

**PROGRAMA PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS EN CONDICIONES
DE VULNERABILIDAD**

TRABAJO DE GRADO

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
BOGOTA D.C., JUNIO DE 2013**

**PROGRAMA PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS EN CONDICIONES
DE VULNERABILIDAD**

TRABAJO DE GRADO

Ps. Mg. Ivonne Edith Alejo Castañeda

ASESORA

Alexandra Martínez García - 422683

Amalia Rosa Argüelles Lozano – 423044

Jessica Mayerly Cuy Albarracín - 422952

Yuli Andrea Prieto López - 422800

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
BOGOTA D.C., JUNIO DE 2013**



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)

Para leer el texto completo de la licencia, visita:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co/>

Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin Obras Derivadas — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

“Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de los autores; la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia ha verificado el cumplimiento de las condiciones mínimas de rigor científico y de manejo ético.”

(Artículo 65 Reglamento Interno)

Agradecimientos

Nuestros más sinceros agradecimientos a quienes nos asesoraron en el desarrollo del Trabajo de Grado; En primer lugar a nuestra asesora Ivonne Alejo Castañeda que nos ha acompañado en el proceso para el desarrollo del presente trabajo, desde el seguimiento y enseñanza de sus conocimientos.

En segundo lugar a la Universidad Católica de Colombia por su formación integral teniendo en cuenta el desarrollo a la excelencia de personas antes que profesionales.

Dedicatoria

A nuestras familias
En especial a nuestras Madres
que nos han llevado de la mano
durante este tiempo
Con inmensa gratitud y cariño,
A nuestros Padres, hermanos y Esposos,
Quienes estuvieron siempre
Apoyándonos con paciencia
Levantándonos en los momentos
más críticos de la carrera.

Tabla de Contenido

Resumen, 1

Justificación, 2

Condiciones de vulnerabilidad psicológica y social que afectan el desarrollo normativo de niños de 9 a 12 años, 4

Ansiedad: perspectivas teóricas en la niñez intermedia, 11

Evaluación de los trastornos de ansiedad infantil, 29

Intervención psicológica en la ansiedad infantil, 33

Objetivos, 39

Objetivo General, 39

Objetivos Específicos, 39

Método, 40

Estudio del Mercado, 40

- a. Objetivo General del Estudio de Mercado, 40
- b. Objetivos Específicos del estudio de Mercado, 40
- c. Descripción del producto, 41
- d. Nombre , logo, 41
- e. Producto Básico, 42
- f. Producto Real, 43
- g. Producto Ampliado, 43
- h. Clientes, 44
- i. Mercado Potencial, 44
- j. Mercado Objetivo, 45
- k. Mercado Meta, 46
- l. Competencia, 49
- m. Directa y Sucedánea, 49
- n. Canal de Distribución, 51

Resultados del estudio de mercadeo, 51

Discusión del estudio de mercadeo, 57

Análisis costos y gastos, 58

Resultados, 59

Discusión y Conclusiones, 89

Referencias, 91

Apéndices, 96

Lista de tablas

- Tabla 1. Temores en el desarrollo y los trastornos de ansiedad. Según momento evolutivo, 13
- Tabla 2. Número de Colegios en Colombia por departamento y sector. (Estadísticas del Sector Educativo, en Web), 44
- Tabla 3. Análisis DOFA, 50
- Tabla 4. Datos Sociodemográficos de los participantes en la encuesta de mercadeo, 51
- Tabla 5. Resultados Cualitativos de la encuesta de mercadeo, 52
- Tabla 6. Costos, Gastos y Ganancias del Programa, 58
- Tabla 7. Sesión 1. Fase de evaluación, 61
- Tabla 8. Sesión 2. Fase de evaluación, 62
- Tabla 9. Sesión 1. Fase de intervención, 63
- Tabla 10. Sesión 2, fase de intervención, 70
- Tabla 11. Sesión 3, fase de intervención, 71
- Tabla 12. Sesión 4, fase de intervención, 74
- Tabla 13. Sesión 5, fase de intervención, 76
- Tabla 14. Sesión 6, fase de intervención, 80
- Tabla 15. Sesión 7, fase de intervención, 81
- Tabla 16. Sesión 8, fase de intervención, 82
- Tabla 17. Sesión 9. Fase de intervención, 83
- Tabla 18. Fase de seguimiento, 87

Lista de figuras

- Figura 1. Logotipo y slogan de producto Plasmando Sonrisas, 42
- Figura 2. Descripción en porcentaje del mercado potencial, 45
- Figura 3. Descripción en porcentaje del mercado objetivo, 45
- Figura 4. Mapa localidad de Usme, 48
- Figura 5. Temáticas del programa, 53
- Figura 6. Población Beneficiada, 53
- Figura 7. Tiempo de aplicación por semana, 54
- Figura 8. Presupuesto destinado para el programa, 54
- Figura 9. Sitio de aplicación, 55
- Figura 10. Actividades para el desarrollo del programa, 55
- Figura 11. Posibles instituciones a vincular, 56
- Figura 12. Participantes del programa, 56
- Figura 13. Estilo de aplicación de cada sesión, 57
- Figura 14. Diploma para familias, 61
- Figura 15. Diapositiva Presentación tema, 63
- Figura 16. Diapositiva Ansiedad Escolar, 64
- Figura 17. Diapositiva características cognitivas, 65
- Figura 18. Diapositiva características cognitivas, 65
- Figura 19. Diapositiva características conductuales, 66
- Figura 20. Diapositiva presentación condición de vulnerabilidad, 66
- Figura 21. Diapositiva vulnerabilidad biológica, 67
- Figura 22. Diapositiva vulnerabilidad psicológica, 67
- Figura 23. Diapositiva vulnerabilidad contextual, 68
- Figura 24. Diapositiva preguntas, 68
- Figura 25. Diapositiva referencias, 69
- Figura 26. Diapositiva video sensibilización, 69
- Figura 27. Diapositiva presentación al tema, 72

Figura 28. Diapositiva pautas de manejo para padres y acompañantes, 72

Figura 29. Diapositiva tips de pautas, 73

Figura 30. Diapositiva pauta para acompañantes, 73

Figura 31. Diapositiva referencias, 74

Figura 32. Diapositiva pauta para docentes, 75

Figura 33. Diapositiva referencias, 75

Figura 34. Diapositiva presentación del tema para niños, 76

Figura 35. Diapositiva concepto de ansiedad, 77

Figura 36. Diapositiva características cognitivas, 77

Figura 37. Diapositiva características fisiológicas, 78

Figura 38. Diapositiva características conductuales, 78

Figura 39. Diapositiva porque me sigo sintiendo así, 79

Figura 40. Diapositiva que debo hacer ante mi situación, 79

Figura 41. Diapositiva referencias, 80

Figura 42. Portada de la cartilla Aprendiendo Sin Miedo, 83

Figura 43. Cartilla, que es ansiedad, 84

Figura 44. Cartilla, características de la ansiedad escolar, 84

Figura 45. Cartilla, Razones por las cuales me sucede esto, 85

Figura 46. Cartilla, Pautas para padres y/o acompañantes, 85

Figura 47. Cartilla, Pautas para docentes, 86

Figura 48. Cartilla, que puedo hacer, 86

Figura 49. Cartilla, Comunícate, 87

Lista de apéndices

Apéndice A. Encuesta de Mercadeo, 97

Apéndice B. Formato las preguntas del buen cazador de Bunge, Gomar y Mandil (2008), 102

Apéndice C. Formato para el registro de posibles situaciones generadoras de ansiedad, 103

PROGRAMA PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD

Resumen

El objetivo del presente trabajo es diseñar un programa de evaluación e intervención para la Ansiedad Escolar en niños de 9 a 12 años de edad, teniendo en cuenta las condiciones de vulnerabilidad en el cual se desarrolla dicha población. Con el fin de que estos niños y/o niñas generen funcionalmente patrones emocionales, cognitivos y conductuales, que les permita continuar su desarrollo biopsicosocial de una manera más adaptativa dentro de su entorno y contexto, convirtiéndose además en un agente de cambio dentro su red de apoyo primaria, se ha propuesto un programa en el cual se logre mitigar la ansiedad escolar, abordando variables contextuales, es decir, condiciones de vulnerabilidad tales como: estratos socioeconómicos 0, 1, 2 y 3; condiciones de pobreza; ambiente escolar hostil y marginal; indiferencia o falta de interés por parte de la familia o niños con características de posible maltrato físico y psicológico que les genera ansiedad. Los resultados muestran la importancia de realizar dicha labor con un grupo interdisciplinar, si es necesario, además de hacer partícipes tanto a padres como a docentes en dicho proceso, teniendo en cuenta las implicaciones e impacto que cumple el rol de cada uno de ellos dentro del proceso de desarrollo de niños y niñas con ansiedad escolar.

Palabras Clave: Ansiedad, Condición de vulnerabilidad y Ansiedad Escolar.

Justificación

La ansiedad como síntoma patológico o como trastorno mental representa un riesgo biopsicosocial para el desarrollo funcional de cualquier individuo; ya que implica que su respuesta en diversos contextos o situaciones sea desadaptativa y por ende afecte no solo a el individuo si no a terceras personas involucradas en dicho contexto.

Colombia, un país tercermundista y con todas las carencias económicas y sociales que padece no es ajeno a este problema, según el Observatorio Nacional de Salud Mental y Drogas – ONSM, (2011) en los hallazgos encontrados en el Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003, la ciudad de Bogotá ocupa el primer lugar con 21.7% en forma muy cercana a los trastornos de ansiedad, es decir, desde “el análisis del comportamiento por región presenta el más alto riesgo en la cual más de una de cada cinco personas llenaron los criterios para uno o cualquiera de los trastornos de ansiedad”, adicional a ello se hace énfasis en que el género es una variable que modifica la prevalencia de diferentes trastornos mentales.

Según el Observatorio Nacional de Salud Mental y Drogas, (2011)

Los hallazgos de las investigaciones sobre trastornos mentales, de comportamiento y sociales informan que las mujeres son más propensas que los hombres a ser afectadas por algunos trastornos mentales específicos, siendo los más frecuentes: trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión, los efectos de la violencia doméstica, los efectos de la violencia sexual. Además, las mujeres tienen mucha más probabilidad de recibir un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de somatización y el trastorno de pánico, en cambio los hombres presentan mayor probabilidad de recibir un diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial, abuso de alcohol y dependencia.

El estudio anterior concluye que el trastorno de ansiedad de mayor prevalencia es la Fobia Específica, seguida de la fobia social, el trastorno por estrés post traumático y finalmente el trastorno de ansiedad generalizada; vale la pena aclarar que el Estudio Nacional de Salud Mental y Drogas solo tuvo en cuenta como población a personas entre los 18 a 65 años.

Otra población que indiscutiblemente es necesario mencionar, es la población infantil y adolescente, haciendo hincapié en que los trastornos de ansiedad en dicha población tienen

formas de presentación diferentes, que ahondaremos más adelante; diferentes a las de los adultos y varían dependiendo de la etapa del crecimiento y del contexto en el que se desarrolle el menor; es claro en este punto mencionar que del adecuado diagnóstico y tratamiento dependerá la calidad de vida, el normal desarrollo y desempeño de los niños y adolescentes afectados por cualquier cuadro de ansiedad. Teniendo en cuenta que los cuadros de ansiedad en dicha población son frecuentes y un agravante natural a ello es la etapa de ciclo vital en la que se encuentran, investigadores en el área han encontrado una importante asociación del bajo rendimiento académico en aquellos niños con sintomatología ansiosa (Aldana, 2009).

Así como la región y el género son variables que afectan la prevalencia de los trastornos de ansiedad; para este trabajo de grado se tendrá en cuenta los niños y niñas entre 9 y 12 años que crecen en condiciones de vulnerabilidad. Este concepto hace referencia a “las personas que por su naturaleza o determinada circunstancia se encuentran en mayor medida expuestos a la exclusión, la pobreza, los efectos de la inequidad y la violencia de todo orden” (Ministerio de Educación Nacional, 2005); es decir, se entiende la vulnerabilidad como un fenómeno que deteriora el bienestar y la calidad de vida de las personas.

Partiendo de las manifestaciones propias de la ansiedad en esta etapa de desarrollo del ciclo vital (infancia), se generó un programa que permitió intervenir las manifestaciones cognitivas, fisiológicas y conductuales de la ansiedad escolar, teniendo en cuenta las variables contextuales que afectan la presentación de este cuadro clínico.

Condiciones de vulnerabilidad psicológica y social que afectan el desarrollo normativo de niños de 9 a 12 años

Según el Ministerio de Educación Nacional, (2005) se entiende la vulnerabilidad como “un fenómeno que deteriora el bienestar y la calidad de vida de las personas y que retrasa el desarrollo de los pueblos”, por ello dentro de las políticas para la atención a este tipo de poblaciones esta el “enfrentarse con políticas y con estrategias integrales y sostenibles, capaces de transformar en plazos razonables las causas que la generan”. Adicional a ello se hace hincapié en que la vulnerabilidad es una situación producto de la desigualdad, por diversos factores históricos, económicos, culturales, políticos y biológicos impidiéndoles aprovechar las riquezas del desarrollo humano (p. 7).

Asimismo el Ministerio de Educación Nacional, (2005) considera dentro de las condiciones de vulnerabilidad las siguientes características poblacionales:

- 1) Las comunidades étnicas (indígenas, afrocolombianos, etc.);
- 2) los jóvenes y adultos iletrados;
- 3) los menores con necesidades educativas especiales;
- 4) los afectados por la violencia, es decir, la población en situación de desplazamiento, menores desvinculados de los grupos armados al margen de la ley e hijos en edad escolar de adultos desmovilizados;
- 5) los menores en riesgo social, menores trabajadores, adolescentes en conflicto con la ley penal y niños, niñas y adolescentes en protección;
- 6) los habitantes de frontera;
- 7) la población rural dispersa;
- 8) asentamientos en zonas de difícil acceso y de alto riesgo, rurales dispersas o urbano marginales, en este caso estratos socioeconómicos 0, 1, 2 y 3;
- 9) presencia de condiciones de pobreza, la cual se manifieste preferiblemente en que sus dos figuras paterna y materna trabajen;
- 10) bajos índices de escolaridad y dificultades frente a los procesos de aprendizaje;
- 11) familia Disfuncional: Padre y madre divorciados por ende en convivencia con uno solo de ellos o con padrastro o madrastra;
- 12) indiferencia o falta de interés por parte de la familia o grupo primario de apoyo por el desarrollo integral del menor;
- 13) padres privados legal e ilegalmente de la libertad;
- 14) maltrato físico y psicológico (p.10).

Sin embargo, para este trabajo, las condiciones de vulnerabilidad que se tendrán en cuenta serán las siguientes: 1) asentamientos en zonas de difícil acceso y de alto riesgo, rurales dispersas

o urbano marginales, en este caso estratos socioeconómicos 0, 1, 2 y 3; 2) presencia de condiciones de pobreza, la cual se manifieste preferiblemente en que sus dos figuras paterna y materna trabajen; 3) ambiente escolar hostil y marginal; 4) indiferencia o falta de interés por parte de la familia o grupo primario de apoyo por el desarrollo integral del menor; 5) niños con características de posible maltrato físico y psicológico.

Teniendo en cuenta dichas condiciones de vulnerabilidad, en especial la indiferencia o falta de interés por parte de la familia o grupo primario de apoyo, por el desarrollo integral del menor, se hace necesario generar un cambio positivo en el niño que le permita adaptarse funcionalmente a su situación y que dicho cambio repercuta en su grupo primario de apoyo convirtiéndose así, en agente de cambio dentro de este. Para ello es necesario hacer hincapié en las condiciones de vulnerabilidad que se pretende abarcar e intervenir en este programa, se debe tener claro, como estas condiciones afectan la salud mental de los niños, en este caso los niveles de ansiedad que ellos manifiestan y que pueden convertirse en desadaptativos y perjudiciales, para su desarrollo biopsicosocial.

Como se mencionó anteriormente el maltrato, es uno de los factores que margina a la población infantil, según Loredó (citado por Barcelata & Álvarez, 2005) “el maltrato en la conducta es considerada psicológicamente abusiva cuando lleva un mensaje específico” (p. 36). Es decir, siempre que un mensaje sea violento y abusivo lleva maltrato sea físico o verbal.

Las características más comunes de un menor agredido son: aplanamiento emocional, limitaciones para experimentar placer, desorganización conductual, hipervigilancia, dificultades en el establecimiento de vínculos afectivos, inseguridad, baja autoestima, depresión, antisociabilidad, bajo o mal funcionamiento cognoscitivo y académico (rendimiento escolar), y además existe mayor probabilidad de presentar trastornos más severos como el trastorno de ansiedad por estrés postraumático (Barcelata & Alvarez , 2005, p. 36).

Teóricos como Misrachi y Marcovich (citados por Barcelata & Álvarez, 2005) sostienen que el maltrato infantil puede ser desencadenado por distintos factores que se interrelacionan en el proceso, dando como resultado lo que se ha denominado síndrome del niño maltratado, así mismo, estos niños tienen a presentar problemas de disciplina y dificultad para seguir las reglas.

En este sentido Papalia y Wendkos (citados por Barcelata & Álvarez, 2005) consideran que, “los adultos que maltratan en particular a sus hijos, se presentan con mayor frecuencia en familias numerosas y de bajos recursos económicos, ya que sufren más rigores de la vida” (p. 38). Otros

factores que también pueden influir en el maltrato infantil y que pueden ser desencadenantes de ansiedad son: “historia de maltrato en los padres cuando niños, padres con autoconcepto negativo, padre o familias con poca red de apoyo, menos capaces de controlar la tensión y en general con recursos limitados para enfrentar eventos estresantes” (p. 38). Lo anteriormente planteado, indica que las condiciones de vulnerabilidad en los niños, se convierten en un factor de riesgo para la aparición de algún trastorno de ansiedad u otro (Taboada, Ezpeleta, & De la Osa, 2000).

A partir de las condiciones de vulnerabilidad, tanto ambientales como contextuales anteriormente planteadas, es importante resaltar, además, el factor biológico y genético que aparecen como predisponentes en la exacerbación de respuestas ansiosas en niños, adolescentes y adultos; según Restrepo, (2008):

Los factores genéticos, biológicos, ambientales y culturales se sugieren como etiológicos para los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes. En la última década los hallazgos de estudios en gemelos y adoptados postulan un factor de vulnerabilidad genética como presentes en los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Diferentes neurotransmisores se han postulado como responsables de las respuestas ansiosas de los individuos, en especial, la serotonina, la dopamina, y la noradrenalina. Así mismo se ha confirmado la participación de los receptores GABA en la modulación de respuestas ansiosas en niños y adultos. Sin embargo las reacciones de ansiedad y los indicios de respuestas posteriores a eventos ambientales traumáticos continúan siendo las principales causas de la aparición de trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. Hay que tener en cuenta que las respuestas ansiosas en hijos de padres ansiosos, no son consecuencia, simplemente del aprendizaje (p.273).

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, es necesario ampliar las características de la etapa de desarrollo en la cual se encuentra la población escogida, es decir, niños y niñas entre los 9 y 12 años de edad, que correspondería a la tercera infancia, ya que esto también explica la manera en la cual los niños y niñas procesan la información, y manifiestan sus reacciones, teniendo en cuenta las características tanto biológicas como contextuales.

Según Papalia, (2004) durante esta etapa: “El crecimiento físico se desacelera de manera considerable; aun así, aunque es posible que no sean evidentes los cambios en el día a día, se suman para crear una sorprendente diferencia entre los niños de seis años de edad, que todavía

son pequeños y los 12 años de edad, muchos de los cuales empiezan a parecerse a los adultos” (p. 365).

En cuanto al desarrollo cerebral en esta etapa, Giedd, Kuhn, y Paus (citados por Papalia, 2004) es menos avanzado que durante la lactancia y primeros años de vida, pero suceden cambios importantes, que implican un marcado crecimiento en las conexiones entre los lóbulos temporal y parietal, que manejan funciones sensoriales, de lenguaje y de comprensión espacial.

Dichos cambios se ven reflejados en otras áreas importantes de actividad como el sueño; Hoban, (2004) plantea que durante esta etapa, se evidencia la presencia de dificultades como: resistencia a irse a la cama, insomnio y somnolencia, en parte porque muchos niños a medida que crecen, tienen permiso de determinar sus propios horarios para dormir.

Durante esta etapa también es importante tener en cuenta que “las habilidades motoras continúan mejorando, sin embargo, para esta edad la mayoría de los niños en sociedades no alfabetizadas salen a trabajar y cumplen con las labores adicionales del hogar, en especial en el caso de las niñas” (Larson & Verma, 1999 citado por Papalia, 2004, p. 370).

Como dice Smith, (2005) los juegos de los niños son más activos, mientras que las niñas prefieren los juegos que incluyen la expresión verbal o juegos pasivos, tales actividades promueven un crecimiento en agilidad y competencia social y fomentan la adaptación a la escuela.

En cuanto a acceso a cuidados médicos, las carencias sociales representan un papel importante en la salud infantil. “Los niños pobres y aquellos que viven con un progenitor soltero o con padres de bajo nivel educativo tienen mayores probabilidades que otros niños de contar con un estado de salud promedio o deficiente” (Bauman, Silver & Stein 2006, p. 1323).

Según Linares, (2009) el desarrollo cognitivo es “el conjunto de transformaciones que se dan en el transcurso de la vida, por el cual se aumentan los conocimientos y habilidades para percibir, pensar y comprender” (p. 2), todos los tipos de habilidades que un ser humano adquiera y desarrolle son utilizados para la resolución de problemas prácticos en la vida cotidiana, por tanto se considera que los niños y niñas de la tercera infancia son capaces de afrontar las dificultades del día a día de una manera más eficaz, en comparación con niños y niñas de la segunda infancia.

Dentro del desarrollo cognitivo, existen dos grandes teorías que explican como este se genera o desarrolla: 1) la teoría o perspectiva piagetiana, la cual explica como el niño o niña interpreta y experimenta el mundo en diversas edades; 2) la teoría sociocultural de Vygotsky, la

cual explica los procesos sociales que influyen dentro del desarrollo y adquisición de las habilidades intelectuales.

Según Piaget (citado por Papalia, 2004) alrededor de los siete años de edad:

Los niños ingresan en la etapa de las operaciones concretas (7-11 años) en la que pueden utilizar operaciones mentales para resolver problemas concretos (tangibles). Ahora, los niños pueden pensar de manera lógica porque pueden tomar en cuenta diversos aspectos de una misma situación. Sin embargo, su pensamiento aún se encuentra limitado a situaciones reales en el aquí y el ahora (p. 385)

En resumen según Linares, (2009) dentro de las operaciones concretas que Piaget realizó, los niños en esta etapa han desarrollado y empiezan a: a) Utilizar las operaciones mentales y la lógica para reflexionar sobre los hechos y los objetos de su ambiente; b) su pensamiento muestra menor rigidez y mayor flexibilidad; c) el pensamiento es menos centralizado y egocéntrico.

En cuanto a su razonamiento moral, Piaget plantea que, entre los siete y once años de edad este razonamiento se caracteriza por una creciente flexibilidad. Papalia, (2004) considera que a medida que los niños interactúan con más personas, empiezan a descartar la idea de que existe una norma única y absoluta de lo correcto e incorrecto.

Cuando los niños avanzan en su escolaridad, presentan un progreso continuo en su capacidad para regular y mantener la atención, procesar y retener la información; planear y supervisar su propio comportamiento. Luna, NICHD Early Child Care Network, Zelazo y Muller (citados por Papalia, 2004) mencionan que todos estos sucesos interconectados son esenciales para la función ejecutiva, el control consciente de pensamientos, emociones y acciones para alcanzar metas o solucionar problemas.

El nivel socioeconómico, puede ser un factor poderoso en el aprovechamiento escolar; no en si mismo sino por su influencia en factores tales como ambiente familiar, elección de vecindario y prácticas de crianza infantil. “Los hijos de padres pobres tienen mayores probabilidades de experimentar un ambiente negativo tanto en casa como en la escuela, sucesos estresantes y hogares inestables y caóticos” (Evans, 2004; Felner, 1995 citados por Papalia, 2004, p. 427). Dichas situaciones también impactan la capacidad de los niños y niñas para desarrollar y regular sus emociones.

Inicialmente hay que tener en cuenta y de acuerdo con Shaffer, (2007) el tipo de apego afectivo que el niño logra formar tiene consecuencias importantes en su desarrollo social, emocional e intelectual.

Según Vera, (2009) existen 6 rasgos característicos de las emociones de los niños las cuales son:

- 1) emociones intensas: donde los niños pequeños responden con la misma intensidad a un evento trivial que a una situación grave;
- 2) emociones que aparecen con frecuencia: los niños presentan con frecuencia emociones, teniendo en cuenta el aumento de su edad y descubren que las explosiones emocionales provocan desaprobación o castigos por parte de los adultos;
- 3) emociones transitorias: son las emociones que los niños experimentan de un momento a otro, donde pasan del llanto a la risa o de los celos al cariño, etc.;
- 4) las respuestas reflejan la individualidad: los niños desde recién nacidos, gradualmente dejan sentir las influencias del aprendizaje;
- 5) cambio en la intensidad de las emociones: las emociones de los niños que eran muy graves para ellos en ciertos momentos de la edad gradualmente van desvaneciendo cuando crecen y se van volviendo más fuertes;
- 6) emociones, se pueden detectar mediante síntomas conductuales: los niños pueden normalmente no mostrar sus reacciones emocionales en forma directa; pero lo harán indirectamente mediante la inquietud, fantasías, mentiras, llanto, dificultades académicas, dificultades en el habla (p.3)

Para comprender la emocionalidad de los niños en edades de 9-12 años, es importante saber cómo es el desarrollo en estas edades, entre los 7-8 años los seres humanos nos convertimos en actores y jueces, donde aparece el orgullo y la vergüenza aunque no haya público. Hacia los 10 años los niños pueden integrar sentimientos opuestos y es la época en donde se dan cuenta que los sentimientos hay que controlarlos (Vera, 2009); por lo general, según Tangne y Dearing (citados por Shaffer, 2007) la vergüenza hace que el niño se concentre negativamente en sí mismo lo cual puede impulsarlo a ocultarse o evadir a la gente.

Según Alessandri y Lewis (citados por Shaffer, 2007) los padres influyen en la experiencia y expresión de las emociones autoevaluativas, por lo general, cuando los adultos reaccionan de manera negativa, criticando los fracasos de los niños, estos muestran altos niveles de vergüenza después de un fracaso y poco orgullo después de un éxito o viceversa; por tanto, la reacción de los padres determinara si el niño se siente culpable o avergonzado. Como dicen Caspi et al., Eisenberg et al., Maughan y Cicchetti, Valiente et al. (Citados por Shaffer, 2007)

desafortunadamente los niños expuestos a expresiones frecuentes de emociones negativas en el hogar, muestran a menudo una intensa emotividad negativa que les cuesta mucho controlar.

Del mismo modo, la autorregulación emocional en los niños (as), implica un control voluntario de las emociones, atención y comportamiento, de acuerdo con Eisenberg et al., (2004) “niños (as) con poco control muestran enojo o frustración de manera visible cuando se les interrumpe que hagan algo que quieren hacer” (p. 34). De acuerdo con Papalia, (2004) a medida que los niños crecen emocionalmente están más conscientes de sus sentimientos y de los de otras personas, por tanto pueden regular mejor sus emociones y pueden responder a la reacción emocional de los demás.

Según Eisenberg, Fabes y Murphy (citados por Papalia, 2004) “los niños prosociales suelen actuar de manera apropiada en situaciones sociales, estar relativamente libres de emoción negativa y afrontar los problemas en forma constructiva” (p. 425). De acuerdo con los autores, los padres que reconocen los sentimientos de angustia de sus hijos y que les ayudan apaciguar su angustia, fomentan la empatía, el desarrollo prosocial y las habilidades sociales, mientras que cuando los padres responden con desaprobación o castigos, las emociones como el enojo y el temor se pueden volver más intensas y quizá obstaculicen la adaptación emocional.

En resumen, una buena regulación de las emociones, requiere la capacidad de suprimir, conservar e inclusive intensificar la excitación para seguir enfrentando de forma productiva los retos o las personas con que tratamos en la vida diaria (Cole, Martin & Dennis, 2004; Campos, Frankel & Camras, 2004 & Thompson, 1994 citados por Shaffer, 2007).

Por otro lado, debemos tener claro en cuanto al desarrollo psicosocial, que todos los humanos somos seres que necesitamos de las relaciones sociales, para esto varios autores generaron teorías que explican como desde la infancia se desarrolla y es necesaria. En este apartado mostraremos como los niños entre los 9-12 años generan habilidades y desarrollan su capacidad psicosocial. Según Vygotsky (citado por Linares, 2009) no es posible entender el desarrollo del niño si no se conoce la cultura donde se cría, por otro lado este autor propone que el conocimiento no se construye de modo individual como lo afirma Piaget, sino que por el contrario se construye por las relaciones de las personas a medida que interactúan.

Mediante la interacción con pares y adultos conocedores, las habilidades sociales “innatas” se transforman en funciones mentales superiores, uno de los cinco conceptos que Vygotsky (citado por Linares, 2009) considero fundamentales para el desarrollo psicosocial; los otros

cuatro conceptos son las habilidades psicológicas, la zona de desarrollo próximo, las herramientas del pensamiento y la mediación. Los cuales están implicados en todo el proceso psicosocial

Finalmente, dentro del planteamiento de Vygotsky (citado por Linares, 2009) las funciones mentales están divididas en dos: 1) las funciones mentales inferiores, que son aquellas con las que nacemos, son determinadas genéticamente; 2) Las funciones mentales superiores, que son las que se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social.

Luego de haber descrito las características de las condiciones de vulnerabilidad en la cual están inmersos los miembros de la población escogida, además de las características físicas, cognitivas y psicosociales de dicha población, se hace apertura a la ansiedad infantil como variable interviniente y de interés en el presente trabajo.

Ansiedad: Perspectivas teorías en la niñez intermedia

La ansiedad se considera una emoción propia de todas las personas. El organismo humano reacciona con una activación del sistema nervioso autónomo ante estímulos que pueden suponer una amenaza para él Amorós y Sánchez, (2005) plantean que en determinadas ocasiones, la ansiedad alcanza su nivel más alto y puede aparecer en situaciones donde no hay motivo de alarma real, por lo que se convierte en una reacción emocional no adaptativa, provocando de esta manera, malestar en la persona. Por otra parte Durand y Barlow, (2007) consideran que “la ansiedad es un estado de ánimo negativo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión hacia el futuro” (p. 124).

Tradicionalmente, los términos de miedo y ansiedad se diferencian porque el primero se asocia a algún tipo de estímulo externo amenazante identificable, mientras que la ansiedad no, en este caso se trataría de un estado emocional más difuso y sin una amenaza realmente reconocible. Por otra parte, en algunas ocasiones los estímulos inductores de respuestas de miedo-ansiedad son de tipo interno (interoceptivo), generalmente más difíciles de determinar por el sujeto que los estímulos externos. En concreto, Epstein (citado por Belloch, Sandin & Ramos, 2008), ha diferenciado ambos conceptos en términos de la acción, así, según este autor, el miedo puede ser entendido como un drive que motiva la conducta de evitación (o escape) ante la percepción de un estímulo de amenaza, mientras que la ansiedad sería un estado emocional de

miedo no resuelto o un estado de activación que no posee la dirección específica tras la percepción de amenaza.

La ansiedad al igual que cualquier otra emoción, implica la respuesta por los tres canales: subjetivo o cognitivo, fisiológico o somático y motor o conductual, por tanto Belloch, Sandin y Ramos, (2008) plantean:

Que la respuesta cognitiva, es el componente relacionado con la propia experiencia interna (pensamientos intrusivos u obsesivos) e incluye variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos asociados con la ansiedad. En cuanto a la respuesta fisiológica-somática, la experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico ya que los cambios físicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos como internos y por último las respuestas motoras corresponden a los componentes observables de conducta, que aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente hace referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación (p. 46)

Según Ruiz y Lago, (2005) la emoción del miedo puede funcionar como señal de alarma y como barrera contenedora para impedir que el niño se aventure en situaciones para las que todavía no ha desarrollado las habilidades necesarias.

Como dice Ruiz y Lago, (2005), los sentimientos de miedo, temor, ansiedad, tristeza, etc. ocurren en las personas de forma normal y en cualquier momento del desarrollo desde la infancia en adelante, esto puede ocurrir por varias causas, motivos, consecuencias y con diversas manifestaciones y funciones adaptativas, esto cambia conforme el niño crece y pasa de la infancia a la adolescencia.

Puede deducirse a partir de lo que se ha expuesto y de acuerdo con Belloch, Sandin y Ramos, (2008) que la ansiedad es entendida bien, o como una respuesta normal y necesaria, o bien como una respuesta desadaptativa mejor conocida como ansiedad patológica; de modo que nos centraremos en describir los diferentes trastornos de ansiedad en la infancia, las teorías explicativas, la evaluación, tratamientos y eficacia de dichos tratamientos, específicamente en la fobia escolar.

De acuerdo a lo anterior, los niños y los adolescentes al igual que los adultos, pueden manifestar un trastorno de ansiedad ya que determinados sucesos como el comienzo del colegio,

el nacimiento de un hermano, la pérdida de un familiar, o el cambio de casa, pueden precipitar la aparición del problema. Amorós y Sánchez, (2005) plantean que algunos de estos problemas son específicos a una edad determinada, como la ansiedad ante la separación de los padres o de los familiares del niño y teniendo en cuenta que a pesar de compartir muchas similitudes con la ansiedad en el adulto, la reacción del niño o niña pueden ser significativamente expresados de diferente modo, al igual que las consecuencias negativas de la ansiedad infantil pueden afectar más que en la vida adulta, dado que puede interferir con el proceso de crecimiento y maduración en el que se encuentra el niño.

Según Black, Leonard y Rapoport (citados por Aldana, 2009) en el caso de los niños, existen diferentes miedos que a lo largo del desarrollo van variando y que no se pueden englobar dentro de un trastorno de ansiedad como tal. A diferencia de los miedos, la ansiedad es más difusa e inespecífica. En el caso de los trastornos de ansiedad es frecuente encontrar preocupaciones irracionales que causan interferencia significativa en el funcionamiento del niño.

Como dice Ruiz y Lago, (2005) en los niños se encuentra dentro del desarrollo una clase de temores que pueden generar algún tipo de trastorno de ansiedad en ellos, según el momento evolutivo:

Tabla 1.

Temores en el desarrollo y los trastornos de ansiedad. Según momento evolutivo.

Edades	Miedos y temores	Trastornos de ansiedad prototípicos
Infancia hasta 5 años	- Estímulos discrepantes - Ansiedad ante extraños - Ansiedad de separación - Otros; como oscuridad, seres extraños, etc.	Ansiedad generalizada
Niños de 5 – 12 años	-Acontecimientos misteriosos - Daños corporales -Adecuación (rechazo parental) y rendimientos - Relación con iguales	- Ansiedad de separación - Trastornos de ansiedad generalizada - Fobias específicas
Adolescentes	-Adecuación social - Hipocondriasis - Miedo a la muerte	- Fobia social - Trastornos propios del adulto

Fuente de (Ruiz & Lago, 2005)

En los niños y niñas, según Ruiz y Lago, (2005) la diferencia en la determinación de si la ansiedad que presentan es normal o patológica, es la capacidad que los niños tienen para recuperarse de la ansiedad y permanecer libre de esta; “las respuestas que se manifiestan en los niños ante una situación percibida como amenaza están el llanto, la evitación, la huida, la confrontación de la situación, el aislamiento social, etc. todas estas respuestas están determinadas por diferencias interindividuales” (p. 267).

Hay que aclarar que según Ruiz y Lago, (2005) las manifestaciones ansiosas en los niños se presentan también teniendo en cuenta la etapa evolutiva en el que se encuentren, por ejemplo en los niños más pequeños se presenta frecuentemente actividades excesivas, como comportamientos exagerados y de llamada de atención, dificultades a la separación o al momento de ir a dormir; en niños y/o niñas con estos comportamientos se pueden confundir con otro tipo de trastorno como el TDAH u otros (p. 267).

Según Aldana, (2009) “la presencia de sintomatología ansiosa, repercute directamente sobre el funcionamiento escolar, social y familiar” (p. 94). En la investigación realizada por Lalongo (citada por Aldana, 2009) los niños con elevados niveles de ansiedad obtuvieron bajos logros especialmente en lectura y matemáticas. La existencia de sintomatología ansiosa en niños de primer grado de escolaridad predijo la aparición de ansiedad en quinto grado.

Dentro de las diferentes formas de ansiedad que se pueden presentar en los niños y adolescentes, se puede observar que se encuentran las mismas clasificaciones al igual que en los cuadros ansiosos de los adultos, según DSM IV, existen otros trastornos ansiosos que se presentan solo en los niños y adolescente pero son muy pocos, a continuación veremos cuáles son los trastornos y sus características en niños y adolescentes:

El Trastorno de Ansiedad Generalizada según Dugas y Ladouceu (citados por López, 2005) puede definirse como la preocupación de una cadena de pensamientos e imágenes continuos sobre un peligro futuro que se experimentan como aversivos y relativamente incontrolables.

Según la APA, (2002) “este trastorno se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva y descontrolada que se presenta la mayor parte de los días y durante al menos varias semanas seguidas” (p. 447). Los niños y adolescentes con este trastorno de ansiedad suelen preocuparse por su rendimiento académico o la calidad de sus actuaciones no solo en el ambiente familiar o social sino también en el ámbito escolar. De acuerdo con Aldana, (2009) estos niños se preocupan excesivamente por los logros académicos, son calificados como niños perfeccionistas,

inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos si no se sienten a gusto con lo que han realizado y/o con la nota que obtuvieron.

Según Ruiz y Lago, (2005) las preocupaciones patológicas de los niños se acompañan de varios síntomas, expresión de la hiperactivación simpática como taquicardia, taquipnea, sudoración, sequedad de boca, etc. (en los niños la presentación de síntomas por lo general es más limitado que en los adultos). Por otro lado, Aldana, (2009) plantea que “es frecuente la necesidad de seguridad y las quejas o síntomas somáticos como cefaleas, dolores abdominales recurrentes sin una causa orgánica que explique este cuadro” (p.95). Como dice Ruiz y Lago, (2005) las preocupaciones en los niños con este trastorno son múltiples y variables, en ocasiones también se suele confundir con una depresión pues se asocian o solapan frecuentemente.

La ansiedad y las preocupaciones están asociadas además, con síntomas tales como inquietud o impaciencia, cansarse o fatigarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador). El DSM-IV (citado por López, 2005) exige tres o más de estos seis síntomas (uno en niños) y que algunos de ellos hayan estado presentes habitualmente (más de la mitad de los días) durante los últimos 6 meses. Aunque los síntomas mencionados parecen los más importantes, otros posibles síntomas físicos son temblores, sacudidas, dolores o entumecimientos musculares, manos frías y húmedas, boca seca, sudoración, náusea o diarrea, dificultad para tragar o nudo en la garganta y respuestas exageradas de sobresalto.

En cuanto a las áreas más comunes de preocupación según la APA y Barlow (citados por López, 2005) suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros.

Según Aldana, (2009) la ansiedad por separación, en los niños (as) que padecen este trastorno suelen experimentar malestar excesivo y recurrente al estar separado de su hogar o de las personas con las cuales existe cierto vínculo, requieren conocer el paradero de las figuras de apego, que estén en constante contacto con ellas, puede vivir fantasías de daño hacia los otros como accidentes o circunstancias que les impidan volver a verlas, suelen tener miedo a perderse y no volver a reencontrarse con sus figuras de apego.

La duración de los síntomas debe ser como mínimo de 4 meses de aparición y el inicio de los mismos debe ocurrir antes de los 18 años. Las preocupaciones excesivas dan lugar a una reacción inadaptativa, cuya expresión puede variar con la edad (Ruiz & Lago, 2005).

Por otra parte la fobia social, es una forma específica de ansiedad, que se puede definir según Koplewicz, (2000) como un malestar y/o inhibición en situaciones sociales donde la persona que lo padece puede ser objeto de burla, atención o evaluación negativa. Según el CIE-10 citado por Ruiz y Lago, (2005) “para llegar a este diagnóstico en los niños, estos deben manifestar miedo persistente o recurrente, evolutivamente en una fase apropiada, pero en un grado anormal y asociado a deterioro funcional significativo que debe estar presente más de 4 semanas” (p.270)

La sintomatología somática que se presenta pueden ser palpitaciones, diaforesis, temblor, diarrea y rubor facial entre otros. Los niños con fobia social pueden llorar, hacer berrinches o esconderse detrás de sus padres cuando se enfrentan a situaciones sociales, se presenta aferramiento como abrazos y mutismo (Aldana, 2009).

El desarrollo de las comorbilidades psiquiátricas como la depresión, el pánico o abuso de sustancias eventualmente instiga la búsqueda de ayuda, como dice Gisele, Isolan, Blaya, Maltz, Heldt, y Pollack, (2003) la etiología de la fobia social es incierta, pero varias líneas plantean la importancia de la investigación familiar, genética neurobiológica, factores como traumas y dificultades en la infancia han estado implicadas en la génesis de la fobia social.

Según Ruiz y Lago, (2005) la fobia específica es un miedo irracional ante determinadas situaciones y objetos los cuales se acompañan de una evitación de estímulos aversivos y además interfiere con el normal funcionamiento diario. Esta ansiedad es indistinguible de la que aparece en otros trastornos, ya que está presente o se activa con la presencia del estímulo fóbico, los cuales pueden ser, animales, rayos, oscuridad, volar, dentista, espacios cerrados, sangre, daño corporal, insectos, estos suelen aparecer antes de los 7 años.

Un miedo irracional a un objeto o situación se puede adquirir según Cárdenas, (2010) por medio de la asociación de una experiencia temerosa con un objeto o situación en particular. También se puede adquirir por evitar constantemente el miedo irracional para no enfrentarse con el objeto o situación temida. Un factor de riesgo puede ser los padres controladores y sobre protectores, que probablemente no son capaces de identificar la ansiedad que experimentan sus hijos, o peor aún, considerarla normal.

Las respuestas suelen estar acompañadas de sintomatología somática evidente y en el caso de los niños suele ser expresada con llanto, berrinche, entumecimiento o aferramiento a sus padres (Bernstein, Rapoport & Leonard, 1997; Kaplan & Sadock, 1995; Leonard, Rapoport & Swedo, 1997 citados por Aldana, 2009). De acuerdo con Gold, (2006) “los pensamientos catastróficos generaran un miedo intenso y persistente, que podrá manifestarse por crisis de angustia, con pérdida del autocontrol, desencadenando una serie de repuestas físicas” (p. 35)

Por último, este autor plantea que un tipo de fobia específica importante en la edad escolar es la ansiedad escolar, dado que la evitación (huida) es el mecanismo más frecuente en la niñez, por lo general los niños presentan deterioro en el rendimiento escolar cuando los estímulos fóbicos están relacionados con este contexto, por lo que cuando es tan intenso el miedo a ir a la escuela, puede constituir una verdadera patología, aun que debe aclararse que no es la causa más frecuente de rechazo a ir a la escuela.

El Trastorno obsesivo compulsivo, suele aparecer en la adolescencia y en la edad adulta, y se caracteriza por las obsesiones y/o compulsiones recurrentes que son lo suficientemente molestas para causar malestares severos (Aldana, 2009).

Según Koplewicz, (2005) las obsesiones son pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes mentales que generan ansiedad no deseada y causa angustia. A menudo, las obsesiones son sin sentido, desagradable, de mal gusto, o incluso repugnantes.

En las compulsiones, los pensamientos o TOC llevará a cabo en un intento de de ignorar, suprimir o "neutralizar" sus obsesiones, estas implican típicamente repetitivos comportamientos (lavado, comprobación, evitar) o actos mentales (contar, silenciosamente repetir ciertas palabras, rezar) que una persona siente que debe llevar a cabo con el fin de reducir la angustia o prevenir algunos eventos temidos (Koplewicz, 2005).

La población infantil, sin embargo, ha sido menos estudiada. Según Perpiñá, García, Canalda, y Boget, (2002) “una proporción significativa de niños y adolescentes con TOC presentan alteraciones neuropsicológicas, principalmente en la integración visomotora, en la memoria visual y en el rendimiento manipulativo, circunstancia que indica una leve disfunción del hemisferio derecho y del lóbulo frontal” (p. 961).

Según AACAP, (2004) el trastorno de pánico, es un desorden común y tratable; en los niños y adolescentes con trastorno de pánico presentan periodos inesperados y repetidos de intenso miedo o malestar, junto con otros síntomas como, el latido del corazón acelerado o sensación de

falta de aire; estos periodos se llaman “ataques de pánico” y se desarrollan con frecuencia sin aviso, otros síntomas que ocurren con frecuencia son: intenso temor por algo, palpitaciones rápidas o violentas, mareos o aturdimiento, dificultades para respirar o sensación de ser sofocado, temblor o estremecimiento, sensación de irrealidad, miedo a morir y perder el control.

Por lo general el trastorno de pánico se presenta desde la adolescencia, pero en algunos casos puede ocurrir desde la infancia, principalmente por factores hereditarios. AACAP, (2004) plantea que “si este trastorno no se trata o interviene a tiempo puede tornar a ser devastador y complicado, los ataques de pánico pueden interferir con las relaciones del niño o adolescente, en el trabajo escolar y el desarrollo normal” (p.1).

Por su parte Aldana, (2009) plantea que los niños (a) con Trastorno de estrés postraumático presentan una alta variedad de reacciones al trauma, las cuales incluyen conductas regresivas, ansiedad, miedos, somatizaciones, depresión, problemas de conducta, aislamiento, déficit de atención, disociaciones y trastornos del sueño. En los niños más pequeños es más frecuente la regresión al episodio o la pérdida de habilidades recientemente adquiridas, como puede ser la enuresis y ecopresis, pedir ayuda en actividades que ya dominaban, algunos niños se ponen agresivos y otros pasivos, lo más común es el aumento de los miedos específicos o fobias especialmente a situaciones que le recuerde el factor estresante, la ansiedad de separación o ansiedad generalizada.

Montt, (2001) afirma que la sintomatología depende de la severidad, tipo de estresor, de su cronicidad, de las características del niño y su historia previa, de la calidad del apoyo social, de la presencia de estresores asociados y los sucesos posteriores al evento, entre otros y en general el estrés más severo tiene un curso más prolongado tanto en niños como en adultos.

En cuanto a variables ajenas a los niños, están las características del evento traumático, se ha encontrado que la severidad del trauma se correlaciona con el grado de la exposición, medido a través de la proximidad física y emocional del estresor. Además el trauma es más severo si éste es provocado por un ser humano, y si su conducta es voluntaria; las adversidades posteriores al evento, la separación del niño y sus padres, el ser ubicado en un albergue, dificultades económicas, etc; y “finalmente la respuesta del niño al estresor se relaciona con la respuesta de los padres a éste. Hay una asociación entre sintomatología de padres e hijos” (Montt, 2001, p. 114).

Terr (citado por Montt, 2001) distingue entre trauma tipo I y II:

En el tipo I hay un evento único, no anticipado, que se asocia con los síntomas de estrés post traumático de reexperiencia, evitación e hiper arousal. Estos niños recuerdan detalles de la situación, presentan "augurios", distorsiones cognitivas y errores perceptivos, los que pueden formar la base para un cambio de personalidad, así como en las relaciones interpersonales y actitudes. El tipo II ocurre como respuesta a un estresor crónico, pudiendo haber miedo o ausencia de sentimientos respecto del trauma inicial. Incluye estrategias de defensa y manejo como la negación, represión, disociación, "auto-anestesia", "auto-hipnosis", identificación con el agresor y conducta autodestructiva. Estos factores alteran el funcionamiento y desarrollo de la personalidad. (p.115).

Contextualizando a nivel Colombia, la Guerra es una experiencia colectiva que influye directamente en la aparición de un TEPT ya que destruye el mundo social de la población afectada. En Colombia ha existido el conflicto armado interno en el último medio siglo y el riesgo de morir o enfermar como víctima de la guerra aumentó así como el desplazamiento forzado y la pobreza de las comunidades afectadas. Por ello en el estudio de Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático por la Guerra, en Niños de Cundinamarca, Colombia se rescantan algunas condiciones de vulnerabilidad que afectan la presentación del trastorno (Perez, Fernández & Rodado, 2005).

El Trastorno por hipersensibilidad social en infancia, Según Ruiz y Lago, (2005) su síntoma predominante, es la tendencia del niño a evitar el contacto con personas desconocidas, lo que interfiere en su vida social. La anomalía debe presentarse al menos durante 6 meses para realizar el diagnóstico, de esta manera dicho autor plantea que la ansiedad que presenta el niño hace que se muestre tímido y aturdido frente a personas que no conoce siendo incluso incapaz de hablar o saludar.

Según Neil, (2012) el Trastorno de rivalidad entre hermanos, puede ser un poco útil, ya que ayuda a los niños a que desarrollen fortalezas en el afrontamiento de desilusiones, negociar relaciones y aprender que no todo en la vida puede ser justo o equitativo. Esto es algo común en las familias, pero de igual manera cuando esta rivalidad torna a ser difícil y persistente hay que abordar antes de que convierta en algo peligroso.

La rivalidad entre hermanos puede desarrollarse según Neil, (2012) por una serie de causas comunes como las siguientes: "1) diferencias de edad en los niños; 2) favoritismo; 3) fomento y

adopción; 4) enfermedades graves y discapacidad en los hermanos; 5) escuela; 6) pares y 7) las dificultades de salud mental en los niños o padres”

Finalmente, la Fobia escolar, según Sanz, (2001) es sin duda, la más específica de las fobias de la infancia, y afecta aproximadamente al 4% de los niños que acuden a las consultas de psiquiatría y la define como “El temor irracional e insuperable a ir al colegio” (p. 67), este temor se relaciona a veces con alguna circunstancia concreta de la vida escolar, como temor a un profesor, a un compañero o a una asignatura. Otras veces es un miedo inespecífico, de carácter general, que se expresa en miedo a hacer el ridículo o a ser criticado. También puede darse la circunstancia de que el niño no exprese de forma abierta el miedo a la escuela, pero la negativa a ir y el conjunto de síntomas que lo acompañan hace sospechar el diagnóstico.

De igual manera Martínez, Inglés, Trianes, y García, (2011) definen la fobia escolar como “un conjunto de síntomas agrupados de respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras emitidas por un individuo ante situaciones escolares que son percibidas como amenazantes y/o peligrosas” (p. 1026); Un aspecto adicional que trabajan estos autores es que las variables que influyen dicha ansiedad escolar se pueden reducir a dos grandes: la percepción del clima social de la escuela y la violencia cotidiana en los días de clase entre los alumnos.

En este caso los niños al igual que los adultos en la sintomatología suelen generar evitación ante el estímulo que les genera algún tipo de sintomatología molesta para ellos. Esta fobia debe tener un mínimo de aparición de 6 meses (Aldana, 2009). Sin embargo según Sanz, (2001) la crisis de angustia propia de la fobia escolar se presenta justo antes de tener que salir para clase, o la noche anterior, o a lo largo de la tarde de la víspera incrementándose a partir del anochecer.

Según Ruiz y Lago, (2005) el niño o niña puede expresar de forma directa el miedo, pero lo más frecuente es que no vaya al colegio por otros motivos, puede presentar síntomas físicos que parezcan una enfermedad que les haga imposible levantarse por la mañana (dolor abdominal, de cabeza, náuseas, dolores en las piernas, palpitaciones, etc.). “Cuando se investiga es frecuente que estos síntomas no aparezcan los fines de semana o en períodos vacacionales” (p.271). El niño puede ser capaz de salir por las tardes a jugar con los niños, sin embargo, “en algunos casos, el inicio de los síntomas puede tener lugar después del padecimiento de una enfermedad aguda o cualquier otro motivo que requiera un período de ausencia o cambio de colegio” (p. 271).

Barlow (citado por Esparza & Rodriguez, 2009) sostiene que son precisamente los mecanismos cognitivos que median el estímulo estresante y la respuesta emocional lo que

permiten distinguir la ansiedad de otras emociones. Dichos planteamientos son congruentes con la propuesta de quien afirma que en la ansiedad existe la mediación de la estructura cognitivo-afectiva.

En general, Dentro de la ansiedad en la infancia existen varios factores contextuales, individuales, culturales, sociales, emocio-afectivos y biológicos que intervienen dentro del desarrollo infantil, según Esparza y Rodríguez, (2009) si se tiene en cuenta que la dimensión emocional es fundamental dentro del desarrollo infantil, se pone en evidencia la necesidad de profundizar acerca de los diversos problemas emocionales que se pueden presentar a lo largo de la infancia, ya que éstos tienen un efecto importante sobre el desarrollo cognitivo, social y afectivo de los niños. Asimismo, son relevantes las consecuencias que se reflejan en etapas posteriores como la adolescencia e, incluso, en la adultez temprana, cuando estos problemas no son atendidos oportunamente tal como lo señalan (Marsh & Graham, 2001 citados por Esparza & Rodríguez, 2009).

Las investigaciones relacionadas con la prevalencia en la población infantil de la ansiedad y la depresión no sólo ponen de manifiesto la importancia de reconocer que el diagnóstico forma parte de las estrategias de prevención, sino que también demuestran que la psicología deberá tener en cuenta que la variable edad de inicio, se constituye en un factor esencial a la hora de hacer pronósticos sobre la mejoría y consecuencias futuras. El Ministerio de Protección Social, (2003) reporto que “para el caso de los trastornos de ansiedad, su aparición ocurre entre los seis y los veinticuatro años de edad, dependiendo del trastorno específico” (p. 27), lo que coincide con las etapas en las que más se reciben quejas por parte de padres y maestros. Esto pone en evidencia el impacto de la ansiedad sobre los entornos socio-afectivo y escolar (Esparza & Rodríguez, 2009).

Sin embargo hay que tener en cuenta de acuerdo con Vallejo et al. (citado por Esparza & Rodríguez, 2009) que en algunos casos de ansiedad, se evidencia presencia de síntomas depresivos tal y como lo revelan algunas valoraciones, en las cuales plantean que, “entre un tercio y la mitad de los pacientes con uno de estos trastornos presentan síntomas del otro” (p. 51). De la misma forma, el estudio, realizado por González et al. (citado por Esparza & Rodríguez, 2009) reveló que tres de cada cuatro casos diagnosticados con ansiedad presentan síntomas depresivos, lo cual puede también ocurrir al contrario.

En el estudio acerca de la aplicación del Modelo Tripartito de la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes de Watson y Tellegan, Ollendick et al. (citados por Esparza & Rodríguez, 2009) mencionan la relevancia que ha ido adquiriendo dicho modelo en infantes de diversas edades, luego de realizar un análisis factorial al modelo aplicado en niñas y niños, los autores sugieren la existencia de un factor individual tanto para la ansiedad como para la depresión, de forma que mientras la ansiedad se caracteriza por la tensión e hiperactivación fisiológica, en la depresión la característica principal es una ausencia de afecto positivo.

Por tanto, en este punto adquiere fundamental relevancia tomar en consideración el tema de la evaluación tanto de la ansiedad como de la depresión. Rodríguez y Martínez (citados por Esparza & Rodríguez, 2009) establecen que para el caso de la ansiedad, la evaluación debe ser muy cuidadosa e involucrar diversas estrategias, teniendo en cuenta los diferentes ambientes, las posibles personas que puedan brindar información sobre el niño y la comorbilidad con otros trastornos que se pueden presentar, priorizando el que puede ser la base y el agente de mantenimiento de la problemática. Esto contribuye a identificar el tipo de ayuda que los niños y adolescentes necesitan, y programar adecuadamente el plan de tratamiento.

De igual manera se presenta la necesidad de conocer e identificar los factores de adquisición de la ansiedad, por tanto Rodríguez y Martínez (citados por Esparza & Rodríguez, 2009) establecen que la teoría del condicionamiento clásico se ha constituido como una de las propuestas más importantes aplicadas a la población infantil, de la misma forma que lo ha sido la teoría del condicionamiento operante como factor de mantenimiento en dicha población.

De la misma manera, Moreno y Mestre (citados por Esparza & Rodríguez, 2009) han establecido que los acontecimientos vitales juegan un papel relevante en el mantenimiento de la ansiedad, debido a que tal como lo afirma Becerra, et al. (citado por Esparza & Rodríguez, 2009) la presencia de un conflicto se relaciona con la aparición de estados ansiosos.

Sin embargo, los factores contextuales y situacionales para el caso de la ansiedad juegan un papel relevante en la manifestación o no de la vulnerabilidad genética (Méndez et al., 2001; Bragado et al., 1999 citados por Esparza & Rodríguez, 2009). Se han identificado diferentes factores predisponentes entre los que se destacan la falta de soporte social, condiciones socio demográficas como el bajo nivel socioeconómico, la presencia de amenazas, los estilos de afrontamiento, la ausencia de una afectividad positiva y consistente por parte de los padres, los conflictos entre pares y figuras de autoridad, al igual que una autoridad parental inconsistente

(Catalán, 2000 citado por Esparza & Rodríguez, 2009). Lo cual es coherente con la relación entre condiciones de vulnerabilidad y ansiedad planteada en este trabajo.

En conclusión, las demandas permanentes del entorno y sus implicaciones en el desarrollo del niño han suscitado un sinnúmero de preguntas sobre la forma en que los eventos estresores derivados de los contextos más inmediatos, como son la escuela y la familia, tienen implicaciones sobre el desarrollo emocional. En este sentido, Seiffge-Krenke (citado por Esparza & Rodríguez, 2009) resaltó la necesidad de tener en cuenta los estresores relacionados con el colegio (evaluaciones, relaciones con pares, profesores, afectivas y cambios de grado) y con la familia (conflictos con padres), al tiempo que discutió el valor del afrontamiento como estrategia para lograr resolverlo desde el cambio de las condiciones que lo generan.

De acuerdo a lo anterior y a la investigación realizada por Esparza y Rodríguez, (2009) en un grupo de 264 niños escolarizados de estrato medio-bajo con edades comprendidas entre seis y once años, los resultados obtenidos arrojaron que:

Entre las características familiares se observa que el 70% de los niños conviven con su familia nuclear, el 30% con uno de sus padres, el 19% son hijos únicos y el 33% han experimentado situaciones críticas, como por ejemplo la separación o muerte de uno de los padres, entre otras. Con base en los datos de evaluación obtenidos por parte de los docentes que participaron en el estudio, y tomando las puntuaciones que oscilan entre 75 y 90, así, de 75 a 79 de riesgo, de 80 a 89 de alta y mayor de 90, clínicamente significativo, 142 niños presentan indicadores de ansiedad, lo cual señala una prevalencia del 55,9% dentro de la población infantil del presente estudio. La conceptualización de la ansiedad de la cual partieron los docentes incluyó: estar nervioso, con miedo y preocupado por problemas reales o imaginarios (p. 55)

De esta manera se puede determinar que las respuestas ansiosas de los niños se deben a diferentes factores ambientales, contextuales o biológicos en las cuales es importante hacer énfasis en cada caso particular, evaluando dichos factores para formular correctamente un diagnóstico y por tanto llevar a cabo una intervención efectiva y eficaz que este en pro del bienestar Biopsicosocial de los niños y niñas con ansiedad.

Partiendo del hecho que la institución educativa hace parte del sistema secundario de apoyo del menor y la importancia de este en el desarrollo del ciclo vital de estos, la fobia escolar amerita mayor atención en este punto.

La influencia de la ansiedad en el ámbito escolar ha sido de considerable interés para los maestros, quienes han observado que algunos de sus estudiantes tienen ejecuciones académicas bajas en situaciones caracterizadas por altos grados de ansiedad (Gaudry & Spielberger, 1971 citado por Hernández & Coronado, 2008).

En la literatura se encuentran investigaciones que apoyan la tesis de que los padres, maestros y compañeros desempeñan una función mediadora importante, sobre la probabilidad de que los estudiantes exhiban tendencias ansiosas en el ámbito escolar y dependiendo de los niveles de ansiedad del educando, esta tendencia puede afectar notablemente el desempeño académico de los estudiantes (Cox, 1966; Cox, 1968 & Stevenson, 1965 citados por Hernández & Coronado, 2008).

Según Zeidner (citado por Hernández & Coronado, 2008) el comportamiento ansioso en una situación de exámenes escolares, también “es un constructo multidimensional que se define como un conjunto de respuestas emocionales con componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales que alteran el desempeño y consta de preocupaciones acerca de posibles consecuencias negativas o de fracaso en una situación evaluativas” (p. 15). Es posible que la necesidad de obtener un adecuado rendimiento académico, se pueda convertir en un factor estresante para los estudiantes. Cuando la preocupación por tener una ejecución escolar es alta, especialmente previa a los exámenes, la ejecución puede ser deficiente, al grado de que el alumno repruebe, postergue o abandone definitivamente sus estudios.

A partir de una revisión bibliográfica sobre el tema, Hill y Wigfield (citados por Hernández & Coronado, 2008) estimaron que en E.E.U.U. el 25% de los estudiantes de primaria y secundaria presentaba ejecuciones académicas pobres debido a la ansiedad escolar. En México, aunque el promedio de escolaridad según cifras del 2005 (INEGI) es de sólo 8.1 años, sí se cumplen las metas del Plan Nacional de Desarrollo fijadas en el programa de trabajo del gobierno en turno, que pretende aumentar la escolaridad mínima de la población a 12 años de estudios; durante este sexenio, veríamos la necesidad creciente de diseñar estrategias para atender el problema de la ansiedad escolar, así como de sus secuelas.

En el metanálisis realizado por Seipp (citado por Hernández & Coronado, 2008) de 126 estudios norteamericanos y europeos y encontró una correlación negativa entre ansiedad a los exámenes y ejecución académica, lo que significó que los estudiantes no ansiosos, superaron a los estudiantes ansiosos por casi la mitad de la desviación estándar y que sólo el 39% de los

estudiantes bajos en ansiedad fracasaron en la escuela, en comparación con un 61% de los estudiantes de ansiedad alta.

Desde un punto de vista conceptual y teórico, además del interés que ha generado la investigación de la influencia interferente que juega la ansiedad sobre el desempeño escolar, otro aspecto adicional que ha ocupado un sitio en las investigaciones de algunos especialistas, ha sido la relación entre rendimiento académico y la manera en que el estudiante evalúa su propia ejecución, que tiene que ver con el constructo denominado auto-concepto del estudiante (Hernández & Coronado, 2008). El propósito del dicho estudio fue explorar la relación que guarda el rendimiento académico con dos medidas de ansiedad escolar, y con el auto-concepto académico, con el fin de comprobar mediante indicadores cuantitativos de rendimiento en una clase especial de licenciatura, si las hipótesis que relacionan estas variables y el sentido de las mismas se sostiene al emplear criterios conductuales y fisiológicos de ansiedad escolar.

Es preciso en este momento hacer una revisión de las teorías que explican la aparición y mantenimiento de los diferentes trastornos de ansiedad, para dar explicación al marco conceptual anteriormente mencionado. Empezaremos por aquellas teorías con enfoque conductual:

En cuanto al condicionamiento clásico, *El modelo de Watson y Rayner* (citados por Belloch, Sandin & Ramos, 2008) establecieron en su clásica publicación sobre el aprendizaje del miedo en el pequeño Albert los principios del modelo de condicionamiento pavloviano de las fobias. Estos autores formularon una teoría experimental de las fobias sobre la base del condicionamiento clásico, sugiriendo que cualquier situación o estímulo (principio de equipotencialidad), inicialmente neutro, puede adquirir la propiedad de elicitar respuestas de miedo por su asociación con estímulos nocivos traumáticos, (elicitadores naturales de miedo o dolor; estímulos incondicionados), es decir, que un estímulo neutro puede convertirse en un estímulo condicionado de miedo, por lo que su presencia evocara en el individuo respuestas condicionadas de temor. Por esto, la ansiedad es entendida como una respuesta emocional condicionada.

Tres de las características principales de este modelo son:

- 1) La repetición de la asociación entre los ECs y los EIs incrementara la fuerza de la RC de miedo; 2) las reacciones de miedo fóbico se favorecen cuando la intensidad de miedo inducido por los EIs es elevada (EIs traumáticos); 3) otros estímulos neutros similares a los ECs puede elicitar reacciones de miedo, siendo estas mayores a mayor semejanza con los ECs (p. 98).

Sin embargo, pronto se evidenció que esta teoría presentaba notorias debilidades. Posiblemente una de las más importantes consistió en que no cualquier estímulo puede ser asociado (condicionado) a respuestas de ansiedad; es decir no parece que el principio de equipotencialidad defendido por Watson y Rayner sea compatible con la propiedad selectiva y no arbitraria que no parecen presentar las fobias (Seligman, 1971 citado por Belloch, Sandin & Ramos, 2008). Tal vez por esto fracasaron algunos de los intentos iniciales por replicar los experimentos de Watson y Rayner; en dichos intentos se incluían estímulos condicionados no preparados (por ejemplo un pato de juguete), en lugar de los estímulos preparados (ratas) empleados por Watson y Rayner.

En cuanto al modelo bifactorial mediacional de Mowrer se apoya básicamente en el paradigma de evitación activa (el sujeto aprende a escapar del estímulo elicitor de miedo y a evitar el estímulo incondicionado). El modelo explica el fenómeno de no-extinción de la respuesta condicionada de miedo típica de los trastornos de ansiedad, fenómeno no aclarado por el modelo de condicionamiento de Watson. Es una teoría de dos factores (bifactorial) porque implica tanto al condicionamiento clásico como al operante, dos formas de aprendizaje estrechamente relacionadas pero esencialmente diferentes (Belloch, Sandin & Ramos, 2008).

Específicamente hablando, el modelo se desarrolla en dos fases básicas, en una fase inicial, mediante un proceso de condicionamiento pavloviano se establece una respuesta condicionada de miedo, esta respuesta, una vez constituida como tal, adquiere propiedades de impulso (drive) secundario con capacidad para mediar y motivar el inicio de una conducta instrumental de escape/evitación. En la segunda fase, que implica un proceso de evitación activa, el sujeto no aprende a evitar un castigo (EI), sino más bien a escapar de la exposición al estímulo (EC) que le avisa de la proximidad de un evento aversivo. A la respuesta de evitación ejecutada exitosamente le sigue la seducción del miedo, por lo que la conducta de evitación queda reforzada negativamente. Es decir, el miedo motiva las respuestas de evitación y la reducción del miedo (por escape/evitación) refuerza y mantiene la conducta de evitación (carácter Mediacional del miedo). Dicho en otros términos, el modelo de Mowrer explica el desarrollo del componente emocional del miedo en términos del condicionamiento pavloviano y el componente de evitación del miedo según el principio de reforzamiento negativo (condicionamiento instrumental) (Belloch, Sandin & Ramos, 2008).

La Teoría de la Preparación está en contra de la idea del aprendizaje tradicional, ya que parte de que el organismo está preparado filogenéticamente, a través del proceso evolutivo de la especie, para asociar ciertos estímulos con relativa facilidad y otros con relativa dificultad. Según Seligman (citado por Belloch, Sandin & Ramos, 2008) propuso inicialmente la teoría de la preparación en relación con el aprendizaje en general y posteriormente la aplico a los trastornos fóbicos. Dicho autor definió operativamente la dimensión de la preparación estableciendo un continuo teórico. “Dependiendo de las características de los eventos asociativos (Estímulos y respuesta) el organismo puede estar preparado, no preparado o contra preparado para aprender según un continuo hipotético” (p. 96).

En cuanto a la teoría de Incubación de la Ansiedad, Eysenck (citado por Belloch, Sandin & Ramos, 2008) aportó una versión más moderna sobre el condicionamiento de la ansiedad, mediante lo que se ha denominado tercer gran modelo de condicionamiento o modelo de incubación de la ansiedad, esta teoría de la incubación postula que la ansiedad se adquiere y se mantiene de acuerdo con los principios del condicionamiento pavloviano tipo B. Grant (citado por Belloch, Sandin & Ramos, 2008) diferencia entre condicionamiento pavloviano tipo A y tipo B. En el primero (por ejemplo, condicionamiento de salivación), la motivación debe ser manipulada externamente y las respuestas condicionada e incondicionada son diferentes (por ejemplo, RC= Salivación, RI=Ingestión de comida). En cambio, en el condicionamiento tipo B la motivación es generada por el propio paradigma de condicionamiento y posee menor dependencia del estado motivacional del organismo (por ejemplo, condicionamiento aversivo); además las respuestas condicionada e incondicionada son similares (la RC actúa como sustituto parcial de la RI).

La ansiedad se genera, mantiene e incrementa merced a dichas propiedades del confinamiento pavloviano tipo B. la mera presentación del EC puede producir incremento de la RC en lugar de extinción. Pero para que esto ocurra se precisa la interacción de dos parámetros, esto es, la interacción entre la fuerza de la RC (o intensidad del EI) y la duración de la exposición de la EC (se entiende que se trata de una exposición no seguida del EI) (Grant, 1964 citado por Belloch, Sandin & Ramos, 2008).

Según Grant (citado por Belloch, Sandin & Ramos, 2008) para que exista resistencia a la extinción o incremento (incubación) de la RC, esta debe actuar como agente reforzador (de la conexión EC-RC). Este tipo de reforzamiento solo se produce si la RC es suficientemente

fuerte y si la duración del EC es corta (la fuerza de la RC declina con el tiempo y con la presentación prolongada del EC) (p. 101).

Al hablar de la teoría biológica de la ansiedad tendríamos que inevitablemente hablar de los neurotransmisores implicados en dicha respuesta ansiosa para de esta manera relacionarlos con las estructuras implicadas en dicho proceso.

Comenzando por la Noradrenalina Gómez, (2010) afirma que esta, es un neurotransmisor que se secreta fundamentalmente en el locus ceruleus pero también en los núcleos reticulares laterales, de donde surgen dos grandes vías noradrenérgicas ascendentes que se proyectan al córtex, sistema límbico (hipocampo, amígdala, septum) y al diencefalo (tálamo, hipotálamo). Estas conexiones le dan enorme injerencia a los estados de alerta y vigilancia, y establecen niveles de emoción y/o hiperexcitabilidad (p. 13).

El segundo Neurotransmisor involucrado en este proceso es la Dopamina que está en mayor cantidad que la Noradrenalina. El tercer Neurotransmisor Involucrado es la Serotonina que participa en el control hipotalámico sobre las secreciones de la hipófisis, entre otras, la adrenocorticotropina que en situaciones de ansiedad se encuentra incrementada y estimula la corteza adrenal para producir cortisol (Gomez, 2010). De acuerdo con Gomez, (2010) la serotonina tiene un efecto modulador general, inhibe por acción directa o por estimulación del GABA y Se ha relacionado con los trastornos de ansiedad por actividad ansiogénica, el insomnio, la hipertermia, las náuseas, hipernoradrenergía y aumento del Cortisol plasmático.

El cuarto Neurotransmisor involucrado es la acetilcolina que actúa al nivel del hipotálamo pudiendo influir en la producción neurohormonal, en el tálamo ejerce acción importante sobre el sistema talámico difuso y por consecuencia con el grado de vigilancia al nivel de la corteza y finalmente encontramos el Gaba, inhibidor por excelencia del sistema nervioso central (Gomez, 2010).

Teniendo claro que es la ansiedad, específicamente la ansiedad escolar, que variables y factores intervienen para la adquisición y mantenimiento de dicha problemática, se da apertura a la evaluación de los trastornos de ansiedad, con el fin de comprender y en la práctica dar un diagnóstico acertado, teniendo en cuenta que las respuestas de los niños y niñas con ansiedad pueden ser difusos, en la medida en que se pueden confundir, ya sea con trastornos de la misma categoría de ansiedad o con otros trastornos como depresión o TDAH.

Evaluación de los trastornos de ansiedad infantil

En los trastornos de ansiedad y en este caso para la fobia escolar se deben tener en cuenta las siguientes estrategias de evaluación:

De acuerdo con Carrasco, (2010) la entrevista se debe realizar a padres y niños, ya que se evidencian algunas dificultades al momento de la aplicación como: 1) falsean preguntas por deseabilidad social; 2) dificultad para valorar la gravedad del miedo; 3) para solucionarlo se pregunta lo mismo al niño y a los padres; en cuanto a las ventajas se evidencian las siguientes: 1) los padres y los niños se ven motivados, e interesados, por ello resulta más fácil que en otras patologías; 2) son conscientes del problema y tienen una gran motivación para el cambio; 3) se mezcla poco con la respuesta cognitiva, con lo cual se da la información de manera muy pura; 4) según lo están contando se está manifestando en muchos casos la respuesta de ansiedad; 5) se centran en el aquí y el ahora; 6) se utiliza su lenguaje ya sea (rabioso, asustad.) y 7) se lleva a los padres y a los niños a recordar e imaginar la situación fóbica.

Dentro de las entrevistas estructuradas y semi estructuradas encontramos: 1) Cedula de entrevista clínica (Clinical Interview Schedule), diseñada por Goldberg y cols en 1970; 2) el CIS es una entrevista semiestructurada de carácter general que exige su administración por parte de un entrevistador cualificado, es una de las primeras entrevistas semi-estructuradas para población general y pacientes médicos, que consta de cuatro secciones que evalúan síntomas de diferentes trastornos, incluidos los de ansiedad, preocupaciones, fobias, obsesiones y compulsiones (Hernández, 2007). Además se hace hincapié en que las entrevistas semiestructuradas las puede diseñar el evaluador de acuerdo a las características particulares de la población evaluada, con el fin de obtener resultados veraces, confiables y reales.

Los cuestionarios se pueden aplicar a padres y profesores; para los niños se utiliza el inventario de miedos de Pelechano, en edades entre 4 y 9 años. Esta es una administración individual, también encontramos las siguientes escalas: 1) CBCL: “Child Behaviour Check list” Achenbach (1979); 2) LFSC: “Lovisuelle Fear Survey for Children” Miller (1988) y 3) BPC: “Behavior problema Check list” Quay – Paterson (1988) (Carrasco, 2010).

Dentro de los auto informes más utilizados se encuentran: 1) Inventario de Miedos escolares de Méndez; 2) Cuestionarios de Miedos y temores de Ollendick; 3) Inventario de Miedos de Cautela; 4) GASC: “Escala general de Ansiedad Infantil” de Sarason, (1960), está formada por 45 ítems, repartidas en dos sub-escalas, la escala de mentira y la de ansiedad generalizada; 5) CMAS – R: “Lo que pienso y lo que siento” Reynolds, (1978) niños de 6 a 18 años, según Kamphaus y Frick (2000) el CMAS-R puntúa; puntuación total de la ansiedad, ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, ansiedad de concentración y mentira; 6) FSSC: “FearSurvey Schedule” Wolpe – Lang 1964 (edades de 9 a 12 años), según Kamphaus y Frick (2000), el FSSC puntúa, el temor total, fallas/criticas, temor a lo desconocido, lastimar animales pequeños, temor al peligro/muerte y temores médicos; 7) CAS, Cuestionario de Ansiedad Infantil J.S. Gillis, apreciación del nivel de ansiedad infantil en edades de 6 a 8 años, este instrumento permite efectuar una rigurosa exploración psicológica de los procesos de ansiedad en niños de los primeros cursos escolares mediante un material de fácil aplicación, corrección e interpretación; 8) *C.D. Spielberger, R.L.Gorsuch y R.E. Lushene*, autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio (Ansiedad/estado) y como rasgo latente (Ansiedad/rasgo) en edades adolescentes y adultos. La prueba consta de dos partes, con 20 cuestiones cada una de ellas. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras; 9) STAIC. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños Spielberger, autoevaluación de la ansiedad en niños y adolescentes como estado transitorio y como rasgo latente en edades de 9 a 15 años, la prueba consta de dos partes, con 20 elementos en cada una, mediante los cuales el sujeto puede expresar “cómo se siente en un momento dado” (ansiedad Estado) y “cómo se siente en general” (ansiedad Rasgo) (Carrasco, 2010).

Según Castrillón y Borrero, (2005) el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC), creado por Spielberger y cols. (1973, 1982) en California, es antecedido por el test STAI, del mismo autor. (13) El SPAI-C que según Med, (2005) es un inventario derivado empíricamente desarrollado específicamente para evaluar la fobia social en la infancia y en la adolescencia temprana, como una escala de detección. Útil en la práctica clínica y la investigación, el SPAI-C evalúa una serie de situaciones potencialmente productora de ansiedad (lectura en voz alta,

actuando en una obra de teatro, y comer en la cafetería de la escuela) y evalúa las características físicas y cognitivas de la fobia social, así como comportamientos de evitación. Cada uno de los 26 elementos se califica en una escala de 3 puntos (nunca o casi nunca, a veces, la mayor parte del tiempo o siempre). Algunos de los artículos requieren respuestas múltiples, utiliza un formato de escala Likert que permite una evaluación de la frecuencia con la que se experimenta cada síntoma. La puntuación máxima SPAI-C es 52, lo que indica que el niño experimenta ansiedad con una alta frecuencia en una amplia variedad de entornos sociales. Además de su puntuación cuantitativa, la escala se puede usar cualitativamente para examinar los patrones diferentes de respuestas a diversos tipos de situaciones sociales. Tal examen puede ayudar al clínico en la determinación de los aspectos más destacados de miedo del niño, y por lo tanto puede ser importante para el desarrollo de un plan de tratamiento adecuado. En la investigación inicial, SPAI-C tuvo una alta consistencia interna ($\alpha = 0,95$) y de alta dos semanas de test-retest ($r = 0,86$) y una fiabilidad adecuada a los 10 meses ($r = 0,63$). Después de esta investigación inicial, en otros estudios se han realizado para determinar la confiabilidad y validez de SPAI-C.

El Sistema de Evaluación de Achenbach base empírica (ASEBA) para los niños en edad escolar incluye tres instrumentos para evaluar los problemas emocionales y/o conductuales: ChildBehaviorChecklist (CBCL), completado por los padres, YouthSelf-Report (YSR), completado por los adolescentes y Formulario de Informe del profesor (TRF), completado por los maestros, estos cuestionarios son altas medidas de calidad estandarizados de detección de niños y adolescentes problemas emocionales / conductuales y competencias sociales desarrollados por Achenbach utilizado con los padres, adolescentes y docentes, respectivamente. El ASEBA ofrece un enfoque integral para evaluar el funcionamiento adaptativo y desadaptativo de niños y adolescentes. Es ampliamente utilizado en servicios de salud mental, escuelas, centros médicos, servicios infantiles y familiares, los organismos públicos de salud, orientación infantil, formación e investigación. Hay traducciones de instrumentos ASEBA en más de 80 idiomas y más de 7.000 publicaciones reportan el uso de materiales ASEBA que implican el trabajo de 9.000 autores de más de 80 grupos culturales y sociedades (Bordin, Rocha, paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla & Silvares, 2013).

Según Bordin et al., (2013) los tres cuestionarios tienen una estructura similar que comprende dos secciones: una para la competencia social / funcionamiento adaptativo y otro para los problemas de conducta (perfil de comportamiento). La sección de competencia social del

CBCL/6-18 y YSR/11-18 incluye 20 artículos y se anota de cero a cuatro, según reglas preestablecidas descritas en el manual 5. Estos artículos de competencias sociales proporcionan calificaciones de tres escalas de banda estrecha (Actividades, social, escolar), y una banda ancha de escala para la competencia social total. La sección de competencia social evalúa: 1) la participación de niños en actividades (la cantidad de tiempo que dedican a los deportes, pasatiempos o juegos, y el rendimiento en comparación con compañeros de su misma edad, lo activos que se encuentran en las organizaciones, clubes, equipos o grupos a los que pertenecen, lo bien que realizan trabajos o tareas); 2) los patrones de interacción social (¿cuántos amigos cercanos que tienen, con qué frecuencia se reúnen con amigos, lo bien que se llevan bien con sus familiares y con otros niños, lo independiente que es cuando jugando o trabajando solo) y 3) el rendimiento escolar (el rendimiento en las materias académicas, problemas académicos o de otro tipo en la escuela). En esta sección también investiga la enfermedad y la discapacidad, los problemas más importantes y mejores cosas acerca del niño / adolescente.

Los elementos de funcionamiento adaptativo de la TRF/6-18 proporcionar calificaciones de desempeño del niño en las diferentes materias académicas en una escala de uno (muy por debajo de grado) a cinco (muy por encima de grado), y cuatro características adaptativas en una escala de uno a siete, incluyendo la dedicación del alumno para el trabajo escolar ("¿Qué tan difícil es él / ella trabaja?"), la adecuación de la conducta en la escuela ("¿Cómo apropiadamente es él / ella comportarse?"), su / su capacidad de aprender ("¿Cuánto es él / ella aprender? "), y su / su estado de ánimo actual ("¿Qué feliz es él / ella? "). Los encuestados están obligados a completar la información sobre el rendimiento académico actual del niño, pero los datos sobre el rendimiento y pruebas de habilidad son opcionales ya que este tipo de información no siempre está disponible (Bordin & otros 2013).

Según Carrasco, (2010) la sección de perfil de comportamiento de los tres instrumentos de un total de 118 artículos que se pueden puntuar como cero (no es cierto), uno (o, a veces algo verdadero) o dos (muy cierto o verdadero a menudo). Estos elementos proporcionan calificaciones de ocho escalas de banda estrecha o síndromes (ansiedad / depresión, retirados / depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, comportamiento de romper reglas y el comportamiento agresivo), y tres de banda ancha escalas (Internalizar los problemas de conducta, problemas de comportamiento exteriorizado, y problemas de conducta totales). Los nombres dados a estos síndromes reflejan el contenido de

sus artículos y se seleccionaron a partir de un vocabulario familiar para facilitar la comunicación entre los profesionales de salud mental y otros usuarios de los cuestionarios. Estos son síndromes derivados empíricamente identificados por análisis de factores, y no debe ser utilizado como diagnósticos psiquiátricos. Los artículos de los síndromes o subescalas ansiedad / depresión, retirada / depresión y quejas somáticas son componentes de la escala de internalización, mientras que los artículos de síndromes o subescalas de romper reglas de conducta y el comportamiento agresivo son componentes de la escala de externalización. La escala Problema total incluye artículos de todos los síndromes. Además, los análisis adicionales de los factores de la TRF/6-18 atención síndrome Problemas produjo dos subescalas: falta de atención e hiperactividad-impulsividad. Para los tres instrumentos, las puntuaciones directas se transforman en puntuaciones T que indican si los sujetos presentan conductas desviadas o competencias deficientes en relación con las normas para su edad y su sexo.

Intervención psicológica en la ansiedad infantil

De acuerdo con Parrado, (2008) el tratamiento para la ansiedad infantil debe ser multimodal, es decir, deben incluir la educación tanto a padres como a niños y niñas a cerca de las características del trastorno, así como estrategias de afrontamiento para el control de los síntomas, el acercamiento al personal escolar, la intervención psicoterapéutica y la farmacoterapia si es necesario, la elección del tratamiento se basa en las características individuales del paciente y su familia. Se deben tener en cuenta los estresores ambientales, los factores de riesgo, la severidad de los síntomas y las consecuencias de dicha severidad y la comorbilidad, así como la edad y el funcionamiento familiar. Dicho autor plantea que “en niños escolares se ha demostrado que el vínculo inseguro entre los padres y el niño puede ser un factor importante en el desarrollo de síntomas de ansiedad”, por tanto, el tratamiento estará centrado en mejorar la interacción entre padres e hijos. Así mismo se sugiere prestar atención a los factores temperamentales como factor biológico que afecta el funcionamiento normativo de niños y niñas en etapa escolar.

Para lograr los objetivos de la intervención se requiere trabajar con un equipo multidisciplinario, conformado por médicos especializados, psicología, trabajo social, docentes y psiquiatría. (Cárdenas, Feria, Palacios & Peña, 2010).

Según Cárdenas et al., (2010) la experiencia y la evidencia científica señalan que los padres y el resto de la familia juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad en los niños y los adolescentes, quizá requieren intervenciones individuales o terapia familiar. La mejor forma de que el niño o niña exprese los síntomas a sus padres para que los pueda reconocer y sea capaz de explicarlos con sus propias palabras, debe fomentarse un ambiente de comprensión y apoyo hacia el niño o niña, sin presionarlo o hacerlo sentir culpable de sus síntomas.

Para el tratamiento es importante que tanto el terapeuta como el paciente determinen los objetivos del proceso, dirigidos a reducir los síntomas de ansiedad anticipatoria propia de la respuesta fisiológica de la ansiedad, cogniciones negativas que mantienen creencias disfuncionales, la evitación fóbica y la mejora de habilidades sociales. Como menciona Ito, Roso, Tiwari, Kendall y Asbahr, (2008) en niños y adolescentes al reducir la ansiedad social se debe tener en cuenta como objetivo: aumentar la autoestima, ayudarlos a ampliar su confianza en la comunicación en situaciones sociales, incrementar su repertorio social, a través de la exposición gradual en diferentes situaciones, con varias personas y actividades, ya que esto conduce a un mayor sentido de dominio en situaciones sociales, además de incluir dentro del tratamiento, la participación activa de los padres y tutores, estas metas deben ser reevaluados y más al final del tratamiento.

El ejercicio de identificación, el cuestionamiento y la modificación de pensamientos negativos disfuncionales que generan y mantienen la ansiedad fóbica es, en sí misma, una característica que permite al paciente reconocer la relación entre pensamientos y sus síntomas; según Parrado, (2008) las técnicas cognitivas se centran en la reestructuración de los pensamientos ansiosos de una manera más positiva, que dará como resultado conductas más asertivas y adaptativas. De esta manera, dentro de la terapia cognitiva, se sugiere realizar un diario que debe ser utilizado para ayudar al paciente a registrar pensamientos automáticos distorsionados y continuamente se instruye al paciente para observar estos pensamientos y que ellos se den cuenta de las distorsiones relacionadas con su temor, luego se ha de corregirlos a fin de reducir la ansiedad generada por ellos. Para realizar dicho proceso se debe realiza la técnica del cuestionamiento socrático o dialogo socrático, con la revisión de pruebas que confirmen o no las hipótesis de pensamientos negativos, que por lo común son: lectura mental, la adivinación y el catastrofismo. (Ito et al., 2008).

Para generar un impacto significativo en los niños y niñas con ansiedad es necesario centrarnos en la intervención conductual ya que esto permite una alta probabilidad de recuperación o mejoramiento en los niños y niñas con ansiedad, de acuerdo con Ito et al., (2008) dentro de las estrategias conductuales se debe entrenar en relajación y Manejo del estrés, con el fin de hacer que el paciente aprenda a tomar mayor control de sus propias respuestas fisiológicas que le generan la ansiedad. En cuanto a la técnica de exposición, se plantea la necesidad de exponer gradualmente a los pacientes a las situaciones temidas ya que reduce la ansiedad y su comportamiento fóbico. Se puede hacer a través de la comparación de las situaciones o de la imaginación, en la cual, paciente y terapeuta identifican todas las situaciones consideradas que causan la ansiedad, de esta manera se realiza una lista de las situaciones generadoras de la ansiedad en cada caso particular, posteriormente se clasifican jerárquicamente de acuerdo con el grado de ansiedad que crean, de menor a mayor, posteriormente se debe exponer varias veces por cada nivel hasta que la ansiedad disminuye. La exposición de cada una de las situaciones deben ser sistemáticas, es decir, frecuente y de larga duración para que la habituación a de ocurrir.

Finalmente hay que tener en cuenta dentro del proceso de intervención, que las primeras respuestas que se deben intervenir son aquellas que inicialmente se disparan ante la situación o estímulo fóbico, en el caso de ansiedad escolar, dichas respuestas serían la cognitiva y la fisiológica sin dejar a un lado la conductual teniendo en cuenta el argumento anteriormente expuesto, aun por lo general la intervención es paralela a las necesidades individuales de cada niño o niña.

Efectividad de la intervención psicológica en la ansiedad infantil – fobia escolar

Según el estudio realizado por Santacruz, Orgilés, Rosa, Sánchez, Méndez y Olivares, (2002) con 743 niños y adolescentes, se realizó un estudio, en el cual se aplicó la metodología del meta-análisis para estudiar la eficacia del tratamiento psicológico cognitivo-conductual y familiar en TAS, TAG y fobia o rechazo escolar, se encontró que la medida fundamental de eficacia del tratamiento fue el tamaño del efecto global, la cual está definida como diferencia media tipificada, pretest-posttest y pretest-seguimiento. La magnitud del efecto global logrado con el tratamiento fue media-alta al concluir la terapia y fue alta en el seguimiento; al finalizar el tratamiento la mejora fue mayor, en la variable fobia que en ansiedad o depresión, aunque en el seguimiento fue mayor en la ansiedad. Según los resultados obtenidos en el estudio se identificó

que la terapia cognitivo conductual resulto muy eficaz para tratar el TAG, TAS y las fobias escolar y social, “el nivel de eficacia promedio de 16 estudios que se aplicaron fue elevado (tamaño del efecto medio: d^* : 0.87)” esto especialmente en combinación con la intervención familiar de los niños y adolescentes. También se realizó un estudio, en el cual solo se aplicó la intervención familiar y resulto ineficaz; el análisis de los programas de orientación cognitivo-conductual revelo que sus componentes eran muy eficaces, sobre todo en el manejo de contingencias (d^* : 1.53), la relajación progresiva (d^* : 1.29), la exposición (d^* : 1.27) y las autoinstrucciones (d^* : 1.07).

La terapia cognitivo conductual según Santacruz et al., (2002) indica que es altamente efectiva en especial si se realiza la sugerencia de Barret en 1998, Shortt et al. En el 2001 sobre combinar la TCC con la intervención familiar, ya que esta potencia los efectos de la TCC.

Last, Hansen y Franco (citados por Bados, 2005) en los estudios controlados que llevaban realizados hasta ese momento, no encontraron que 12 sesiones de terapia cognitivo-conductual (exposición graduada en vivo más entrenamiento autoinstrumental) fueran más eficaces que un placebo de control de atención en el que los niños y adolescentes hablaran sobre sus miedos, pensamientos asociados a los mismos y formas de hacerles frente, pero sin recibir algún tipo de sugerencias específicas de exposición o afrontamiento. De acuerdo a estos autores ambos tratamientos llevaron a mejoras significativas que se mantuvieron o aumentaron en los siguientes estudios y seguimientos.

King y cols (citados por Bados, 2005) hallaron que:

Una TCC muy diferente a la anterior fue superior a la lista de espera en el postratamiento y los resultados se mantuvieron en el seguimiento a los 3 meses (también a los 3-5 años en un seguimiento posterior); no hubo comparación con un placebo. El porcentaje de días de asistencia a la escuela pasó de 61% a 94% en el grupo tratado, mientras que sólo lo hizo del 40% al 56% en el grupo control. (p.25).

Esto nos muestra que la TCC funciona en gran medida para estos casos de fobia o rechazo escolar en los niños y adolescentes, en el estudio realizado la TCC implico terapia individual con el niño o adolescentes, terapia con los padres y terapia con los maestros.

Según Ledo, Ledo y Ramos, (2012) en diversas investigaciones la TCC, ha demostrado resultados eficaces sobre los trastornos de ansiedad, depresión, adicciones, conflictos, disfunciones, trastornos y síntomas psicossomáticos entre otros, esta clase de terapia es muy útil

para tratar sintomatologías somáticas que afecten negativamente a los niños/as, adolescentes y adultos. Según Ledo et al., (2012) estas intervenciones deben llevarse a cabo en colaboración con el médico general o con cualquier otro médico especialista que se requiera, teniendo en cuenta que los niños y adolescentes son tan sensibles como los adultos por lo que hay que explicar con sumo cuidado el tipo de intervención que se va a realizar.

De acuerdo con Heyne, King, Tonge y Cooper (citados por Brill, 2009) la TCC debe ser la primera línea de tratamiento en casos de rechazo escolar según King et al. (citado por Brill, 2009) encontraron que la intervención cognitivo-conductual ha sido eficaz en casi todas las medidas relativas a los controles en lista de espera. Sin embargo, aunque hay evidencia acumulada sobre la inmediata eficacia a corto plazo de TCC, del rechazo a la escuela; no hay estudios que analicen la eficacia a largo plazo de esta estrategia de tratamiento que se hayan reportado aún (King, Tonge, Heyne, Turner, Pritchard, Young, Rollings, Myerson & Ollendick, 2001 citados por Brill, 2009). En un curso intensivo de 4 semanas de TCC realizado por King et al., (2001), se observó que a largo plazo la TCC se vio benéfica en 15 de 17 niños que se negaban a ir a la escuela, esto demuestra que es efectiva y si causa un cambio significativo en la población aplicada. Es importante tener en cuenta que estos resultados deben ser interpretados con cautela; debido a extensas evaluaciones clínicas, este estudio no se llevó a cabo con los niños, con sus padres, y / o con sus profesores en el estudio. Por último, de acuerdo con la evidencia reciente sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños la participación de los padres, se ha demostrado que aumenta la eficacia de la TCC en niños (Barrett, Dadds, Rapee & Ryan, 1996 citados por Brill, 2009).

Los investigadores han proporcionado pruebas para la TCC como un método eficaz para apoyar a los niños que muestran un comportamiento de rechazo o fobia a la escuela. Tolin et al. (citado por Nuttal, 2012) empleó un enfoque multi-elemento con cuatro niños para evaluar la efectividad de una intervención intensiva (15 sesiones durante 3 semanas). Esto consistió en la exposición gradual y manejo de contingencias con elementos adicionales sobre la base de la conceptualización del caso, como la reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y la entrevista motivacional. Del mismo modo King et al. y Doobay (citados por Nuttal, 2012) investigaron los tratamientos TCC, intervención que se centró en torno a la terapia infantil junto con los padres y la formación docente en el manejo de contingencias y en proporcionar un ambiente escolar positivo y acogedor (Nuttal, 2012).

Heyne, Sauter, Widenfelt furgoneta, Vermeiren y Westenberg (citados por Nuttal, 2012) completó un ensayo no controlado aleatorizado para evaluar la eficacia de una intervención de TCC en el desarrollo sensible a apoyar comportamientos de rechazo escolar mostrado por los adolescentes. Adaptaron una intervención de TCC para apoyar 22 adolescentes que mostraban conductas de rechazo a la escuela. La intervención consistió de 10-14 sesiones individuales con los adolescentes, 10-14 sesiones conjuntas con sus padres y dos reuniones de la escuela base con un tutor de la escuela para coordinar la implementación de estrategias basadas en la escuela. Encontraron que esto condujo a mejoras en la asistencia escolar, el miedo y la ansiedad relacionada con la escuela después del tratamiento y a los 2 meses de seguimiento.

Objetivos

Objetivo General

Diseñar un programa de intervención para la ansiedad escolar, teniendo en cuenta las condiciones de vulnerabilidad en que se desarrollan niños de 9 a 12 años, el cual genere patrones cognitivo conductuales funcionales, que le permitan al niño convertirse en un agente de cambio en su red de apoyo primaria, mitigando la ansiedad que generan dichas condiciones reflejadas en el ambiente escolar.

Objetivos Específicos

1. Identificar las condiciones de vulnerabilidad que pueden afectar la presencia de sintomatología ansiosa en los niños de 9 a 12 años.
2. Evaluar el número de síntomas y el nivel de funcionamiento en las diferentes áreas de ajuste de los niños.
3. Desarrollar mecanismos de afrontamiento en los niños que permita controlar las respuestas de ansiedad frente a su ambiente escolar, potenciando las respuestas adaptativas que tienen frente a dicho contexto.
4. Desarrollar en el niño patrones conductuales y psicoactivos, que le permitan reproducir sus respuestas adaptativas en su grupo primario de apoyo, convirtiéndose así en un agente cambio.

Método
Estudio de mercadeo

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar las posibles problemáticas relacionadas con la ansiedad que han evidenciado los adultos que están en el entorno escolar y familiar en la que se desenvuelven los niños en condiciones de vulnerabilidad; con el fin de generar un programa que responda de manera concreta y eficaz a las necesidades de los niños.

Objetivos específicos

1. Identificar si las características y especificaciones del producto corresponden a las necesidades del cliente traducido en los adultos que están en constante contacto con ellos.
2. Establecer el precio apropiado de nuestro producto con el fin de competir con los existentes en el mercado.
3. Establecer e identificar el tipo de metodología más apropiado para la aplicación del programa de intervención.
4. Identificar que otras temáticas son importantes cobijar dentro del producto final.

Descripción del Producto

“PLASMANDO SONRISAS” es un programa de intervención de la ansiedad en niños de 9 a 12 años que crecen en condiciones de vulnerabilidad tales como estratos socioeconómicos 0, 1, 2 y 3; en condiciones de pobreza, ambiente escolar hostil y marginal; indiferencia o falta de interés por parte de la familia o niños con características de posible maltrato físico y psicológico que les genera ansiedad en su desenvolvimiento diario. El programa brinda asesoría, apoyo y orientación tanto para los niños como para los adultos que están en constante contacto con ellos.

Este programa está constituido por una fase de evaluación, una fase de intervención y una última fase de seguimiento. La fase de evaluación se desarrolla de manera conjunta entre la orientadora de la institución educativa y los psicólogos a cargo de Plasmando sonrisas, para identificar la población blanco dentro de la institución. La fase de intervención con tres poblaciones específicas; la primera y segunda son padres, docentes y administrativos que abarca sesiones de sensibilización y Psicoeducación que les permita conocer las manifestaciones de la ansiedad en niños y les brinde herramientas para su manejo. La tercera población blanco son los niños de 9 a 12 años previamente evaluados; el trabajo con ellos tiene como objetivo generar patrones cognitivo conductuales funcionales, que le permitan al niño convertirse en un agente de cambio en su red de apoyo primaria, mitigando la ansiedad que generan condiciones de vulnerabilidad, reflejados en el ambiente escolar. Finalmente la fase de seguimiento que se realizara de acuerdo a los resultados hallados.

Nombre y logo del producto

Plasmando Sonrisas más que el nombre del producto es la meta fin que se desea conseguir en los niños y familias que participen en él. Crecer en condiciones de vulnerabilidad como las mencionadas anteriormente no resulta un ambiente saludable para la niñez ya que, genera ansiedad en el desenvolvimiento de las tareas diarias que pueden traer consigo un problema, por lo cual al brindar las herramientas necesarias para aceptar y afrontar sin esperar cambiar las condiciones de vulnerabilidad permite plasmar un sonrisas aterrizada en la realidad en los niños y familias que enfrentar estas condiciones día a día, por tal razón nace el slogan *“por un mejor*

futuro” ya que al crecer funcionalmente en un ambiente poco saludable puede traer consigo mecanismos de afrontamiento y adaptación necesarios a futuro.



Figura 1. Logotipo y slogan de producto Plasmando Sonrisas.

El logo se identifica con el rostro de un niño guiñando el ojo y sonriendo a la vez; sonríe mostrando el objetivo fin del programa “Plasmando sonrisas” y guiñe el ojo formando el nombre mostrando la razón de su sonrisa.

En este logo se maneja el color azul que trasmite tranquilidad que se puede llevar a la reflexión personal, reflexión de las emociones y conductas propias, el color azul propicio para decrementar los niveles de actividad y dar control propio, en este caso control de las emociones o estados de ansiedad. El slogan se maneja de color verde ya que genera empatía; y finalmente el ojo que esta guiñado se maneja de varios colores para captar la atención del observador.

Producto Básico

PLASMANDO SONRISAS es un programa que beneficia de manera asertiva tanto a los niños que crecen en condiciones de vulnerabilidad como a sus familias y docentes. Los beneficios más desatacados son:

1. Confiabilidad ya que el trabajo se realizara de manera conjunta e interdisciplinar, conjunta con padres de familia e interdisciplinar por psicólogos especializados y pedagogos a cargo de la formación de los alumnos.
2. Mejorar los resultados académicos y decrementar el nivel perdida académica.

3. Incremento de la motivación de los niños para aprender ya que encuentran en el colegio un ambiente propicio para ello.
4. Fortalecer las aptitudes y actitudes de los niños para ser un agente de cambio y empoderarse de su aprendizaje.

Producto Real

Plasmando Sonrisas, es un programa de intervención de la ansiedad en niños que consta de tres fases:

Fase 1: Evaluación

En esta fase se pretende identificar los niños que deben asistir al programa de intervención, para ello se utilizara de manera científica instrumentos validados en Colombia y la información vivencial de la orientadora y cuerpos colegiados como el consejo académico y de disciplina. También de los padres de familia.

Fase 2: Intervención

El programa está compuesto por 2 sesiones de evaluación y 9 sesiones de intervención; dos para los docentes, dos para padres de familia, tres para los niños, una sesión con niños y padres y otra sesión don niños y docentes. Cabe aclarar que por eficacia del programa cada grupo de niños debe tener un máximo de 20 asistentes.

Fase 3: Seguimiento

En esta fase se pretende dar herramientas a la orientadora de la institución educativa para que se empodere del proceso y garantice su perdurabilidad en el tiempo. Para ello existe el formato de seguimiento y de remisión del caso; de ser necesario Plasmando Sonrisas intervendrá nuevamente en la población de manera interdisciplinar.

Producto Ampliado

Desde la fase de seguimiento, Plasmando Sonrisas le dará a la institución educativa las herramientas necesarias para garantizar que el proceso continúe. Para ello la institución tiene 6 meses de garantía postventa, que incluye visitas a la institución para reunión con padres, docentes o los mismos niños con el fin evaluar y dar oportunidades de mejora en base a las deficiencias en pro de cumplir los objetivos de la intervención. Adicional a eso, la orientadora podrá asistir a 2 capacitaciones durante ese tiempo.

Clientes

Los clientes a los que va dirigido el programa es al sector educativo en general ya sea oficial o no oficial; la característica esencial de las instituciones educativas meta son aquellas instituciones en las que las condiciones de vulnerabilidad en las que crecen los niños son evidentes.

Mercado Potencial

El mercado potencial al cual va dirigido el programa de intervención está compuesto por los colegios oficiales y no oficiales del sector educativo en Colombia. Según el Ministerio de Educación Nacional, (2011) a ese año el total de Instituciones y centros educativos era de 23.365, de los cuales 13.604 son oficiales y 9.761 no oficiales.

Tabla 2.

Número de Colegios en Colombia por departamento y sector. (Estadísticas del Sector Educativo, en Web)

Departamento	Oficial	No oficial	Departamento	Oficial	No oficial
Amazonas	27	26	Huila	245	194
Antioquia	3.832	884	La guajira	160	96
Arauca	69	24	Magdalena	243	298
Atlántico	311	788	Meta	194	136
Bolívar	326	388	Nariño	2.178	138
Boyacá	311	292	Norte de Santander	286	272
Caldas	251	134	Putumayo	179	22
Caquetá	181	44	Quindío	85	61
Casanare	91	51	Risaralda	246	188
Cauca	598	129	San Andrés	12	10
Cesar	228	206	Santander	402	555
Choco	182	16	Sucre	721	150
Córdoba	487	176	Tolima	278	325
Cundinamarca	372	751	Valle del cauca	385	1.344
Distrito capital	403	2.049	Vaupés	16	1
Guainía	86	1	Vichada	183	4
Guaviare	36	8	Total	13.604	9.761

A continuación veremos la descripción del mercado potencial.

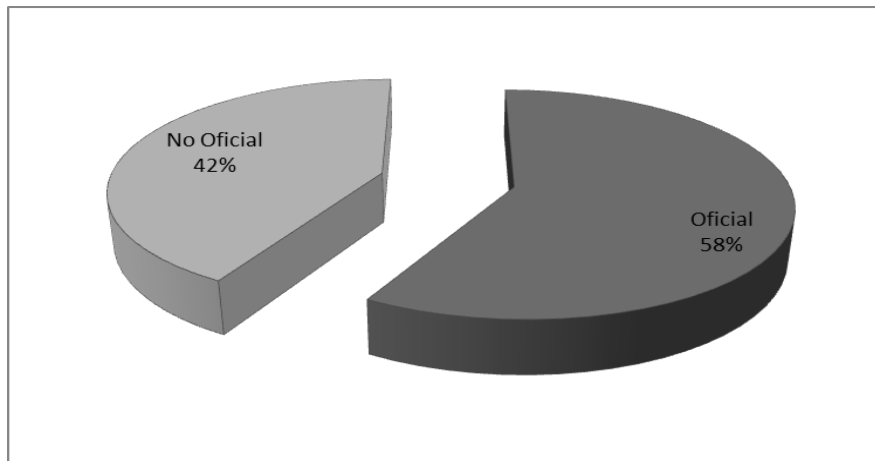


Figura 2. Descripción en porcentaje del mercado potencial.

Partiendo de las condiciones bajo las cuales está dirigido el programa de intervención, que son las condiciones de vulnerabilidad, de los 23.365 establecimientos educativos en Colombia solo el 58% de estos hacen parte de nuestro mercado potencial, ya que son los colegios oficiales.

Mercado Objetivo

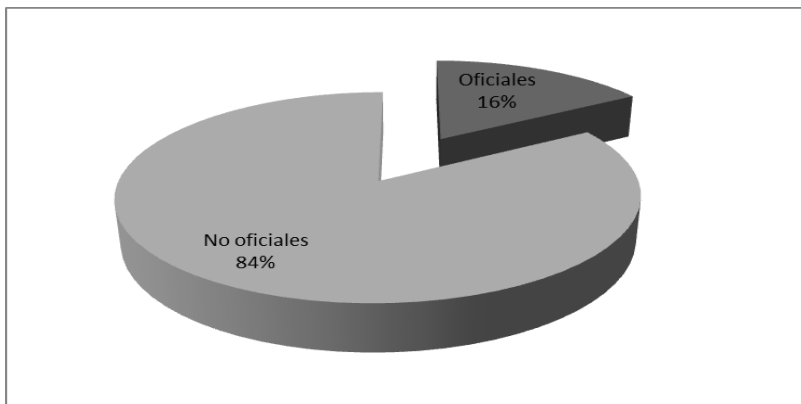


Figura 3. Descripción en porcentaje del mercado objetivo.

Según el Ministerio de Educación Nacional, (2011) en Bogotá hay 2452 establecimientos educativos, de los cuales 403 son oficiales y 2049 no oficiales; es decir el 16% oficiales y el 84% no oficiales como ilustra la figura 3.

Mercado meta

De acuerdo a las condiciones de vulnerabilidad estipuladas dentro de las características del programa de intervención y los hallazgos estadísticos en Bogotá, nuestro mercado meta estará compuesto por la localidad de Usme y más específicamente el sector educativo de dicha localidad. Según la Secretaría de Educación del Distrito, (2011) hay 72 establecimientos educativos oficiales en la localidad de Usme de educación básica y media.

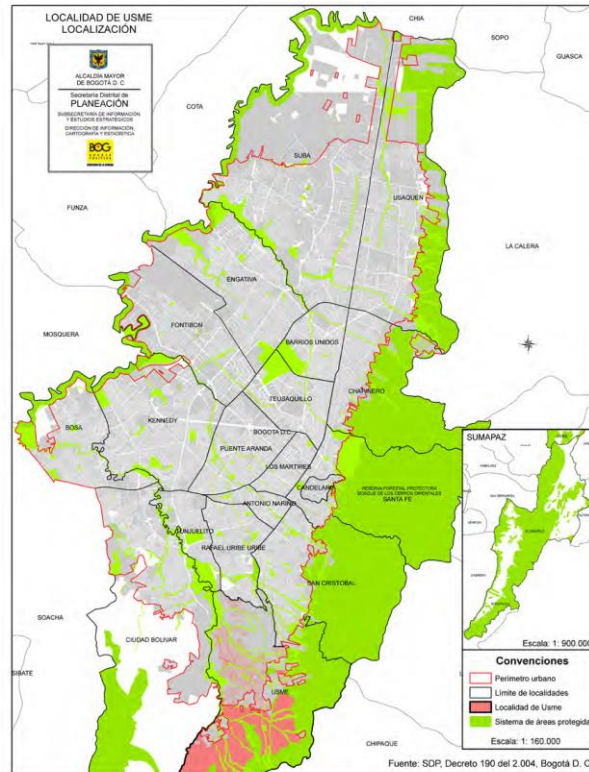
Al ser Usme nuestro mercado meta, vale la pena establecer las características fundamentales de dicha localidad como la reseña histórica, su ubicación, sistemas generales de funcionamiento en especial el sistema de equipamientos de educación y salud.

La localidad de Usme fue fundada en 1650, bajo el nombre de San Pedro de Usme, convirtiéndose en centro de una zona rural dedicada primordialmente a la actividad agrícola, la cual proveía parte importante de los alimentos de la capital. Su nombre proviene de una indígena llamada Usminia (vocablo Chibcha), la cual estaba ligada a los romances de los caciques de la época. Romances que continuaron ligados a esta localidad en la época colonial, como ocurre con aquel pasaje de María Lugarda de Ospina, La Marichuela, quien entablo un tempestuoso amor con el Virrey Solís, el cual le costó el ser desterrada por la sociedad Santafereña para las selvas de Usme. El Virrey para poderla acompañar, fundó la hacienda “Las Manas” en un latifundio relativamente grande, en lo que hoy son los barrios de Santa Lucia, Tunjuelito, Brazuelos, Marichuela, hasta la quebrada Yomasa lo que hoy son los barrios Santa Marta, La Fiscala, Barranquillita, El Recuerdo y El Pedregal” (Secretaria distrital de planeación, 2009. P.8).

En el año de 1911 se convierte en municipio, con el nombre de Usme, destacándose a la vez, por los conflictos y luchas entre colonos, arrendatarios y aparceros por la tenencia de la tierra; aunque estos no alcanzaron el carácter de sangrientos, tuvieron violentas formas de presión contra los arrendatarios quienes se negaban a cumplir sus obligaciones con la hacienda. Situación que cambia, cuando a mediados de siglo se parcelan las tierras que eran destinadas a la producción agrícola para dar paso a la explotación en forma artesanal de materiales para la construcción, convirtiendo la zona en fuente importante de recursos para la urbanización de lo que es hoy Bogotá. De igual forma en el año 1954 mediante la ordenanza 7 de la Asamblea de

Cundinamarca, se suprime como municipio y su territorio es incorporado al Distrito Especial de Bogotá y mediante decreto 3640 del mismo año se incorpora dentro de la nomenclatura de Bogotá como la alcaldía N° 5. En el año de 1975 se incluye en el perímetro urbano, perteneciendo desde ese momento al circuito judicial, a la circunscripción electoral y al circuito de registro y notariado de Bogotá; más adelante, con el acuerdo 15 de 1993, el Concejo de Bogotá definió sus límites. Posteriormente, la Constitución de 1991 le dio a Bogotá el carácter de Distrito Capital; en 1992 la Ley 1a reglamento las funciones de la Junta Administradora Local, de los fondos de desarrollo local y de los alcaldes locales, y determino la asignación presupuestal de las localidades. Por medio de los acuerdos 2 y 6 de 1992, el Concejo Distrital, definió el número, la jurisdicción y las competencias de las JAL (Secretaria distrital de planeación, 2009. P.8).

Ubicación: Usme tiene una extensión total de 21.507 hectáreas (ha), lo que la hace la segunda localidad de mayor extensión del distrito, 3.029 se clasifican en suelo urbano y 18.477 se clasifican en suelo rural, lo que equivale al 85,9% del total de la superficie de la localidad. Usme se ubica al sur de Bogotá, limita al occidente con la localidad de Ciudad Bolívar; al sur con la localidad de Sumapaz; al norte con las localidades de Tunjuelito, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal y al oriente con los municipios de Ubaque y Chipaque. Usme tiene una extensión total de 21.507 hectáreas (ha), de las cuales 3.029 se clasifican en suelo urbano y 18.477 se clasifican en suelo rural, lo que equivale al 85,9% del total de la superficie de la localidad. Usme es la segunda localidad con mayor extensión del Distrito (Secretaria distrital de planeación, 2009).



Fuente: SDP, Decreto 190 del 2004 citado por Secretaria distrital de planeación, en web.

Figura 4. Mapa localidad de Usme.

Sistemas generales: Los sistemas generales son las infraestructuras urbanas, los espacios libres y los equipamientos que tejidos como una red, conectan y soportan funcionalmente las actividades urbanas lo que genera un adecuado funcionamiento de la ciudad. Los componentes básicos de esta red, son: a) Sistema vial; b) Sistema de transporte; c) Sistema de acueducto; d) Sistema de saneamiento básico; e) Sistema de equipamientos; f) Sistema de espacio público construido (Secretaria distrital de planeación, 2009).

Por la naturaleza de nuestro programa de intervención, enfatizaremos en los sistemas de equipamiento, de educación y de salud.

Sistemas de equipamiento: Es el conjunto de espacios y edificios destinados a proveer a los ciudadanos del Distrito Capital de los servicios sociales de cultura, seguridad y justicia, comunales, educación, salud, culto, deportivos, recreativos y de bienestar social, para mejorar los índices de seguridad humana a las distintas escalas de atención, en la perspectiva de consolidar la ciudad como centro de una red regional de ciudades, buscando desconcentrar servicios que pueden ser prestados a menores costos en las otras ciudades de la región. Este sistema busca

organizar los servicios sociales atendidos por entidades públicas, privadas o mixtas. En la localidad de Usme el equipamiento por instituciones es a nivel de bienestar social 598 instituciones, a nivel de salud 18, a nivel educativo 110 y a nivel de recreación y deportes 3 (Secretaría distrital de planeación, 2009).

Sistemas de equipamiento a nivel educativo: Según la secretaria distrital de planeación, (2009) los equipamientos colectivos de educación son los que están destinados a formación intelectual, la capacitación y la preparación de los individuos para su integración en la sociedad. En la localidad de Usme hay 110 centros educativos entre instituciones oficiales, no oficiales y centros de investigación. Incluidos Jardines y colegio de educación básica primaria y media.

Sistemas de equipamiento a nivel de salud: En la localidad de Usme se localizan 18 equipamientos de salud que corresponden con dos Centros de Atención Médica Inmediata – CAMI-, una institución de nivel I, cinco Unidades Básicas de Atención –UBA- y ocho Unidades Primarias de Atención –UPA. En esta localidad también se localizan 160 instituciones privadas prestadoras de servicios de salud –IPS- que corresponden a laboratorios, consultorios médicos y odontológicos y centros de salud, entre otros. La UPZ Gran Yomasa concentra la mayor cantidad de instituciones privadas prestadoras de servicios de salud, en razón a que en su territorio se ubican 104 IPS, le sigue la UPZ Comuneros con 43 (Secretaría distrital de planeación, 2009).

Competencia

Competencia Directa y Sucedánea

La competencia del producto Plasmando Sonrisas, son las empresas dedicadas al diagnóstico e intervención de la ansiedad de todo tipo de población pero, en especial aquellas que encaminan sus acciones a él diagnóstico e intervención en niños.

La entidad que genera competencia sucedánea más destacada ha Plasmando sonrisas es la Fundación Funad: Lucha contra la Ansiedad y la Depresión en Pasto.

En cuanto a la competencia directa, encontramos que en Bogotá funcionan alrededor de 6 entidades dedicadas al manejo de ansiedad; entre ellas se encuentran: Fundación unidos contra la depresión y otros trastornos, Grupo de especialistas en primera infancia y desarrollo infantil, Red de Servicios Bogotá red hospitalaria de san Juan de dios (Hospital Universitario Clínica San Rafael, Clínica Nuestra Señora de la Paz y Clínica San Juan de Dios), Fundación Creser y la Fundación Fobia Club.

Productos de la competencia.

Las entidades consideradas como competencia de Plasmando Sonrisas ofrecen productos con características como:

1. Programas de manejo de la ansiedad y trastornos relacionados con el estado de ánimo.
2. Manejo de la problemática desde una visión interdisciplinaria.
3. Algunas tienen convenio con el Plan Obligatorio de Salud.
4. Grupos de apoyo como terapia física, relajación o yoga.
5. Conferencias de orientación no solo a los implicados si no a los familiares e interesados.

Análisis DOFA

Tabla 3.

Análisis DOFA

Análisis DOFA	
Debilidades	Oportunidades
1. El producto se enfoca exclusivamente a tratar la ansiedad escolar sin manejar de fondo las problemáticas que se pueden derivar de la ansiedad escolar como la agresividad u otro cuadro ansioso. 2. Al ser una compañía nueva en el mercado cuenta con poco reconocimiento, esto la hace débil frente a la competencia.	1. Por la calidad del producto ofrecido, se puede lograr a largo plazo un convenio con instituciones como la secretaria de educación y el Instituto colombiano de bienestar familiar.
Fortalezas	Amenazas
1. Profesionales altamente calificados y que además contaran con un grupo interdisciplinar. 2. Seguimiento de postgarantía a los resultados esperados tanto en los niños como en los docentes y padres familia. 3. Para cualquier inquietud nos pueden contactar de manera permanente por la página web http://plasmandosonrisas.com	1. Teniendo en cuenta la población a la cual está dirigido el producto, es probable que esta no responda de la mejor manera frente al programa por su dinámica de vida y esto genera retrasos o inconvenientes en el desarrollo del programa.

Estrategias

Teniendo en cuenta la amenaza identificada en el análisis anterior, Plasmando sonrisas tomará las siguientes medidas al respecto: (1) Concientizar a los padres de familia, docentes y directivos de la importancia de trabajar esta problemática en el sector educativo; (2) Motivar la población frente a los beneficios que el programa puede generar tanto a su dinámica familiar como a el futuro de sus hijos; esto de manera lúdica.

Canales De Distribución

Plasmando Sonrisas es un producto que los clientes pueden encontrar en la página web <http://plasmandosonrisas.com>

Ofreceremos nuestro producto a la alcaldía local de Usme y a entidades como la secretaria de educación o al ICBF que permitan, la aplicación del programa a nivel global no solo en la localidad si no en otras localidades que presenten problemáticas similares.

La publicidad que vamos a implementar para dar a conocer nuestro producto será por medio de vallas publicitarias, anuncios en internet y redes sociales, medios de comunicación como televisión y radio. Además se realizara visitas personalizadas a las entidades que nos contraten y/o instituciones educativas para mostrar nuestro producto.

Resultados del estudio de mercadeo

Teniendo en cuenta el tipo de cliente que deseamos impactar, es importante conocer en este punto las necesidades específicas de dichos clientes y las características puntuales que esperan encontrar en el producto; para lo cual se realizó una encuesta de 12 preguntas donde se podrán identificar las expectativas y necesidades de nuestro mercado meta (Apéndice A).

Tabla 4.

Datos Sociodemográficos de los participantes en la encuesta de mercadeo.

Sujeto	Ocupación	Edad	Genero	Sujeto	Ocupación	Edad	Genero
1	Docente	30	Femenino	14	Docente	46	Femenino
2	Docente	43	Femenino	15	Docente	37	Masculino
3	Docente	32	Femenino	16	Docente	43	Femenino
4	Docente	45	Femenino	17	Orientadora	62	Femenino
5	Docente	54	Masculino	18	Docente	30	Masculino
6	Docente	32	Femenino	19	Docente	31	Femenino
7	Docente	52	Femenino	20	Docente	31	Femenino
8	Docente	50	Femenino	21	Orientadora	-	Femenino
9	Docente	41	Masculino	22	Docente	50	Femenino
10	Orientadora	50	Femenino	23	Docente	35	Femenino
11	Coordinador Académico	42	Masculino	24	Docente	42	Femenino
12	Docente	30	Femenino	25	Docente	36	Femenino
13	Director	52	Masculino	26	Docente	32	Femenino

Se realizó la aplicación de las encuesta a 26 personas de dos colegios de la localidad de Usme, al Colegio Santa Martha (IED) ubicado en la Cl. 69 Sur N°. 1B-37 Este (15 personas) y al Colegio Brasilia Usme (IED) ubicado en la Kr 1bis B Este Cll 73D Sur (11 personas).

De las 12 preguntas que contenía la encuesta, 3 de ellas fueron analizadas de manera cualitativa y los principales resultados obtenidos fueron:

Tabla 5.

Resultados Cualitativos de la encuesta de mercadeo.

Programas similares	Fortalezas	Se aprende de las diferencias de cada estudiante para poderlo apoyar desde dichas diferencias. Se escogió una muestra representativa del colegio.
	Debilidades	La actitud de los padres hacia el proceso (negación). Que este tipo de programas se queda en diagnóstico y no se llega a la intervención
Expectativas positivas del Programa	Académicos	Brindar mejores condiciones para el aprendizaje. Capacitar a los docentes y padres de familia a cerca de estas temáticas. Garantizar la eficacia de las estrategias pedagógicas.
	Convivencia	Mejorar procesos de convivencia en la escuela. Tener herramientas para el manejo de estudiantes agresivos. Mejorar la Comunicación y disminuir los conflictos. Bienestar para la comunidad en general.
	Orientados a los niños	Manejar las conductas ansiosas. Mejorar su estabilidad emocional.
Metodología para la aplicación de sesiones	Familiares	Se sensibiliza a los padres para mejorar las relaciones familiares. Trabajo conjunto entre padres y docentes. Mejorar las pautas de crianza.
	Lúdicas	Talleres y charlas de acuerdo a la edad de manera lúdica y participativa. Estrategias innovadoras. Estudios de caso.
	Académicas	Aprendizaje significativo

Las 9 preguntas restantes fueron analizadas de manera cuantitativa y los principales resultados están resumidos de manera discriminada por cada pregunta.

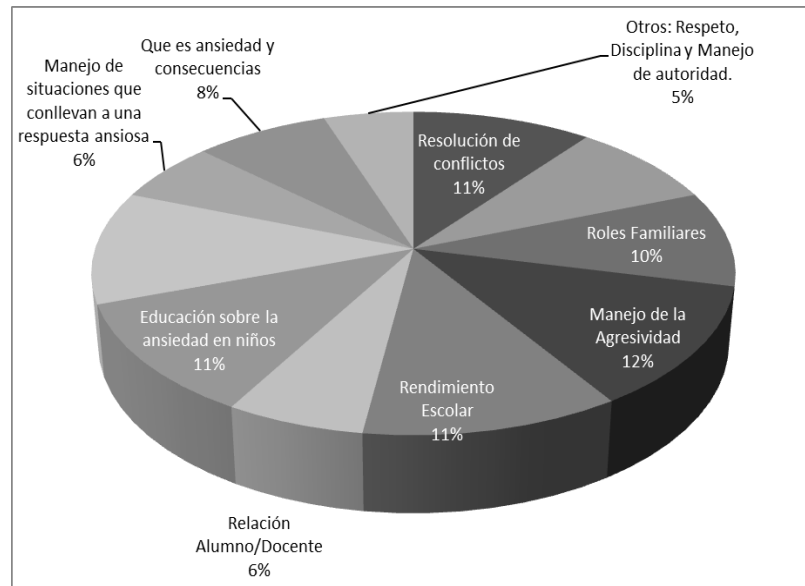


Figura 5. Temáticas del programa.

Respecto a las temáticas que serán tratadas en el programa; el 12% de la población encuestada respondió que el manejo de la agresividad es una de las temáticas más apropiadas para este tipo de problemáticas, seguida del 11% para resolución de conflictos y Educación sobre la ansiedad en niños, después roles familiares con un 10%, seguida de que es la ansiedad y sus consecuencias con un 8%, finalmente manejo de situación que conllevan a una respuesta ansiosa y relación alumno docente con un 6%.

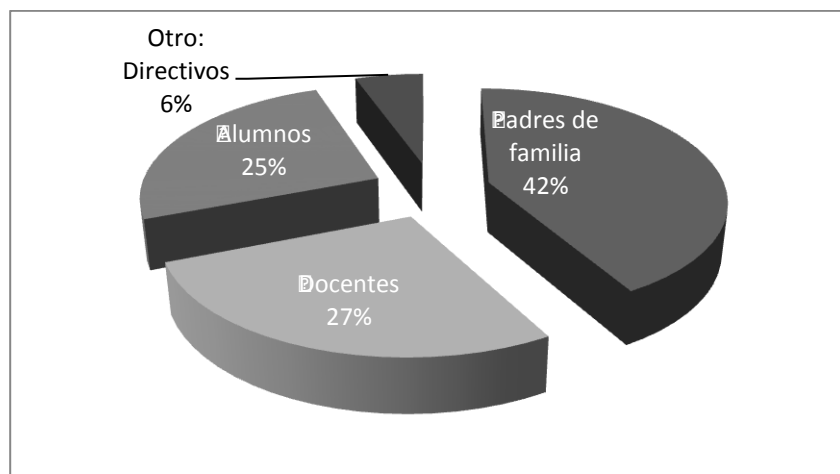


Figura 6. Población Beneficiada.

Respecto a la población adicional que se vería beneficiada; el 42% de la población encuestada considera que los padres de familia sería la población más beneficiada, seguido de los

docentes con un 27%, demás alumnos de la institución con un 25% y finalmente los directivos con un 6%.

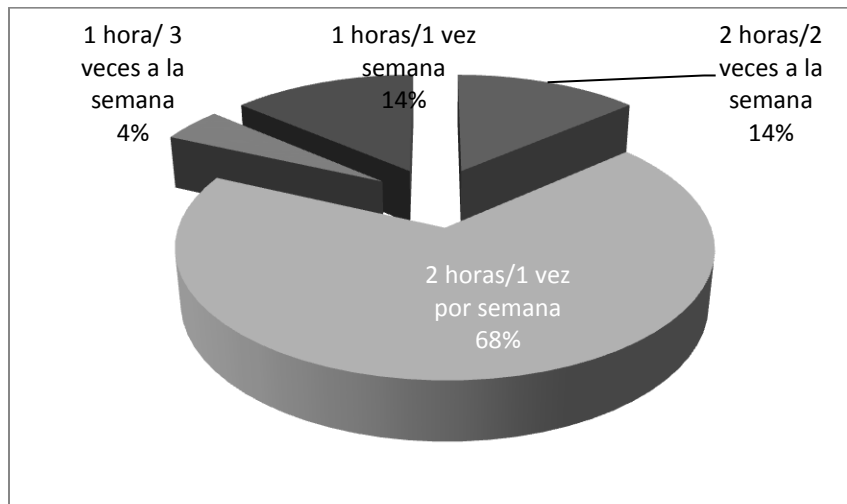


Figura 7. Tiempo de aplicación por semana.

Con respecto al tiempo de aplicación por semana; el 68% de la población encuestada considera que 2 horas, 1 vez por semana es el tiempo ideal para la aplicación de las sesiones del programa, seguido del 14% que consideran que 2 horas, 2 veces por semanas o 1 hora, 1 vez por semana sería el tiempo adecuado; finalmente un 4% considera que el tiempo adecuado es 1 hora, 3 veces a la semana.

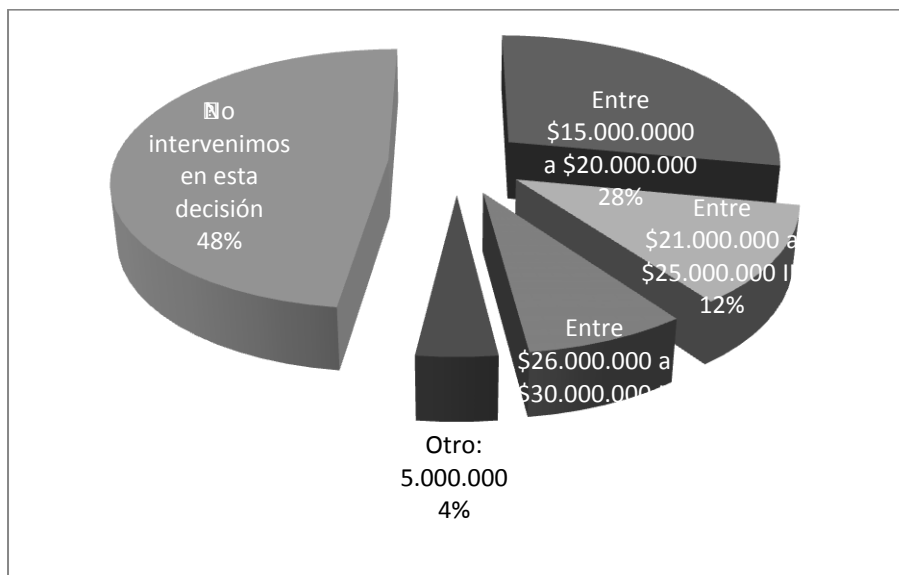


Figura 8. Presupuesto destinado para el programa.

Respecto al presupuesto destinado para el programa; se encontró que cerca de la mitad de la población, con un 48%, considera que desde su rol no interviene de manera directa en toma de decisiones para adquirir un programa para la institución.

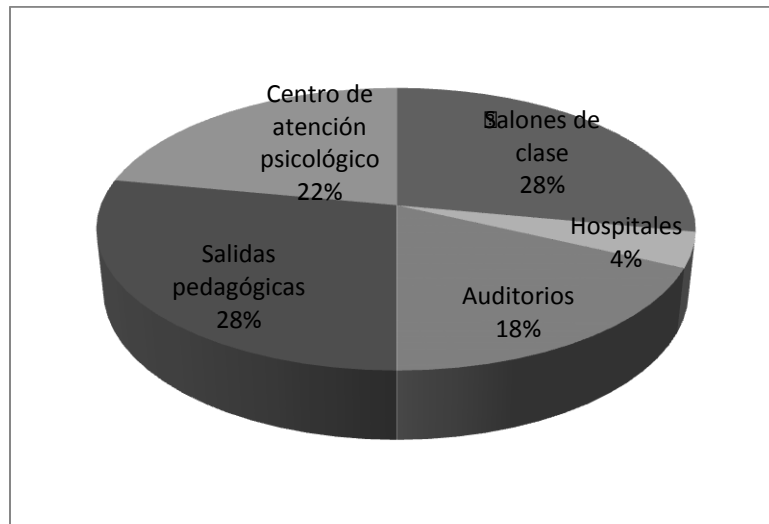


Figura 9. Sitio de aplicación.

Con respecto a el sitio idóneo de aplicación, el 56% de la población coincide que los lugares indicados son los salones de clase y realizar salidas pedagógicas con un 28% cada una, por otra parte el 22% de la población opina que en un centro de atención psicológico seria el lugar adecuado mientras que el 18% y 4% considera que en auditorios u hospitales respectivamente.

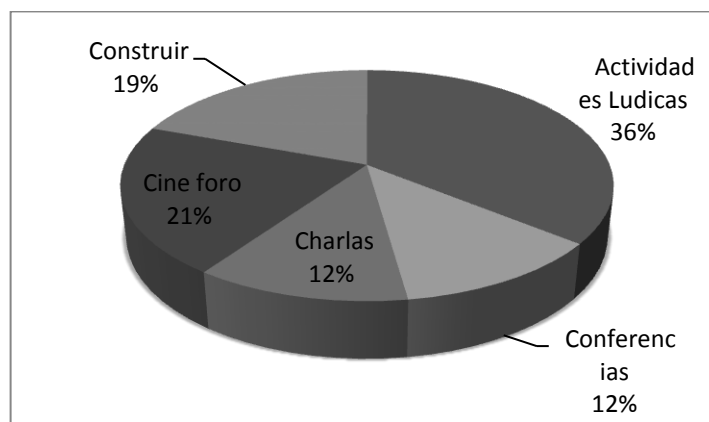


Figura 10. Actividades para el desarrollo del programa.

Frente al tipo de actividades que se deben emplear en el programa, el 36% de la población considera que las actividades lúdicas serian apropiadas; dentro de ellas el cine foro con un 21%, seguida de construir herramientas con un 19%, charlas y conferencias con un 12%.

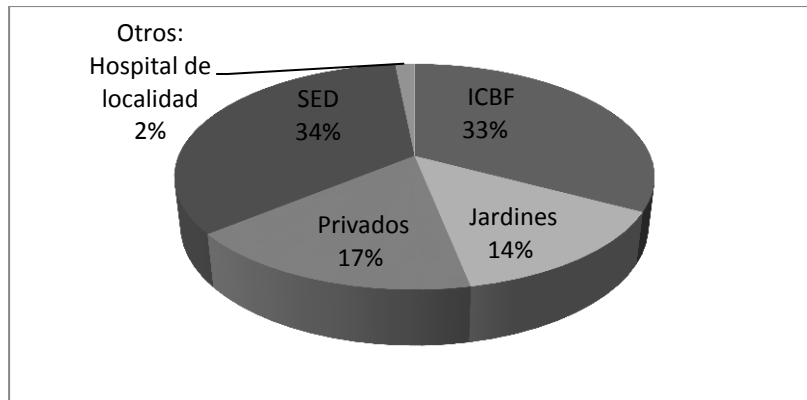


Figura 11. Posibles instituciones a vincular.

Respecto a las instituciones que podrían ser parte del programa, la población encuestada sugiere que la Secretaria de educación seguida del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con un 34% y 33% respectivamente.

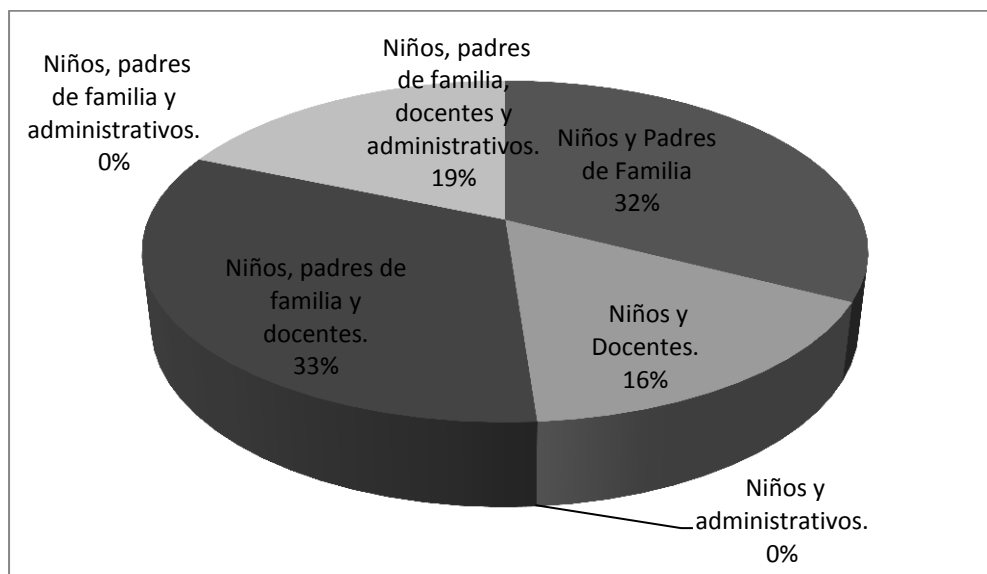


Figura 12. Participantes del programa.

Respecto a los participantes del programa, se encontró que la tercera parte de la población con un 33% considera que esta aplicación simultánea debe incluir a niños, padres de familia y docentes por otra parte el 32% de la población reafirma que la presencia de niños y padres de familia es fundamental.

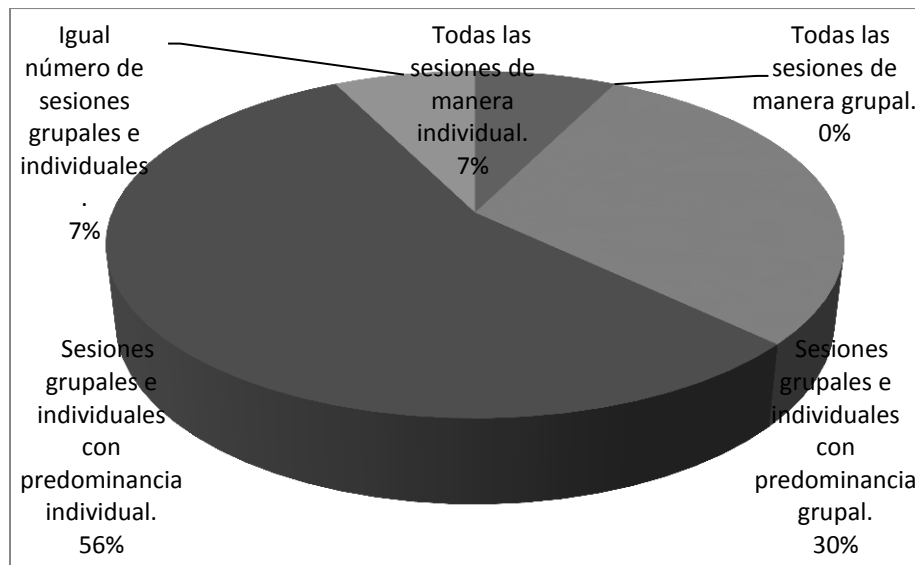


Figura 13. Estilo de aplicación de cada sesión.

Respecto al estilo de aplicación de cada sesión; se encontró que más de la mitad de la población con un 56% considera que las sesiones se deben aplicar tanto de manera grupal como individual pero con predominancia individual.

Discusión del estudio de mercadeo

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta de mercadeo, los temas más importantes a tratar son el manejo de la agresividad, la resolución de conflictos y educación sobre la ansiedad en niños, dichos temas se deben trabajar 2 horas, 1 vez por semana en conjunto con instituciones como la Secretaria de Educación y el ICBF; las poblaciones más beneficiadas al trabajar estas temáticas con los niños son los padres de familia y docentes. El programa debe desarrollarse primordialmente en los salones de clase y realizar salidas pedagógicas pero se debe mantener una metodología lúdica donde intervenga el aprendizaje significativo. Finalmente los docentes ni directivos de establecimientos educativos oficiales dan datos sobre los costos de un programa como este.

Análisis Costos y Gastos

Tabla 6.

Costos, Gastos y Ganancias del Programa.

Concepto	Valor
Diseño del producto valor hora (75.000), # personas que diseñaron (4), # horas invertidas (136 horas).	\$40.800.000
Gastos del editor	\$24.900
Gastos de ejecución	
# Profesionales (4), valor de la hora (75.000), # horas (11 sesiones de 2 hora por semana, es decir, 22 horas.)	\$6.600.000
Transporte (taxis desplazamiento y buses de transporte para la salida pedagógica)	\$520.000
Materiales y papelería	\$181.300
Producto	\$191.000
Alquiler de equipos	\$135.000
Valor total del producto:	\$48.452.200

El análisis financiero del producto “plasmando sonrisas” tiene en cuenta los siguientes aspectos: los costos por hora de diseño y aplicación, gastos de recursos tecnológicos y materiales, transporte y demás conceptos establecidos en la tabla N. 6 que permiten identificar la inversión inicial e ingreso del programa.

Resultados

PROGRAMA PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS EN CONDICION DE VULNERABILIDAD “PLASMANDO SONRISAS”

La metodología del programa está dividida en 11 sesiones grupales (niños/as, padres y docentes), cada una de las sesiones se realizará una vez por semana y tendrá una duración de 2 horas. Cada sesión se realizará de manera lúdica en diferentes ambientes según la sesión y la población; dichos ambientes serán: salones de clase, en lugares externos a la institución (salidas pedagógicas) y el centro psicológico de Plasmando Sonrisas para casos que ameriten un seguimiento terapéutico individual.

El programa está compuesto por 3 fases: fase 1: evaluación, esta fase se desarrollará en 2 sesiones, la primera tendrá como objetivo entrevistar a padres y docentes con el fin de obtener información acerca de la sintomatología evidenciada en los niños, en la segunda sesión se firmará un consentimiento informado y se aplicará la prueba CMAS-R a los niños; fase 2: intervención, la cual está compuesta por 9 sesiones de intervención: Las cuatro primeras sesiones están dirigidas a la psicoeducación de padres de familia y docentes (2 sesiones para padres y 2 sesiones para docentes), las siguientes 3 sesiones están dirigidas a la psicoeducación y entrenamiento sobre la sintomatología de los niños/as (población con síntomas de fobia escolar) y las últimas 2 sesiones estarán dirigidas a niños y padres y niños y docentes; Finalmente la fase 3: seguimiento, para la cual se le dará a la institución 6 meses de garantía postventa, que incluye visitas a la institución para reunión con padres, docentes o los mismos niños con el fin evaluar y dar oportunidades de mejora en base a las deficiencias en pro de cumplir los objetivos de la intervención.

A continuación presentamos la metodología del programa:

Objetivos

1. Evaluar el número de síntomas y el nivel de funcionamiento en las diferentes áreas de ajuste de los niños.

2. Generar mecanismos de afrontamiento en los niños que permita controlar las respuestas de ansiedad frente a su ambiente escolar, potenciando las respuestas adaptativas que tienen frente a dicho contexto.
3. Generar en el niño patrones conductuales y psicoactivos, que le permitan reproducir sus respuestas adaptativas en su grupo primario de apoyo, convirtiéndose así en un agente cambio.

Duración

El programa de intervención con sus tres fases tendrá una duración de 1 año; 6 meses en la fase de evaluación e intervención y los 6 meses restantes en seguimiento. Cada sesión tendrá una duración de dos horas y se realizará una vez por semana aunque esto depende de la disponibilidad del establecimiento educativo.

Lugar

Según disponibilidad del colegio, preferiblemente en salones de clase cuando lo amerite la sesión o en espacios abiertos de la institución educativa; también se programarán salidas pedagógicas o de ser necesario se trabajara en el centro de atención psicológico de plasmando sonrisas.

Recursos

Video Beam, sillas, esferos, lápices, papel de colores, películas, herramientas didácticas, transporte en los casos que sea necesario, salones y refrigerio.

Entregables: Los talleres estarán acompañados de material didáctico, música, videos y diapositivas. Al finalizar la fase de intervención se entregará un diploma como reconocimientos a las familias que hayan finalizado el proceso.

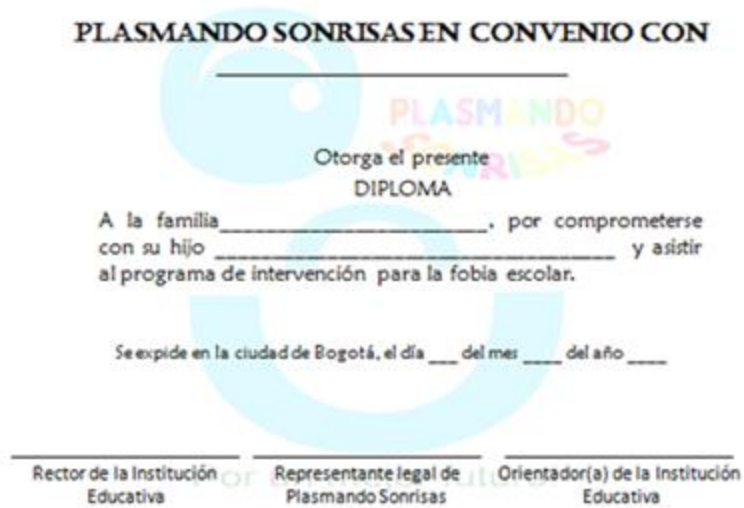


Figura 14. Diploma para familias.

Desarrollo del Programa

Fase de Evaluación

Tabla. 7.

Sesión 1. Fase de evaluación.

Sesión 1	
Objetivo	Tener un acercamiento con los participantes (Padres y director de grupo) y contextualizarlos con los objetivos del programa.
Participantes	Padres y director de grupo
Tiempo	2 horas
Recursos	Recurso humano, salón, sillas, hojas y lápices
Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de las psicólogas a padres de familia y docentes: cada una de las psicólogas del grupo de intervención se presentara e indicara sus expectativas para con el grupo. 2. Explicación del objetivo, proceso, alcances y garantías del programa. 3. Entrevista con los padres, en la cual se recolectara información acerca del comportamiento habitual de los niños/as frente al ámbito escolar y con ello la sintomatología actual.

-
4. Entrevista con el director de grupo, en el cual se recolectara información acerca del comportamiento habitual de los niños/as frente al ámbito escolar y posibles respuestas de evitación o escape frente a dicho contexto.
-

Tabla. 8.


Sesión 2. Fase de evaluación.

Sesión 2	
Objetivo	Tener un acercamiento con los participantes (Padres y niños) y contextualizarlos con los objetivos del programa.
Participantes	Padres de Familia y niños
Tiempo	2 horas
Recursos	Salón, Sillas, recurso humano, hojas y lápices.
Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de las psicólogas a los niños(as): cada una de las psicólogas del grupo de intervención se presentara e indicara sus expectativas para con el grupo. 2. Firma del consentimiento informado por parte de los padres, se le presentará a los padres de familia y/o acudientes de los niños(as) el consentimiento informado, donde aceptan las condiciones de participación en el programa. 3. Aplicación de la prueba CMAS-R y posterior análisis de la prueba. 4. Aplicación del formato <i>las preguntas del buen cazador</i> de Bunge, Gomar y Mandil (2008) (ver apéndice B). 5. Selección de los niños/as con sintomatología ansiosa (fobia escolar) que harán parte del programa “Plasmando sonrisas”.

Fase de Intervención

Tabla. 9.

Sesión 1. Fase de intervención.

Sesión 1	
Conociendo a mi hijo	
Objetivo	Sensibilizar a los padres de familia sobre la problemática a tratar durante el programa, vinculándolos activamente en el desarrollo del mismo.
Participantes	Padres de Familia
Tiempo	2 horas
Recursos	Salón, Sillas, Video Beam, ayudas audiovisuales y recurso humano.
Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación del objetivo de la sesión. 2. Presentación video sensibilización; este video se presenta con el fin de generar impacto en los padres y de esta manera logren identificar la situación problema de los hijos(as).  <ol style="list-style-type: none"> 3. Reflexión acerca del video teniendo en cuenta los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomatología evidenciada por los padres, haciendo énfasis

en las emociones y sentimientos negativos que muestran los niños en el video.

- Conducta de evitación y escape de los niños.
 - Respuesta de los padres frente a los niños con dichas conductas.
 - Manejo por parte de los padres frente a la problemática.
4. Puntualizar conceptos básicos de la problemática. Para ello se utilizaran las siguientes diapositivas *Ansiedad Escolar*




Figura 16. Diapositiva Presentación tema.

ANSIEDAD EN NIÑOS

¿QUE ES ANSIEDAD?

Es una emoción caracterizado por la emisión de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras ante estímulos que pueden suponer una amenaza para él o ella.



(Amorós & Sánchez, 2005).

www.fppt.info

The slide features a green background with a brown border. On the left, a cartoon teacher with a mustache and a red book is pointing. On the right, a cartoon girl with orange hair is sitting on the ground, looking distressed with a sweat drop on her forehead. In the background, there is a school building and a tree. The text is in a handwritten-style font.

Figura 17. Diapositiva Ansiedad Escolar.

ANSIEDAD EN NIÑOS

CARACTERISTICAS COGNITIVAS

- Preocupación excesiva hacia el futuro
- Percepción y evaluación negativa
- Pensamientos intrusivos (inesperados)



www.fppt.info

The slide features a green background with a brown border. On the left, the same cartoon teacher is pointing. On the right, a cartoon boy is looking confused with question marks above his head. The text is in a handwritten-style font.

Figura 18. Diapositiva características cognitivas.

ANSIEDAD EN NIÑOS

CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS

- Sudoración
- Aumento de la tasa cardíaca
- Tensión muscular
- Dilatación pupilar
- Temblor
- Palidez o ruborización facial

A cartoon illustration of a teacher with a mustache, wearing a blue suit and holding a red book and a pointer. To his right, a young boy with a backpack is running away, looking back over his shoulder with a nervous expression, sweating, and his hands are shaking. The background is a simple outdoor setting with a yellow sun.


www.fppt.info

Figura 19. Diapositiva características cognitivas.

ANSIEDAD EN NIÑOS

CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES

- Evitar (Ocultarse o aislarse)
- Escapar de la situación temida

A black and white photograph of a child's face peeking over a horizontal wooden barrier. The child's eyes are looking directly at the camera, and their hands are gripping the top edge of the barrier. The background is slightly blurred, suggesting an outdoor setting.

www.fppt.info

Figura 20. Diapositiva características conductuales.

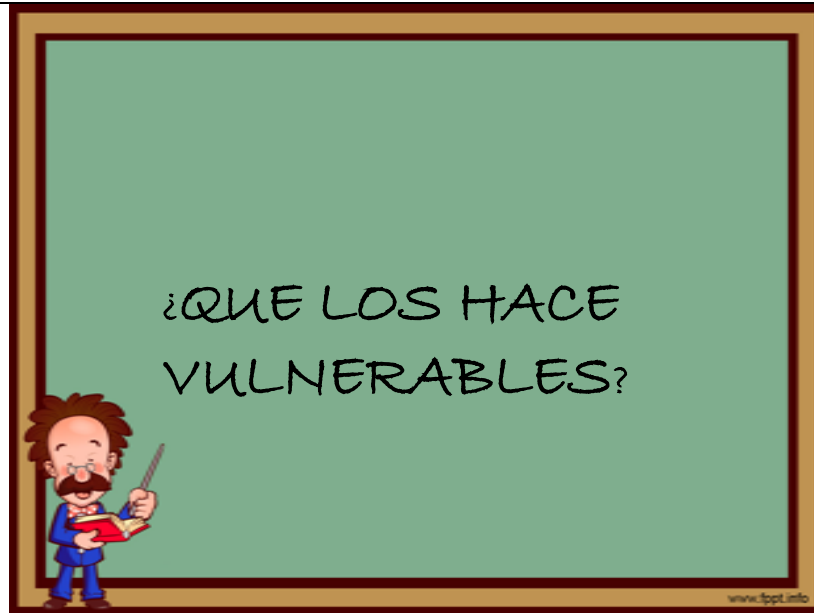


Figura 21. Diapositiva presentación condición de vulnerabilidad.



Figura 22. Diapositiva vulnerabilidad biológica.

ANSIEDAD EN NIÑOS

PSICOLÓGICAS

- Presión de los padres y docentes
- Bullying escolar
- Trastorno o dificultades en el aprendizaje
- Sobreprotección
- Conflictos familiares
- Conflictos con pares o docentes
- Cambios inesperados o estresantes

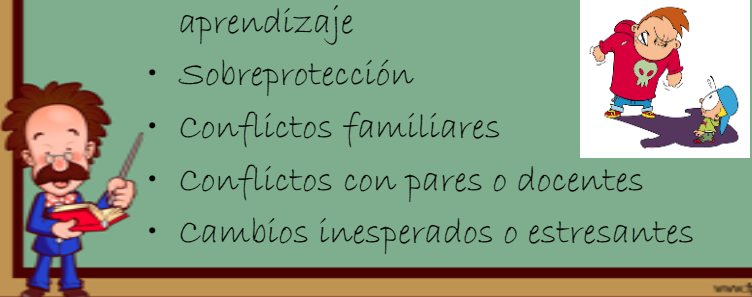
A cartoon teacher with a mustache, wearing a blue suit and holding a red book and a pointer, stands on the left. On the right, a small illustration shows a boy in a red shirt with a skull on it bullying a smaller boy in a blue cap. The background is a green chalkboard with a brown border. The website address www.fppt.info is visible in the bottom right corner.

Figura 23. Diapositiva vulnerabilidad psicológica.

ANSIEDAD EN NIÑOS

CONTEXTUALES

- Ambiente escolar hostil
- Pobreza
- Bajo estrato socioeconómico
- Familia disfuncional
- Negligencia o falta de interés por los padres

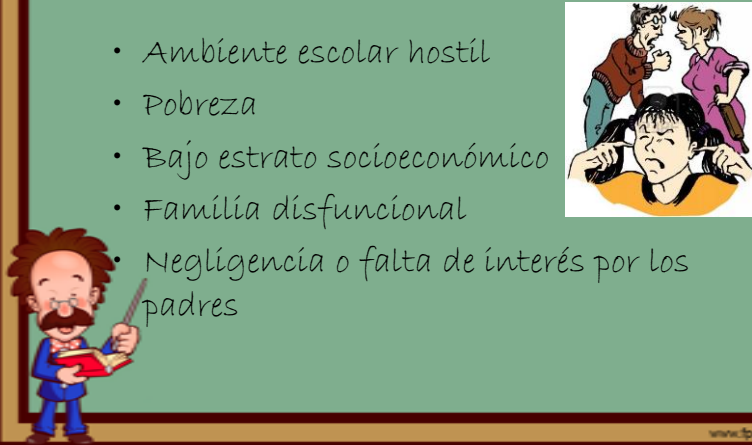
A cartoon teacher with a mustache, wearing a blue suit and holding a red book and a pointer, stands on the left. On the right, a small illustration shows a family in conflict: a man and a woman are shouting at each other, and a child in the foreground is covering their ears. The background is a green chalkboard with a brown border. The website address www.fppt.info is visible in the bottom right corner.

Figura 24. Diapositiva vulnerabilidad contextual.



Figura 25. Diapositiva preguntas.

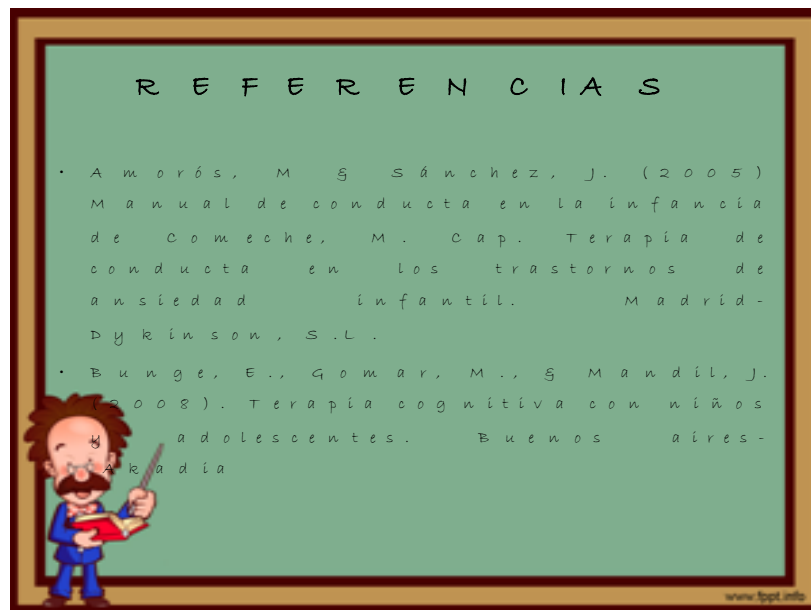


Figura 26. Diapositiva referencias.

5. Mesa redonda, donde cada padre de familia expone el caso puntual de su hijo y las expectativas que tiene frente al programa.
6. Entrega de formato que deben traer la próxima sesión (ver

apéndice C).

7. Cierre de la sesión.

Tabla. 10.

Sesión 2. Fase de intervención.

Sesión 2	
Conociendo a mi alumno	
Objetivo	Sensibilizar a los docentes y directivos sobre la problemática a tratar durante el programa, vinculándolos activamente en el desarrollo del mismo.
Participantes	Docentes y directivos.
Tiempo	2 horas
Recursos	Salón, Sillas, Video beam, ayudas audiovisuales y recurso humano.
Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación del objetivo de la sesión. 2. Presentación video sensibilización; este video se presenta con el fin de generar impacto en los docentes y directivos; y de esta manera logren identificar la situación problema de los alumnos (ver figura 15. Video sensibilización). 3. Reflexión acerca del video teniendo en cuenta los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomatología evidenciada por los docentes y directivos, haciendo énfasis en la actitud del niño frente al aprendizaje. ▪ Conducta de evitación y escape de los niños. ▪ Manejo por parte del grupo de docentes frente a la problemática. 4. Puntualizar conceptos básicos de la problemática. Para ello se utilizaran las diapositivas que se utilizaron en la sesión anterior. 5. Juego de roles, desarrollado de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los docentes y directivos participantes, desempeñaran el papel de niños con las siguientes características: deben escribir con

la mano contraria a la que habitualmente usan y deben seguir las instrucciones dadas por los profesores a cargo.

- Las psicólogas a cargo desempeñaran el papel de docentes, para lo cual tendrán un aspecto físico desagradable según la percepción de los niños, además optaran por una postura estricta, descalificadora para con sus alumnos y autoritaria.
- El tema de la clase será neuropsicología de la ansiedad, expuesto en términos científicos de manera que sea de difícil comprensión para los alumnos.
 - Se ambienta con una melodía de fondo que genere incertidumbre.

6. Entrega de formato que deben traer la próxima sesión (ver apéndice B).

7. Cierre de la sesión.

Tabla. 11.

Sesión 3. Fase de intervención.

Sesión 3	
	Construyendo un ambiente sano para mi hijo
Objetivo	Empoderar a los padres de familia sobre el manejo de la sintomatología ansiosa de sus hijos/as, mediante actividades prácticas que se puedan ajustar al ambiente cotidiano.
Participantes	Padre de Familia
Tiempo	2 horas
Recursos	Salón, Sillas, Video beam, ayudas audiovisuales y recurso humano.
Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación del objetivo de la sesión. 2. Socialización del <i>Formato para el registro de posibles situaciones generadoras de ansiedad</i>, en este espacio cada padre de familia presentara los resultados obtenidos y la manera como los recolecto. 3. Retroalimentación sobre los hallazgos en la socialización anterior,

para ello cada psicólogo utilizará su experticia y de esta manera abordar dichos hallazgos.

4. Explicación del manejo adecuado de las situaciones por medio de ayudas visuales con relación a los resultados obtenidos en el formato anterior, para ello se presentaran las siguientes diapositivas:

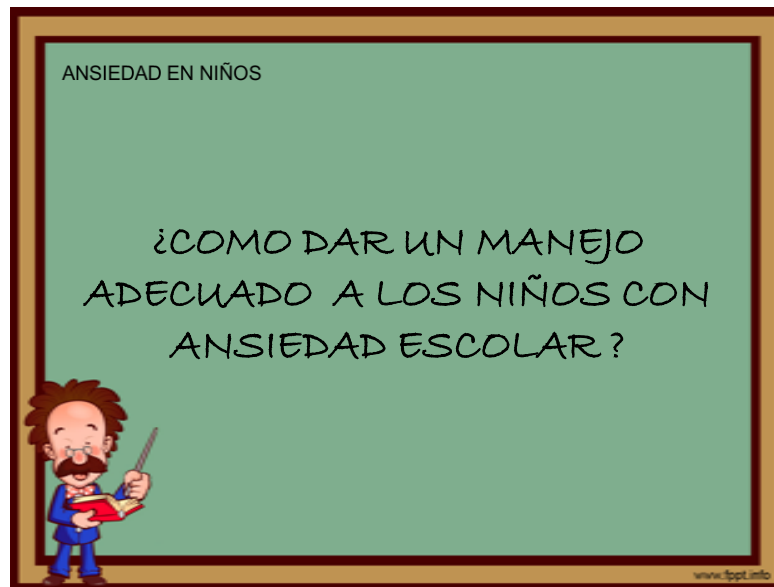


Figura 27. Diapositiva presentación al tema.

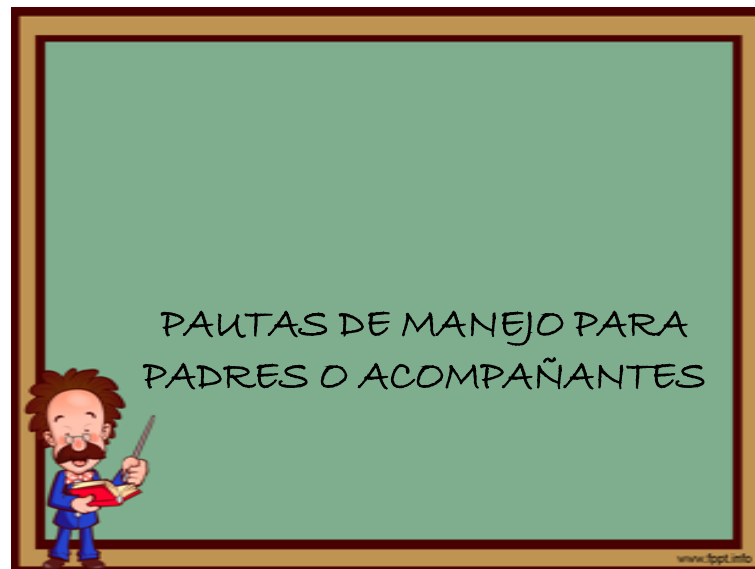
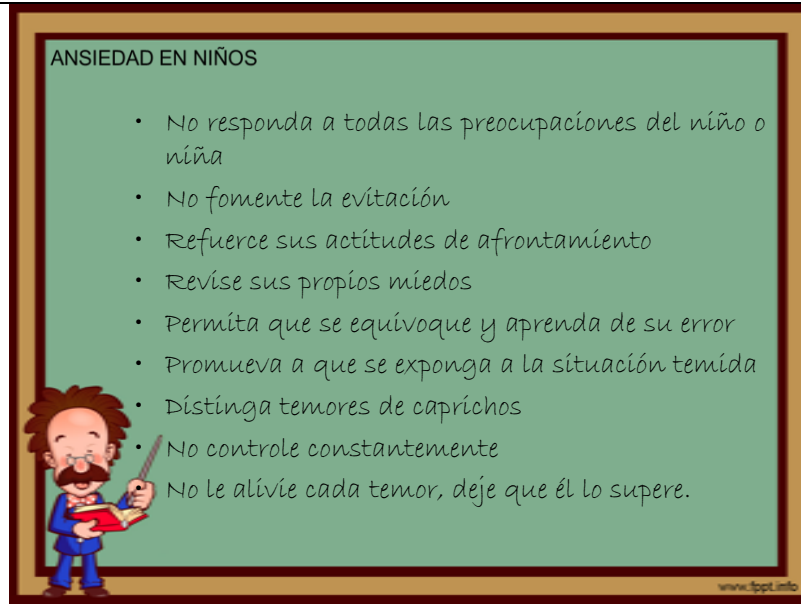


Figura 28. Diapositiva pautas de manejo para padres y acompañantes.



ANSIEDAD EN NIÑOS

- No responda a todas las preocupaciones del niño o niña
- No fomente la evitación
- Refuerce sus actitudes de afrontamiento
- Revise sus propios miedos
- Permita que se equivoque y aprenda de su error
- Promueva a que se exponga a la situación temida
- Distinga temores de caprichos
- No controle constantemente

No le alivie cada temor, deje que él lo supere.

www.fppt.info

Figura 29. Diapositiva tips de pautas.



ANSIEDAD EN NIÑOS

PAUTAS PARA PADRES O ACOMPAÑANTES

- Modele tranquilidad hacia tareas escolares y/o hacia la escuela.
- Generar emociones placenteras asociadas a situaciones escolares.
- Induzca a la práctica de la relajación
- Reforzar las conductas adaptativas
- Ignorar los berrinches
- No ridiculizar, retar, ni castigar en público.

www.fppt.info

Figura 30. Diapositiva pauta para acompañantes.

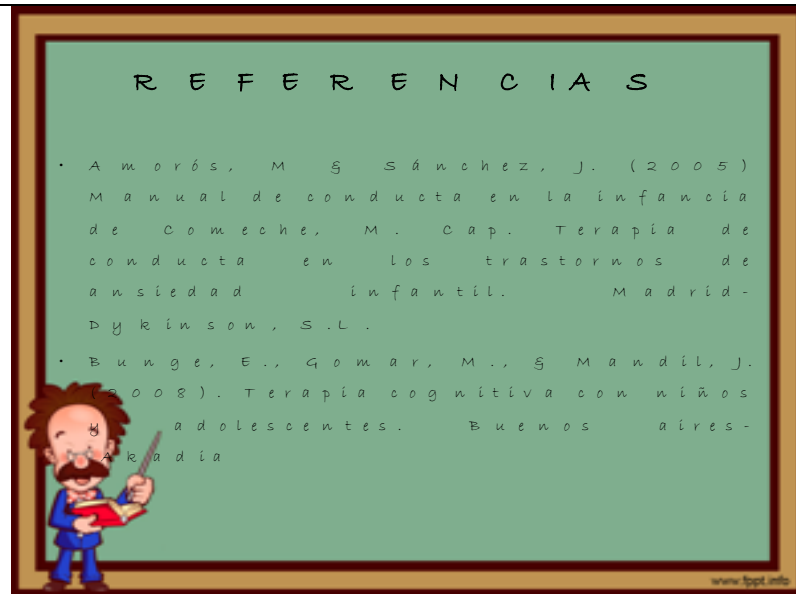


Figura 31. Diapositiva referencias.

5. Cierre de la sesión.

Tabla. 12.

Sesión 4. Fase de intervención.

Sesión 4	
	Construyendo un ambiente sano para aprender
Objetivo	Empoderar a los docentes sobre el manejo adecuado de este tipo de situaciones en el aula para garantizar un ambiente tolerante y libre de agresiones de ellos hacia los estudiantes.
Participantes	Docentes
Tiempo	2 horas
Recursos	Salón, Sillas, Video beam, ayudas audiovisuales y recurso humano.
Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación del objetivo de la sesión. 2. Socialización del <i>Formato para el registro de posibles situaciones generadoras de ansiedad</i>, en este espacio cada docente expondrá su hallazgos y la técnica que utilizo para su recolección. 3. Retroalimentación sobre los hallazgos en la socialización anterior, en este espacio cada psicóloga utilizara su experticia en el tema para responder de la mejor manera a dichos hallazgos.

-
6. Explicación del manejo adecuado de las situaciones por medio de ayudas audiovisuales con relación a los resultados obtenidos en el formato anterior, para ello se utilizaran las siguientes diapositivas:



Figura 32. Diapositiva pauta para docentes.

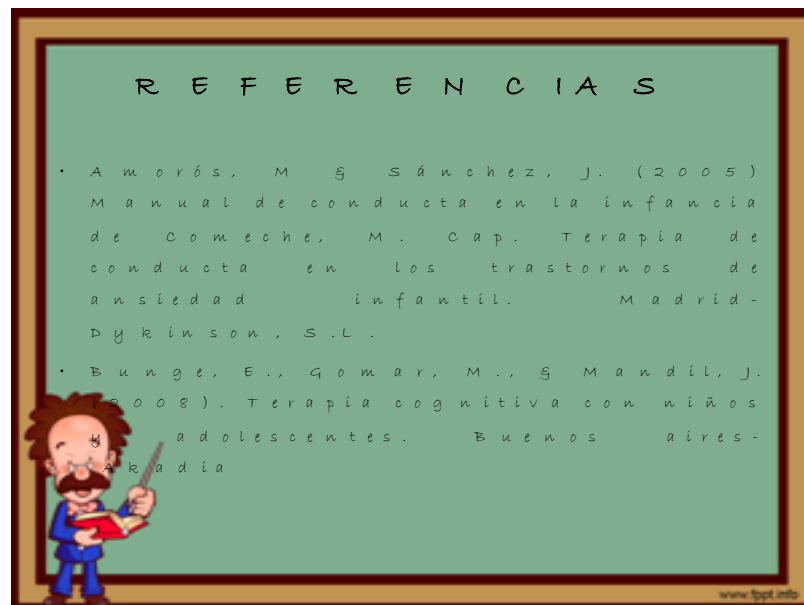


Figura 33. Diapositiva referencias.

4. Cierre de la sesión.
-

Tabla. 13.

Sesión 5. Fase de intervención.

Sesión 5	
	Mis amigos los títeres
Objetivo	Dar a conocer a niños /as las causas, factores de mantenimiento y solución a sus dificultades para controlar su ansiedad en el ámbito escolar.
Participantes	Niños
Tiempo	2 horas
Recursos	Patio de recreo, titiritero, títeres, Recurso humano
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apertura del taller 2. Puntualizar conceptos básicos de la problemática con los niños para ello se utilizarán las siguientes diapositivas:

Procedimiento



Figura 34. Diapositiva presentación del tema para niños.

¿QUE ES ANSIEDAD?

Es una emoción caracterizado por respuestas cognitivas (Lo que piensas), fisiológicas (Lo que tu cuerpo experimenta) y motoras (Lo que haces) ante estímulos o situaciones que pueden suponer una amenaza para tí.






Figura 35. Diapositiva concepto de ansiedad.

LO QUE PIENSAS

- "Todo va a salir mal"
- "Mí profe me va a regañar"
- "Esos niños me van a volver molestar"
- "Me van a decir que esta mal"
- "Se van a burlar de mí"
- "voy a perder las evaluaciones"





www.fppt.info

Figura 36. Diapositiva características cognitivas.

LO QUE EXPERIMENTA TU CUERPO

- Sudas
- Te pones tieso
- Tu corazón late rápido
- Tiembles
- Te pones rojo (a) o te pones pálido (a)



www.fppt.info

Figura 37. Diapositiva características fisiológicas.

LO QUE HACES

- Escapas, sales a correr
- Te escondes
- Lloras
- No te despegas de tus padres
- Sacas excusas para no ir al colegio




www.fppt.info

Figura 38. Diapositiva características conductuales.

¿PORQUE TE SIGUES SINTIENDO ASI?

- NO ENFRENTAS las situaciones temidas
- Te ESCAPAS casa vez que te pones ansioso
- Vives PENDIENTE de lo que te asusta
- Enfrentas las situaciones solo cuando cuentas con AYUDA




www.fppt.info

Figura 39. Diapositiva porque me sigo sintiendo así.

¿QUE DEBES HACER?

- Entender que es lo que te pasa
- Cambiar tus pensamientos a través de actividades lúdicas
- Enfrentarte gradualmente a las situaciones que temes
- Aprender a controlar las respuestas ansiosas, (físicas)
- Recibir apoyo por parte de tus padres y docentes.



www.fppt.info

Figura 40. Diapositiva que debo hacer ante mi situación.

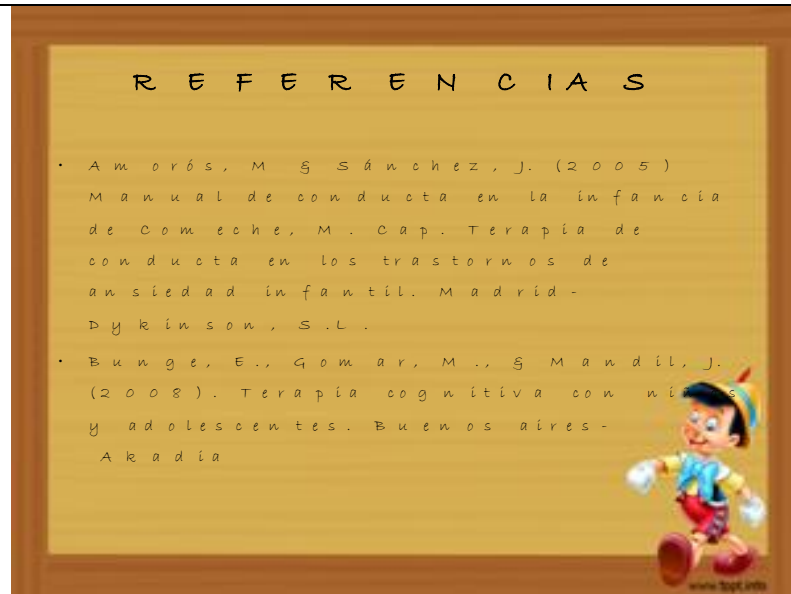


Figura 41. Diapositiva referencias.

3. Actividad de títeres, se les explicara a los niños la sintomatología presente en su problemática por medio de una historia contada con títeres en donde al final de la misma los títeres que actúan como niños reflejaran la importancia de estudiar para el cumplimiento de sueños y metas.
4. Cierre de la actividad.

Tabla. 14.

Sesión 6. Fase de intervención.

Sesión 6	
Aprendiendo a controlar mis emociones	
Objetivo	Generar emociones placenteras asociadas al ambiente escolar e Instaurar habilidades de control emocional mediante la relación progresiva de Jacobson y respiración diafragmática.
Participantes	Niños
Tiempo	2 horas
Recursos	Ayudas audiovisuales, Recurso humano
Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apertura del taller 2. Por medio de modelamiento, se entrenara a los niños en la

identificación de sus respuestas de tensión muscular ante situaciones que les generan ansiedad y de esta manera aprendan a diferenciar entre tensión y distensión.

3. Teniendo en cuenta los resultados del formato del *Buen Cazador* se realizada en el proceso de evaluación, se escogerá la situación en común que les genera ansiedad, con el fin de evidenciar el control de dichas respuestas ansiosas a partir de la técnica entrenada.
 4. Cierre de la actividad
-

Tabla. 15.

Sesión 7. Fase de intervención.

Sesión 7	
Como pienso y como actúo	
Objetivo	Modificar pensamientos intrusivos y conductas frente a su problemática e instaurar adecuadas estrategias de afrontamiento y solución de problemas ante las situaciones que generan ansiedad en niños/as.
Participantes	Niños
Tiempo	2 horas
Recursos	Ayudas didácticas, salón sillas, mesas, colores y recurso humano
Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apertura de la sesión 2. De acuerdo al formato del <i>Buen Cazador</i> y el <i>formato para el registro de posibles situaciones generadoras de ansiedad</i>; se tendrán en cuenta los escenarios y/o estímulos aversivos que generen las respuestas cognitivas y conductuales en los niños; a partir de esto se diseñara una guía ilustrada donde los niños deberán completar las respuestas cognitivas frente a cada situación. 3. Síntesis y retroalimentación de los resultados obtenidos en el ejercicio anterior, que se realizara por medio de la narración “tortuga Vicky de Victoria Herreros Rodríguez”, el cual facilitara

el proceso de aprendizaje para la solución de problemas.
4. Para evaluar la interiorización de las estrategias en la resolución de problemas, se les administrara nuevamente la guía de situaciones ilustradas.
5. Cierre de la sesión.

Tabla. 16.

Sesión 8. Fase de intervención.

Sesión 8	
Enfrentando mi miedo	
Objetivo	Exponer a niños/as ante una situación que les genere ansiedad, para evidenciar las habilidades adquiridas durante el proceso.
Tiempo	Niños y profesores 2 horas
Recursos	Recurso humano, refrigerio, salón de clase
Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apertura de la sesión 2. Se realizara un juego de roles tenido en cuenta la situación más relevante que genera ansiedad en los niños, en el cual se tomaran diez de los veinte niños que sin saber se expondrán a la situación problema que será simulada por el profesor, a diferencia de los otros diez niños que conocerán el objetivo de la actividad y deberán evaluar la actitud del profesor y de los otros niños expuestos frente a la situación problema. 3. Se retroalimentará el juego de roles anterior, haciendo énfasis en la identificación de situaciones y el manejo que le deben dar a estas. 4. Se realizará el cierre de la sesión con un refrigerio.

Tabla. 17.

Sesión 9. Fase de intervención.

Sesión 9	
	Compartiendo con mis padres
Objetivo	Retroalimentación de los resultados y cierre formal del taller Niños y padres
Tiempo	4 horas
Recursos	Recurso humano, refrigerio, salida pedagógica
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apertura de la sesión 2. Dar a conocer los hallazgos y resultados de la intervención y de esta manera concientizar a la población de los recursos y potencialidades que adquiriera en el programan para el manejo de la problemática, y de esta manera se empoderen del mismo, dada la finalización del programa. 3. Se hará entrega del diploma (ver Figura 14. Diploma para familias) a cada familia que finalizo el proceso y a la vez se les entregará la cartilla <i>Aprendiendo Sin Miedo</i> a padres y a la institución.

Procedimiento



Figura 42. Portada de la cartilla Aprendiendo Sin Miedo.

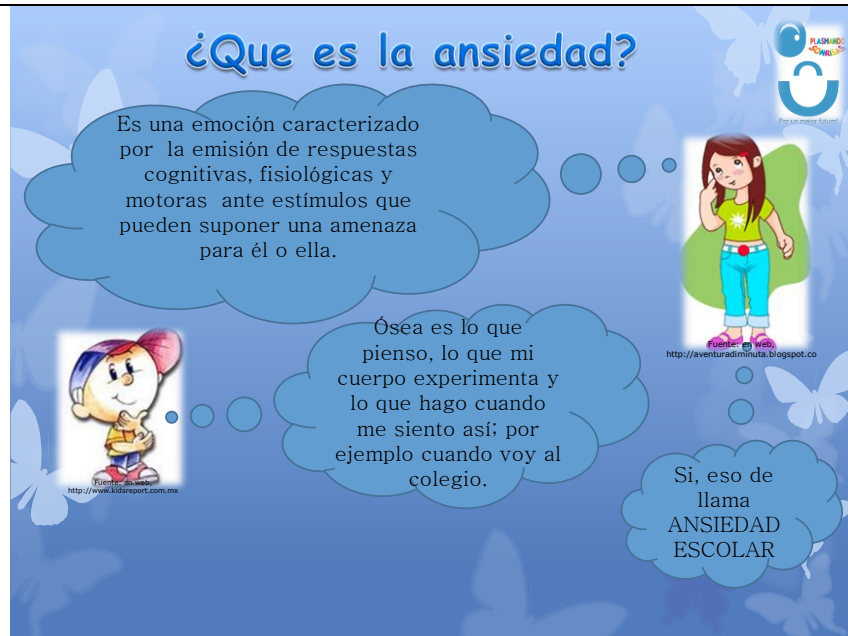


Figura 43. Cartilla, que es ansiedad.

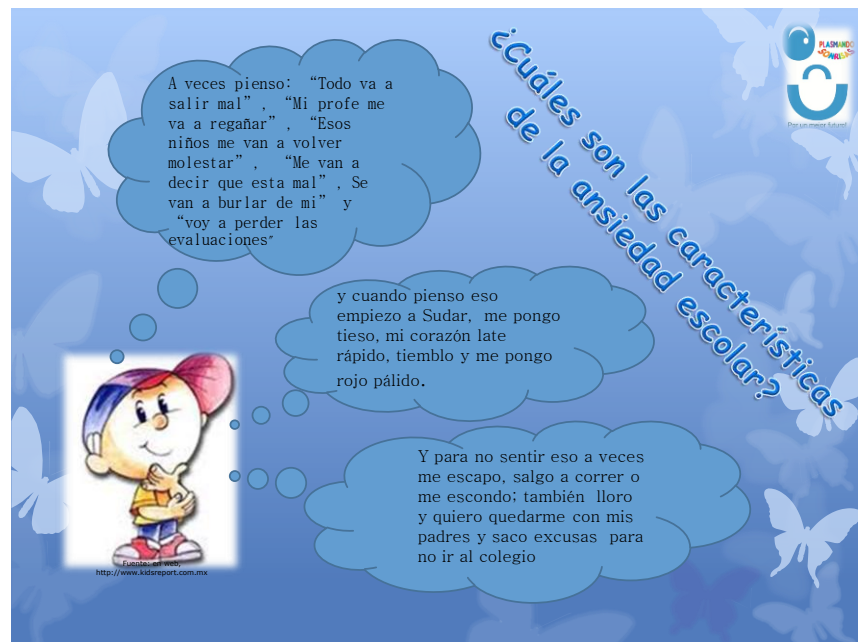


Figura 44. Cartilla, características de la ansiedad escolar.



Figura 45. Cartilla, Razones por las cuales me sucede esto.

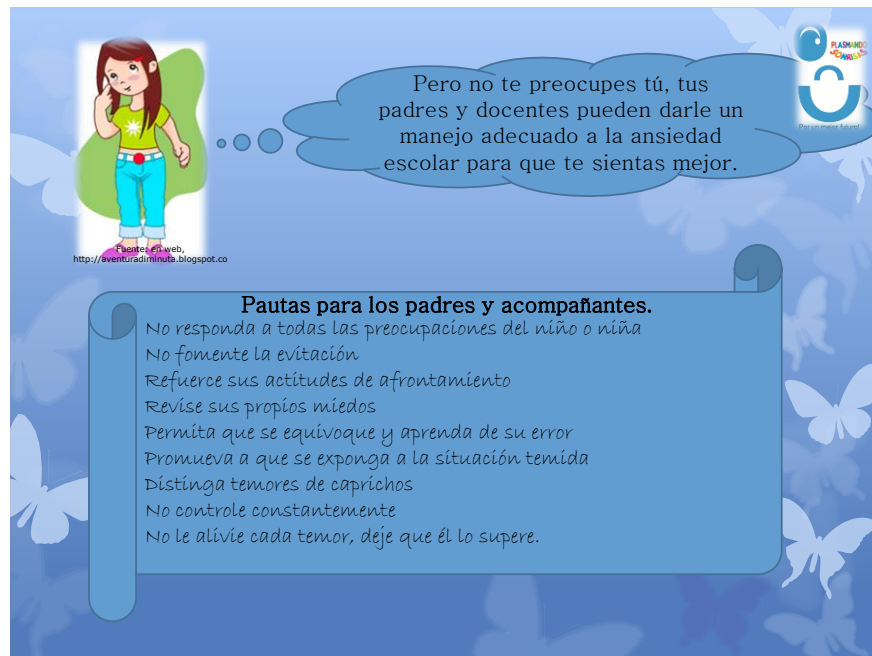


Figura 46. Cartilla, Pautas para padres y/o acompañantes.

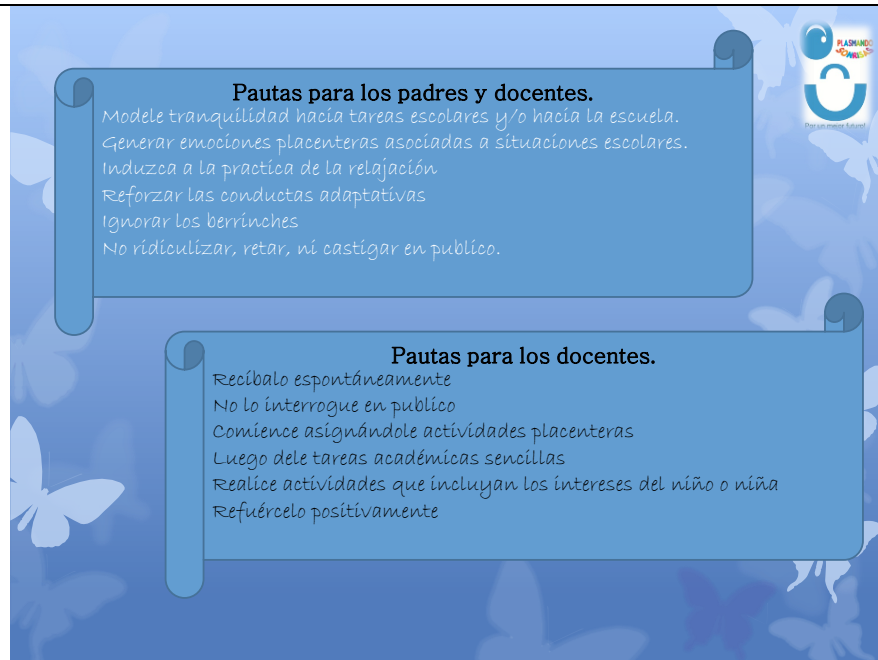


Figura 47. Cartilla, Pautas para docentes.

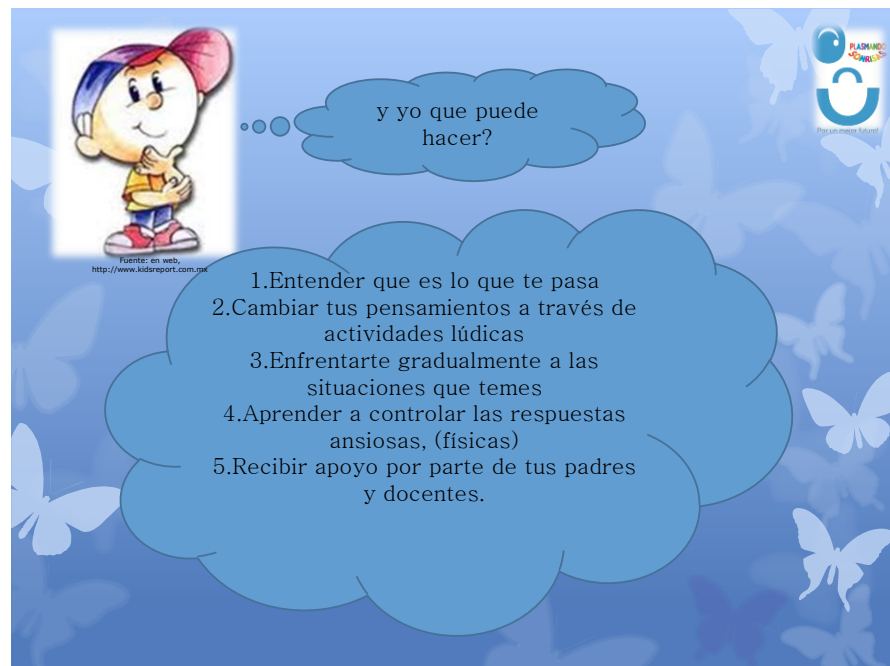


Figura 48. Cartilla, que puedo hacer.



Figura 49. Cartilla, Comunícate.

4. Se realizará el cierre de la sesión con un refrigerio y una actividad lúdica.

Fase de Seguimiento

Tabla. 18.

Fase de seguimiento.

Descripción de la Fase de Seguimiento	
Objetivo	Suministrar las herramientas necesarias a la institución educativa y a los padres para que se garantice la continuidad del proceso y así empoderarlos frente a la importancia de continuar con el manejo de la problemática.
Tiempo	Garantía post venta 6 meses
Recursos	Cartilla para padres y docentes y formato de remisión la institución educativa
Procedimiento	1. Plasmando sonrisas abordará los casos remitidos por la institución dentro de los 6 meses de garantía post venta de manera interdisciplinar con el fin de garantizar el cumplimiento de los

objetivos del programa.

2. El formato de remisión reposará en orientación y dependiendo del criterio de la orientadora remitirá a aquellos niños que a pesar de haber pasado por el programa en ellos persiste la sintomatología.
 3. La orientadora(s), tiene derecho a recibir 2 capacitaciones o asesorías referentes al tema abordado.
-

Discusión y Conclusiones

La asociación entre un estado de ansiedad en el ámbito escolar es cada vez más evidente; los factores más relacionados a este estado según Catalán (citado por Esparza & Rodríguez, 2009) son la falta de soporte social, condiciones sociodemográficas como el bajo nivel socioeconómico, la presencia de amenazas, la ausencia de una afectividad positiva y consistente por parte de los padres, los conflictos entre pares y figuras de autoridad; lo que después retoma Navarro (citado por Esparza & Rodríguez, 2009) quien señala la influencia de la calidad de las relaciones familiares tanto de los padres con los hijos como las relaciones maritales en dichos estados de ansiedad (P.14).

Como se plantea en el presente trabajo, la localidad de Usme, es una localidad que presenta las condiciones de vulnerabilidad que se han abordado. Luego del acercamiento previo que se tuvo con esta localidad, además de evidenciar las condiciones de vulnerabilidad mencionadas, se hace clara la necesidad de generar un programa donde el involucrado no sea solo el niño, sino también las personas que están vinculadas con el desarrollo biopsicosocial de él.

El programa se genera teniendo en cuenta las expectativas de la población que están más orientadas a abordar el factor de falta de interés de los padres o acudientes en el estado emocional del niño, como menciona Arvelo y Builes; Múnera, Salazar y Schnitter (citado por Esparza & Rodríguez, 2009) las pautas de crianza revelan el papel del estado emocional del niño, así como relaciones entre bajos niveles de reforzamiento a los hijos y la presentación de estados negativos en ellos (P.14).

Para el manejo de la ansiedad escolar existen algunas pautas de manejo tanto para padres/acudientes como para docentes, las cuales según Bunge y et al., (2008) son muy importantes aplicar y utilizar para darle un manejo adecuado a la problemática, algunas de estas pautas son:

1. *Pautas de manejo para padres y/o acompañantes:* 1) No responda a todas las preocupaciones del niño o niña; 2) No fomente la evitación; 3) Refuerce sus actitudes de afrontamiento; 4) Revise sus propios miedos; 5) Permita que se equivoque y aprenda de su error; 6) Promueva a que se exponga a la situación temida; 7) Distinga temores de caprichos; 8) No controle constantemente;

9) No le alivie cada temor, deje que él lo supere; 10) Modele tranquilidad hacia tareas escolares y/o hacia la escuela; 11) Generar emociones placenteras asociadas a situaciones escolares; 12) Induzca a la práctica de la relajación; 13) Reforzar las conductas adaptativas; 14) Ignorar los berrinches; 15) No ridiculizar, retar, ni castigar en público.

2. *Pautas de manejo para docentes:* 1) Recíballo espontáneamente; 2) No lo interrogue en público; 3) Comience asignándole actividades placenteras; 4) Luego dele tareas académicas sencillas; 5) Realice actividades que incluyan los intereses del niño o niña; 6) Refuércelo positivamente.

Teniendo en cuenta dichas pautas, Plasmado Sonrisas diseño un programa que permite abordar una problemática común que se presenta en los planteles educativos de Bogotá. Como valor agregado se trabaja no solo con la población infantil si no con los padres y docentes para garantizar que los objetivos planteados se logren y permanezcan en el tiempo para que impacten positivamente en su desarrollo biopsicosocial.

Finalmente, al abordar esta temática se evidencia la importancia de intervenir la ansiedad escolar teniendo en cuenta no solo la manifestación de los síntomas si no el contexto donde se originan y se mantienen los mismos; para así realizar una intervención integral que permita tratar la problemática junto con todas las variables que lo afectan. Asimismo es necesario hacer énfasis en que el acompañamiento de padres y docentes es de vital importancia para lograr una estabilidad emocional en los niños que presentan dicha problemática.

Referencias

- American Psychological Association APA. (2002). Manual de Diagnostico y estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Masson S.A.
- AACAP. (2004). Panic Disorder in Children and Adolescent. http://www.aacap.org/galleries/FactsForFamilies/50_panic_disorder_in_children_and_adolescents.pdf
- Aldana, M. (2009). Los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Particularidades de su presentación Clínica. *PSIMONART: Revista Científica, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso*, 2(1), 93-101.
- Amorós, M & Sánchez, J. (2005) Manual de conducta en la infancia de Comeche, M. Cap. Terapia de conducta en los trastornos de ansiedad infantil. Madrid-Dykinson, S.L.
- Bados, A. (2005). Trastorno de ansiedad por separación. Rechazo escolar y fobia escolar. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/354/1/119.pdf>.
- Barcelata, B., & Alvarez, I. (2005). Patrones de Interacción Familiar de Madres y Padres Generadores de Violencia y Maltrato Infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 35-45.
- Bauman, L., Silver, E & Stein, R. (2006). Cumulative social disadvantage and child health. *Pediatrics*, 117, 1321-1328.
- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (volumen 2). Madrid: McGRAW- Hill/Interamericana De España, S.A.
- Bordin, I., Rocha, M., Paula, C., Teixeira, M., Achenbach, T., Rescorla, L & Silveira, E. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Rev ASEBA*, 29(1).
- Brill, L. (2009). School refusal: Characteristics, Assessment, and Effective Treatment: A Child and Parent Perspective. *PCOM. Psychology Dissertations*, 17.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2008). Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Buenos aires- Akadia

- Cárdenas, M. (2010). Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes . Guías clínicas para la atención de trastornos mentales, 26-30.
- Cárdenas, M., Fera, M., Palacios, L & Peña, F. (2010). Guía clínica para los trastorno de ansiedad en niños y adolescentes. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- Carrasco, I (2010). Fobia escolar miedo a ir a la escuela. Cinteco psicología clínica y psiquiatría. <http://www.cinteco.com/profesionales/2010/09/21/fobia-escolar-miedo-a-ir-a-la-escuela/>.
- Castrillón, D y Borrero, P (2005). Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta Colombiana de Psicología*. 8(1).
- Durand V, M., & H. Barlow, D. (2007). Psicopatología un enfoque integral de la psicología anormal. Mexico: Cengage learning Editores, S.A.
- Eisenberg, N., Spinrad, T., Fabes, R., Reiser, M., Cumberland, A., Shepard, S et al. (2004). The relations of effortful control and impulsivity to children's resiliency and adjustment. *Child development*. 75, 25-46.
- Esparza, N., & Rodriguez, M. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas. Perspectivas en psicología*. 5 (1), 47-64.
- Gisele, G., Isolan, L., Blaya, C., Maltz, S., Heldt, E., & Pollack, M. (2003). Relationship Between adult social phobia and childhood anxiety. *Rev. Brasil Psiquiatra*, 25(2), 96-99.
- Gold, A. (2006). Trastornos de ansiedad en niños . *Pediatría Uruguaya* , 34-38.
- Gomez, H. (2010). Neurofisiología, Clínica y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. Caracas : Singularidad, evolucionando conscientemente.
- Hernández, N (2007). Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos de la salud. LibrosEnRed.
- Hernández, P & Coronado, A (2008). Desempeño académico de universitarios en relación con la ansiedad escolar y auto-evaluación. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1).
- Hoban, T. (2004). Sleep and it's disorders in children. *Seminars in neurology*, 24, 327-340.
- Ito, Roso, Tiwari, Kendall & Asbahr, (2008). Terapia cognitivo comportamental da fobia social. *Instituto de Psiquiatria, Hospitai das Clinicas, Faculdade de iViedicina, Universidade de Sao Paulo (USP)*, 96-101.

- Kamphaus, R & Frick, P (2000). Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente. Manual Moderno, S.A – México.
- Koplewicz, H. (2000). Social phobia in children and adolescents. *Child Study Center*, 1-4.
- Koplewicz, H. (2005). Recognizing and treating obsessive - compulsive disorder in children. *Child Study Center*, 9(5), 1-3.
- Ledo, I., Ledo, H., & Ramos, A. (2012). Psicoterapia conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Norte de salud mental*. 10(43), 30-36.
- Linares, A. (2009). paidopsiquiatria. http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Teorias_desarrollo_cognitivo.pdf
- López. (2005). Trastorno de ansiedad generalizada. *Tratamiento Psicologico*, 2-66.
- Martínez, M., Inglés, C., Trianes, M., & García, J. (2011). Electronic Journal of Research in Educational Psychology. http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/25/espanol/Art_25_607.pdf
- Med, B. (2005). Validation of the social phobia and anxiety inventory for children (SPAI-C) in a sample of Brazilian children. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2005000500019
- Ministerio de Educación Nacional . (2005). Lineamientos de política para la atención educativa a poblaciones vulnerables. Bogotá: Revolucion Educativa, Colombia Aprende.
- Ministerio de Educacion Nacional. (2011). Estadísticas del Sector Educativo. http://menweb.mineducacion.gov.co/seguimiento/estadisticas/principal.php?begin=1&seccion=1&id_categoria=2&dpto=&mun=&et=&ins=&sede=
- Ministerio de protección social. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Fundación FES Social. Cali: C&C Gráficas LTDA.
- Montt, M. E. (2001). Trastorno de estrés post-traumático en niños. (Scielo, Ed.) *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 2(39), 110-120.
- Neil, D. (2012). *Family Therapy UK*. Recuperado el 2012, de Family Therapy UK: <http://www.familytherapy.org.uk/Leaflets/siblingrivalry.html>
- Nuttal, C. (2012). Exploration of successful intervention with children and young people who show school refusal behaviours. <https://www.escholar.manchester.ac.uk/uk-ac-man-scw:167065>.

- Observatorio Nacional de Salud Mental y Drogas. (2011). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Bogotá.
- Papalia, D. (2004). *Psicología del desarrollo*. Mexico, D.F.: Mc Graw Hill.
- Parrado, F. (2008). Máster en Paidopsiquiatría. Ansiedad (aspectos conceptuales) y trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Módulo II. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Perez, I., Fernández, P., & Rodado, S. (2005). Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático por la Guerra, en Niños de Cundinamarca, Colombia. (SciELO, Ed.) *Revista de Salud Pública*, 7(3).
- Perpiñá, A., García, L., Canalda, S., & Boget, L. (2002). Aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivo-compulsivo. Barcelona, España.
- Restrepo, G. (2008). Diagnostico y Tratamiento en niños, adolescentes y adultos. *Psiquiatria Clinica*, 272-278.
- Ruiz, A. M., & Lago, B. (2005). AEPAP. Recuperado el 06 de Octubre de 2012, de Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia: http://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A., Sánchez, J., Méndez, X. & Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología conductual* 10 (3), 503-521.
- Sanz, M. (Junio de 2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, III(10), 61-71.
- Shaffer, D & Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. Mexico: Cengage Learning.
- Secretaría de Educación del Distrito . (2011). Caracterización Sector Educativo – Localidad de Usme. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Secretaría distrital de planeación, (2009). Conociendo la localidad de Usme. <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/Publicaciones%20SDP/PublicacionesSDP/05usme.pdf>.
- Smith, P. (2005). Play: types and functions in human development. In A. D. Pellegrini & P. K. Smith (Eds). *The nature of play*. New York: Guilford, 271-291
- Taboada, A. M., Ezpeleta, L., & De la Osa, N. (2000). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Ansiedad y Estrés*, 1-17.

Vera, M. d. (2009). "El desarrollo emocional de los niños". *Revista Digital Innovacion y Experiencias Educativas* (15), 1-10.

Apéndices

Apéndice A. Encuesta de Mercadeo

Encuesta de Mercadeo
Plasmando Sonrisas...por un mejor futuro!!!

Profesión/Ocupación: _____ Edad: _____ Genero: F o M o



Estamos diseñando un programa de intervención teniendo en cuenta las condiciones de vulnerabilidad en que se desarrollan niños de 9 a 12 años, el cual genere patrones cognitivo conductuales funcionales, que le permitan al niño convertirse en un agente de cambio en su red de apoyo primaria, mitigando la ansiedad que generan dichas condiciones de vulnerabilidad tales como estratos socioeconómicos 0, 1, 2 y 3; en condiciones de pobreza, ambiente escolar hostil y marginal; indiferencia o falta de interés por parte de la familia o niños con características de posible maltrato físico y psicológico que les genera ansiedad en su desenvolvimiento diario.

Teniendo en cuenta lo anterior y con el fin de mejorar la calidad del producto de acuerdo a la población, le pedimos conteste de manera honesta las siguientes preguntas, teniendo en cuenta que sus respuestas no van a ser evaluadas, si no que van a ser utilizadas en pro de mejorar el producto que deseamos diseñar. (En las preguntas de selección múltiple puede escoger varias respuestas).

1. Alguna vez ha sido participe de algún programa similar a este? si lo ha hecho, por favor indique que le gusto y que no le gusto; si no ha participado indique los temas que serían de su interés o que cree pueden ser del interés para los niños en estas condiciones:

- Si
- No

Me gusto: _____

No me gusto: _____

2. Si tuviera la oportunidad de hacer parte de este programa sobre ¿qué temáticas le gustaría hablar?

- Resolución de conflictos
- Comunicación Asertiva
- Roles Familiares
- Manejo de la Agresividad
- Rendimiento Escolar
- Relación Alumno/Docente
- Educación sobre la ansiedad en niños
- Manejo de conductas ansiosas
- Manejo de situaciones que conllevan a una respuesta ansiosa
- Que es ansiedad y consecuencias
- Otros: _____

3. ¿A qué otro tipo de población considera usted que le seria de beneficio este programa?

- Padres de familia
- Docentes
- Alumnos
- Otro: _____

4. Que beneficios esperarías recibir de este tipo de programa?

5. ¿Cuanto tiempo podría destinar la institución para la aplicación del programa a los estudiantes?

- 2 horas/2 veces a la semana
- 2 horas/1 vez por semana
- 1 hora/ 3 veces a la semana
- Otro: _____

6. Si de usted dependiera la decisión de adquirir este programa, cuanto estaría dispuesto a invertir:

- Entre \$15.000.0000 a \$20.000.000
- Entre \$21.000.000 a \$25.000.000
- Entre \$26.000.000 a \$30.000.000
- Otro: _____

7. En qué tipo de lugar le gustaría que se realizar o aplicara el programa:

- Salones de clase
- Hospitales
- Auditorios
- Salidas pedagógicas
- Centro de atención psicológico
- Salones de clase

8. Que actividades le gustaría que incluya este tipo de programas:

- Actividades Lúdicas
- Conferencias
- Charlas
- Cine foro
- Construir herramientas
- Otros: _____

9. Que otras instituciones podrían vincularse con la ejecución del programa:

- ICBF
- Jardines
- Colegios privados
- SED
- Otros: _____

10. Que metodología o de qué manera le gustaría que se desarrollara el programa?

11. Si se pensara en una aplicación simultanea que personas deberían estar presentes, marque con una x:

- Niños y Padres de Familia.
- Niños y Docentes.
- Niños y administrativos.
- Niños, padres de familia y docentes.
- Niños, padres de familia y administrativos.
- Niños, padres de familia, docentes y administrativos.
- Otra: _____

12. Considera que la mejor manera de aplicar las sesiones del programa es:

- Todas las sesiones de manera individual.
- Todas las sesiones de manera grupal.
- Sesiones grupales e individuales con predominancia grupal.
- Sesiones grupales e individuales con predominancia individual.
- Igual número de sesiones grupales e individuales.

Yo _____ con c.c. _____ de _____ certifico que se me fue informada la finalidad de esta encuesta y autorizo a que la información aquí contenida sea utilizada para fines académicos.

Firma

Apéndice B. Formato *las preguntas del buen cazador* de Bunge, Gomar y Mandil (2008)

LAS PREGUNTAS DEL BUEN CAZADOR

Mi pensamiento miedoso es:	
¿Qué tan seguro del 1 al 10 es que eso que temo pase?	
¿Qué tan grave sería del 1 al 10?	
¿Qué es lo mejor que podría pasar?	
¿Qué es lo peor que podría pasar?	
Si eso pasa... ¿Qué armas tengo para afrontarlo? ¿Qué puedo hacer para enfrentar la situación?	
¿Alguna vez me paso antes? Y ¿Qué hice entonces para resolverlo?	
¿Qué me hace pensar que va a ser así?	
¿Qué me hace pensar que no va a ser así?	
¿Me suele pasar que pienso estas cosas y después no pasa nada?	
Respuestas al pensamiento miedoso	

Apéndice C. Formato para el registro de posibles situaciones generadoras de ansiedad.



Plasmando sonrisas, por un mejor futuro.

Padre de familia: _____

Alumno: _____

Grupo: _____

Formato para el registro de posibles situaciones generadoras de ansiedad

Por favor diligencie el siguiente formato teniendo en cuenta la sintomatología característica de la fobia escolar, describiendo la situación en la cual su hijo presento la sintomatología y como Ud. o el encargado lo manejo.

Descripción de la situación	Manejo de la situación