltas?

Si            No            otro

3. Quiero conocer las cosas que te preocupan: Algunos niños se preocupan mucho por el colegio, algunos acerca de sus familias, algunos se preocupan por cosas pequeñas. ¿qué cosas te preocupan a ti?

Hay alguna otra cosa que te preocupe, si es Si pregunte: ¿Cuál es?

#### 4. Termómetro de la preocupación

Usando una Escala de 1 a 4:

0 Nunca me preocupo por eso

1 Me preocupo poco tiempo por eso

2 Me preocupo algo del tiempo

3 Me preocupo casi todo el tiempo

4 Me preocupo todo el tiempo por eso

Preocupación 1            Calificación

Preocupación 2            Calificación

Preocupación 3            Calificación

Preocupación 4            Calificación



## Anexo 4

### Escala de Spence (SCAS)

**Escala de Ansiedad Infantil de Spence**

---

NOMBRE..... FECHA.....

..... Marca con una X la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

1. Hay cosas que me preocupan.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. Me da miedo la oscuridad.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. Tengo miedo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. Me da miedo hacer un examen.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. Me da miedo dormir solo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. Soy bueno en los deportes.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. Me dan miedo los perros.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
26. Soy una buena persona.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí...  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques).....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
31. Me siento feliz.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo...  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
38. Me gusta como soy.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas).....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado).....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?
- Sí  No
- Escribe qué es.....
- ¿Con qué frecuencia te pasa?.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre

## Anexo 5

### Escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS-R)

**LO QUE PIENSO Y SIENTO  
(CMAS - R)**

Cecil R. Reynolds, PhD y Sert O. Richmond, EdD

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

**Instrucciones:**  
Aquí hay varias oraciones que dicen como piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración, encierra en un círculo la palabra SI, si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra NO. Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques SI y NO en la misma pregunta.  
No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos como piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate: "¿así y yo?" si es así encierra en un círculo SI. Si no es así, marca NO.

	Puntuación natural:	Percentil:	Puntuación T o escalar:
Total:			
I			
II			
III			
M			



1.- Me cuesta trabajo tomar decisiones	Si	No
2.- Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como quiero	Si	No
3.- Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Si	No
4.- Todas las personas que conozco me caen bien	Si	No
5.- Muchas veces siento que me falta el aire	Si	No
6.- Casi todo el tiempo estoy preocupado (a)	Si	No
7.- Muchas cosas me dan miedo	Si	No
8.- Siempre soy amable	Si	No
9.- Me enojo con mucha facilidad	Si	No
10.- Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Si	No
11.- Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Si	No
12.- Siempre me porto bien	Si	No
13.- En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido (a)	Si	No
14.- Me preocupa lo que la gente piense de mí	Si	No
15.- Me siento solo (a) aunque esté acompañado (a)	Si	No
16.- Siempre soy bueno (a)	Si	No
17.- Muchas veces siento asco o náuseas	Si	No
18.- Soy muy sentimental	Si	No
19.- Me sudan las manos	Si	No
20.- Siempre soy agradable con todos	Si	No
21.- Me canso mucho	Si	No
22.- Me preocupa el futuro	Si	No
23.- Los demás son más felices que yo	Si	No
24.- Siempre digo la verdad	Si	No
25.- Tengo pesadillas	Si	No
26.- Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Si	No
27.- Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Si	No
28.- Nunca me enojo	Si	No
29.- Algunas veces me despierto asustado (a)	Si	No
30.- Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir	Si	No
31.- Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Si	No
32.- Nunca digo cosas que no debo decir	Si	No
33.- Me muevo mucho en mi asiento	Si	No
34.- Soy muy nervioso (a)	Si	No
35.- Muchas personas están contra mí	Si	No
36.- Nunca digo mentiras	Si	No
37.- Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Si	No



## Anexo 6

### Cuestionario de depresión infantil (CDI)

<b>Nombre</b>	<b>Fecha</b>
<b>Unidad/Centro</b>	<b>Nº Historia</b>
<b>Edad:</b> ____ años ____ meses. <b>Sexo</b> _____ <b>Curso escolar</b> _____	

**7.6 CUESTIONARIO - CDI-**

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

1. <input type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando. <input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces. <input type="checkbox"/> Estoy triste siempre.	Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
2. <input type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien <input type="checkbox"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien. <input type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien	11. Las cosas me preocupan siempre Las cosas me preocupan muchas veces. Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
3. <input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas. <input type="checkbox"/> Hago mal muchas cosas <input type="checkbox"/> Todo lo hago mal	12. Me gusta estar con la gente Muy a menudo no me gusta estar con la gente No quiero en absoluto estar con la gente.
4. <input type="checkbox"/> Me divierten muchas cosas <input type="checkbox"/> Me divierten algunas cosas <input type="checkbox"/> Nada me divierte	13. No puedo decidirme Me cuesta decidirme me decido fácilmente
5. <input type="checkbox"/> Soy malo siempre <input type="checkbox"/> Soy malo muchas veces <input type="checkbox"/> Soy malo algunas veces	14. Tengo buen aspecto Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan. Soy feo
6. <input type="checkbox"/> A veces pienso que me puedan ocurrir cosas malas. <input type="checkbox"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas. <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles	15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes No me cuesta ponerme a hacer los deberes
7. <input type="checkbox"/> Me odio <input type="checkbox"/> No me gusta como soy <input type="checkbox"/> Me gusta como soy	16. Todas las noches me cuesta dormirme Muchas noches me cuesta dormirme. Duermo muy bien
8. <input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son culpa mía. <input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son culpa mía. <input type="checkbox"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.	17. Estoy cansado de cuando en cuando Estoy cansado muchos días Estoy cansado siempre
9. <input type="checkbox"/> No pienso en matarme <input type="checkbox"/> pienso en matarme pero no lo haría <input type="checkbox"/> Quiero matarme.	18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer Muchos días no tengo ganas de comer Como muy bien
10. <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar todos los días <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar muchos días	19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad. Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20.  Nunca me siento solo.  
 Me siento solo muchas veces.  
 Me siento solo siempre.
21.  Nunca me divierto en el colegio.  
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.  
 Me divierto en el colegio muchas veces.
22.  Tengo muchos amigos.  
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más.  
 No tengo amigos.
23.  Mi trabajo en el colegio es bueno.  
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.  
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24.  Nunca podré ser tan bueno como otros niños.  
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.  
 Soy tan bueno como otros niños.
25.  Nadie me quiere.  
 No estoy seguro de que alguien me quiera.  
 Estoy seguro de que alguien me quiere.
26.  Generalmente hago lo que me dicen.  
 Muchas veces no hago lo que me dicen.  
 Nunca hago lo que me dicen.
27.  Me llevo bien con la gente.  
 Me peleo muchas veces.  
 Me peleo siempre.

"Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti"

**Anexo 7**

**Registro de Conducta (ABC)**

<b>ANTECEDENTE QUE PASO ANTES</b>	<b>QUE SUCEDIÓ QUE HICE- QUE HIZO</b>	<b>QUE PASO DESPUES QUE HICE –QUE HIZO</b>

## Anexo 8

### Autoregistro de Pensamientos y Emociones

**CPA** | Centro de Psicología Aplicada

Federico C. Universidad Autónoma de Madrid  
Distrito Universitario de Cantoblanco  
E/ Avda de U. Cantoblanco, Madrid  
TEL: 91 394 17 11 | www.cpa.uam.es

**AUTORREGISTRO DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS**

Adaptación de Vázquez (2003)

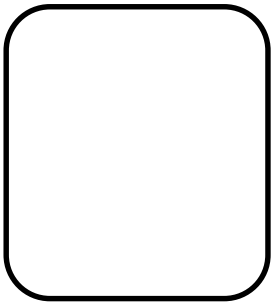
Nº Expediente: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA	SITUACIÓN ¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba, con quién y qué sucedía?	EMOCIÓN[ES] ¿Qué emociones sintió (ira, ansiedad, miedo, tristeza, etc.)? ¿Qué tan intenso fue lo que sintió en una escala del 1 al 10?	PENSAMIENTOS ¿Qué le vino en ese momento a la cabeza [recuerdos, imágenes, ideas, etc.]? ¿En qué grado de 0 a 10 pensó que esos pensamientos eran ciertos?	CONDUCTA ¿Qué hizo?

CBV

Anexo No 9

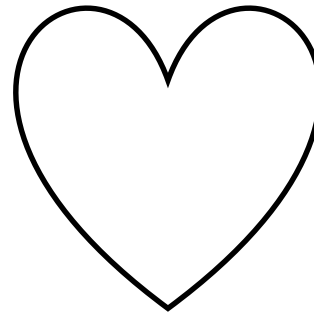
*¿Qué paso?, ¿Que pensé?, ¿Que sentí?, ¿Que hice?*



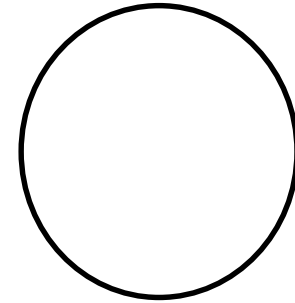
*¿Qué paso?*



*¿Que pensé?*



*¿Que sentí?*



*¿Que hice?*