



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Intervención Psicológica en Niños y
Adolescentes

**Aplicación de Terapia Cognitiva
Conductual en un niño de siete años con
problemas de ansiedad**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Nathalyn Cruz Cruz
País y Ciudad:	Guatemala, Guatemala
Tipo de trabajo:	Estudio de Caso Clínico
Director/a:	Silvia Melero Soriano
Fecha:	21 de febrero de 2024

Resumen

Los trastornos de ansiedad son de los principales motivos de consulta de los niños en edad escolar, entre ellos, el trastorno de ansiedad por separación es el más prevalente en los niños menores de doce años. Esto afecta a la adaptación social, familiar, educativa y, por tanto, impacta en el desarrollo evolutivo de quien lo padece. El objetivo de este trabajo fue desarrollar una intervención cognitivo-conductual para la reducción de sintomatología ansiógena en un niño de 7 años. La metodología que se utilizó fue un estudio de caso único. Se aplicó una intervención cognitiva-conductual personalizada, a través de 12 sesiones de 60 minutos de duración cada una, a excepción de dos reuniones con padres con duración de 90 minutos. Se concluye que la aplicación personalizada de una intervención cognitiva-conductual a un caso único demuestra efectividad en sus resultados, lo cual se alcanza bajo un enfoque de fidelidad y flexibilidad que respeta los componentes principales de la TCC y, al mismo tiempo, se adapta a las necesidades particulares del paciente.

Palabras clave: ansiedad por separación, trastornos de ansiedad, terapia cognitiva-conductual, flexibilidad, fidelidad.

Abstract

Anxiety disorders are one of the main reasons for consultation of school-age children, among them, separation anxiety disorder is the most prevalent in children under twelve years. This affects social, family, and educational adaptation and therefore, impacts on the evolutionary development of the sufferer. The aim of this study was to develop a cognitive-behavioral intervention for the reduction of anxiety symptoms in a 7-year-old child. The methodology used was a single case study. A personalized cognitive-behavioral intervention was applied through 12 sessions of 60 minutes each, except for two meetings with parents lasting 90 minutes. It is concluded that the personalized application of a cognitive-behavioral intervention to a single case demonstrates effectiveness in its results, which is achieved under an approach of fidelity and flexibility that respects the main components of CBT and, at the same time, adapts to the needs of the patient.

Keywords: separation anxiety, anxiety disorders, cognitive-behavioral therapy, flexibility, fidelity.

Índice de contenidos

Introducción y justificación	10
1.1. Objetivo general	11
1.2. Objetivos específicos	12
2. Marco teórico.....	13
2.1. La emoción y su desarrollo	13
2.1.1. El miedo y la ansiedad	15
2.2. La ansiedad clínica en la infancia.....	17
2.3. Trastornos de ansiedad en la infancia.....	18
2.3.1. Factores de riesgo y factores mantenedores	20
2.4. La ansiedad por separación en la infancia.....	22
2.5. Trastorno de ansiedad por separación.....	23
2.5.1. Prevalencia	24
2.5.2. Comorbilidad	25
2.5.3. Evolución	25
2.5.4. Factores de riesgo.....	26
2.6. Tratamiento Cognitivo-Conductual	28
2.6.1. Programas de tratamiento Cognitivo-Conductual	29
2.6.2. Adaptaciones culturales de los programas TCC	30
3. Identificación del paciente y motivo de consulta	32
3.1. Historia del problema actual	32
3.2. Historia clínica	34
3.2.1. Desarrollo e infancia.....	34
3.2.2. Desarrollo social	34
3.2.3. Desarrollo escolar	34

3.2.4.	Antecedentes familiares.....	34
3.3.	Evaluación.....	35
3.4.	Resultados	36
3.4.1.	Sistema de Evaluación de niños y adolescentes.....	37
3.4.2.	Self-Report to Childhood Anxiety Related Disorders	38
3.4.3.	Inventario de Miedos Escolares, Versión Niños	38
3.4.4.	Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación	39
3.4.5.	Cuestionario de Depresión Infantil.....	40
3.4.6.	Conclusión diagnóstica	40
4.	Objetivos del tratamiento	42
5.	Tratamiento.....	42
5.1.	Proceso de admisión.....	43
5.1.1.	Entrevista.....	43
5.1.2.	Conocer al paciente	43
5.2.	Sesiones de tratamiento.....	44
5.2.1.	Sesión 1.....	45
5.2.2.	Sesión 2.....	46
5.2.3.	Sesión 3.....	47
5.2.4.	Sesión 4.....	48
5.2.5.	Sesión 5.....	49
5.2.6.	Sesión 6.....	50
5.2.7.	Sesión 7.....	51
5.2.8.	Sesión 8.....	53
5.2.9.	Sesión 9.....	53
5.2.10.	Sesión 10.....	54

5.2.11.	Sesión 11.....	56
5.2.12.	Sesión 12.....	56
5.3.	Valoración del tratamiento	57
5.3.1.	Self-Report to Childhood Anxiety Related Disorders	57
5.3.2.	Inventario de Miedos Escolares, Versión Niños	58
5.3.3.	Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación	59
6.	Conclusión y Discusión	61
6.1.	Limitaciones y prospectiva	66
	Referencias bibliográficas.....	68
Anexo A.	Autorización del centro para realización de TFM	73
Anexo B.	Compromiso de Confidencialidad de Datos	74
Anexo C.	Aprobación del Estudio por el Comité de Ética	75
Anexo D.	Consentimiento informado para padres	76
Anexo E.	Ejemplificar qué hace un psicólogo	79
Anexo F.	Miedos de Leo	80
Anexo G.	Cuaderno de Spider-Retos.....	81
Anexo H.	Fichas de Spider Man.....	82
Anexo I.	TEDMED	83
Anexo J.	Dibujo de Leo en la fila del colegio	84
Anexo K.	Pasos para relajarte	85
Anexo L.	Monstruo de Colores	86
Anexo M.	Emoción de la semana, sesión 4.....	87
Anexo N.	Libro Yo me Pregunto Las Emociones	88
Anexo O.	Tarros de las emociones, Sesión 4.....	89
Anexo P.	Ejercicio Qué Aprendí, sesión 4	90

Anexo Q.	Revisión del Spider-Reto, sesión 5.....	91
Anexo R.	Emoción de la semana, sesión 5.....	92
Anexo S.	Educación emocional, sesión 5.....	93
Anexo T.	El Emocionómetro del Inspector Drilo	94
Anexo U.	Revisión del Spider-Reto, sesión 6.....	95
Anexo V.	Emoción de la semana, sesión 6.....	96
Anexo W.	Alarma de la ansiedad	97
Anexo X.	Educación emocional, sesión 6.....	98
Anexo Y.	Dónde siente la ansiedad	99
Anexo Z.	Ejercicio Qué Aprendí, sesión 6	100
Anexo AA.	Emoción de la semana, sesión 7	101
Anexo BB.	Ejercicio de león feroz y león bebé.....	102
Anexo CC.	Pensamientos alternativos	103
Anexo DD.	Revisión del Spider-Reto, sesión 9.....	104
Anexo EE.	Situaciones de león feroz Vs. León de juguete.....	105
Anexo FF.	Situación ficticia de Matías.....	106
Anexo GG.	Ejercicio Qué Aprendí, sesión 9	107
Anexo HH.	Dibujo del incidente, sesión 10	108
Anexo II.	Pensamientos claros.....	109
Anexo JJ.	Ejercicio Qué Aprendí, sesión 10	110
Anexo KK.	Emoción de la semana, sesión 11.....	111
Anexo LL.	Emoción de la semana, sesión 12.....	112
Anexo MM.	Actividad de autorefuero	113
Anexo NN.	Frases amables hacia sí mismo.....	114

Índice de figuras

Figura 1. <i>Resultado de forma para niño, SCARED</i>	38
Figura 2. <i>Resultado forma para padres, SCARED</i>	38
Figura 3. <i>Resultado del IME-N</i>	39
Figura 4. <i>Resultado SAAS-C</i>	39
Figura 5. <i>Resultado SAAS-P</i>	40
Figura 6. <i>Pre-test y post-test, forma para niño, SCARED</i>	58
Figura 7. <i>Pre-test y post-test, forma para padres, SCARED</i>	58
Figura 8. <i>Pre-test y post-test, forma para niño, IME-N</i>	59
Figura 9. <i>Pre-test y post-test, forma para niño, SAAS-C</i>	59
Figura 10. <i>Pre-test y post-test, forma para padres, SAAS-P</i>	60

Índice de tablas

Tabla 1. Resultado SENA.....	37
Tabla 2. Resultado de paciente, CDI.	40

Introducción y justificación

La población infantil y adolescente es un grupo objetivo de gran relevancia, por lo que implica su desarrollo evolutivo, así como por los puntos potenciales que han cobrado mayor atención desde la pandemia de COVID-19 en relación con los procesos de neurodesarrollo de estos grupos, el aprendizaje, los estilos de vida, los derechos humanos, y, no menos importante, la salud mental. Siendo esta una de las principales conclusiones de un estudio exhaustivo sobre los diversos problemas de salud mental que se originan en la infancia y la adolescencia (Campodónico, 2022).

En esta misma línea, La Organización Mundial de la Salud (ahora en adelante, OMS), en el 2022, expuso datos y cifras sobre la salud mental, afirmando que más de 970 millones de individuos, o una de cada ocho personas, experimentaron una enfermedad mental en 2019. Los trastornos de ansiedad y de depresión, entre los más prevalentes. Las estimaciones iniciales revelaron que, en el 2020, después del inicio de la pandemia, estos problemas aumentaron significativamente, hasta el 26% y 28%. Según el estudio, 301 millones de personas en todo el mundo experimentaron trastornos de ansiedad en 2019, de los cuales 58 millones eran niños y adolescentes. La afirmación de que los trastornos de ansiedad son los problemas de salud mental más prevalentes a nivel mundial se rectificó en un artículo más reciente. Las mujeres se ven más impactadas que los hombres. Los síntomas suelen aparecer a temprana edad, de hecho, la OMS propone entre las estrategias comunitarias, crear planes de prevención para niños y adolescentes y programas de psicoeducación para padres y escuelas, que promuevan el aprendizaje social y emocional para desarrollar habilidades de afrontamiento positivo (OMS, 2023).

Los trastornos de ansiedad son dos veces más comunes en las niñas que en los niños (Papalia et al., 2012; Wehry 2015). La mayor vulnerabilidad a la ansiedad empieza a los seis años. La ansiedad suele tener factores biológicos, y, al mismo tiempo, es producto de factores sociales y ambientales, como la exposición a progenitores con tendencia a la ansiedad o depresión (Strawn, 2021).

Dentro de los trastornos de ansiedad, la ansiedad por separación como un problema clínico es el más prevalente en los niños menores de doce años. La prevalencia se sitúa entre el 4% y 3% y disminuye conforme el infante avanza en su desarrollo hasta la adultez (APA, 2022).

Por consiguiente, los trastornos de ansiedad son de los principales motivos de consulta de los niños en edad escolar, lo que afecta a la adaptación social, educativa y, por tanto, impacta en el desarrollo evolutivo de quien lo padece. Por otro lado, la ausencia de diagnóstico y tratamiento basado en la evidencia científica puede influir en que se mantengan y agraven estos problemas en la edad adulta, siendo relevante la detección y atención temprana (Mandil, 2019).

Según lo planteado, estas razones son las que han motivado la elaboración del Trabajo Fin de Máster sobre un niño de siete años con problemas de ansiedad, con presentación aguda de síntomas de ansiedad por separación y la aplicación de la Terapia Cognitiva-Conductual como tratamiento de elección. El niño objeto de estudio cumple con las características de lo que exponen las investigaciones, referente a la prevalencia de los problemas de ansiedad en la infancia temprana y, específicamente, el trastorno de ansiedad por separación y su relación con la evitación escolar.

Desde el rol de psicoterapeuta infantojuvenil, respondiendo a las competencias de formación y actualización, se desea profundizar alrededor de los problemas de ansiedad en la infancia, estudiar su etiología, factores de riesgo y mantenimiento, su curso, prevalencia y comorbilidad. A la vez, explorar de manera más exhaustiva sobre la efectividad de la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. De esta manera, hacer un aporte a la comunidad científica que vela por el cuidado integral de la salud mental en la infancia.

A continuación se expone el objetivo general y los objetivos específicos para este estudio de caso único; la sección dos del marco teórico le brindará con mayor profundidad la revisión teórica sobre los problemas de ansiedad en la infancia y el trastorno de ansiedad por separación; en la sección tres se informará sobre la identificación del paciente, el motivo de consulta y el procedimiento de evaluación que se llevó a cabo; en la cuarta y quinta sección se abordará el tratamiento utilizado y se finaliza con la conclusión y discusión del estudio.

1.1. Objetivo general

Teniendo en cuenta el planteamiento que se ha expuesto, el objetivo general durante este estudio de caso es: desarrollar una intervención cognitivo-conductual para la reducción de sintomatología ansiógena en un niño de 7 años.

1.2. Objetivos específicos

- A. Reducir síntomas de ansiedad en el niño al enfrentarse a la separación de los padres.
- B. Incrementar conductas de autonomía del paciente para una adaptación más funcional en su vida diaria.
- C. Identificar las conductas de afrontamiento que desarrolló el niño, tanto a nivel social como escolar, tras aplicar el programa de intervención.

2. Marco teórico

2.1. La emoción y su desarrollo

Existe un método sistemático para el desarrollo emocional, y los estudios sugieren que las emociones más complejas surgen a partir de otras más simples (Damasio, 1994, 2003, en Gordillo et al., 2020; Papalia et al., 2012). Previo a desarrollar el tema en cuestión de este trabajo fin de máster, que se refiere a los problemas de ansiedad en niños, vale la pena sentar las bases sobre qué es la emoción, desde cuándo aparece en el ser humano y qué estructuras cerebrales están involucradas en ella.

El modelo de Lewis (1997), que cita Bilbao (2015) y Papalia et al., (2012), explica el desarrollo emocional afirmando que las emociones primarias o básicas aparecen en los primeros seis meses de vida. Los bebés muestran señales de satisfacción, curiosidad y malestar poco después de nacer. Más adelante, estos primeros estados emocionales se distinguen en distintas emociones, como la sorpresa, la alegría, la tristeza, el asco, el enojo y el temor. Alrededor del segundo año aparecen emociones que refieren autoconciencia: el bochorno, la envidia y la empatía. A los tres años, tras desarrollar la conciencia de sí mismos y aprender normas y reglamentos, los niños pueden evaluar sus ideas, planes, deseos y acciones comparándolos con comportamientos socialmente aceptables. A continuación, manifiestan sentimientos de orgullo, culpa y vergüenza.

El desarrollo emocional está vinculado con el desarrollo del cerebro (Papalia et al., 2012), por lo que las primeras señales de emoción se manifiestan con el llanto, las sonrisas y las risas. Palmero y Martínez-Sánchez (2008), quienes hacen una revisión exhaustiva de qué describen los diferentes autores sobre qué son las emociones; concluyen que, la emoción está compuesta por tres sistemas de respuesta: 1) el neurofisiológico-bioquímico; 2) el motor o conductual expresivo, y 3) el cognitivo o experiencial-subjetivo. Más cercano en el tiempo, Gordillo et al., (2020), indica que las emociones son sistemas biológicos que permiten una adaptación ambiental adecuada y dependen de los sistemas nerviosos central y periférico para producir reacciones fisiológicas, motoras y cognitivas.

Vale la pena entrelazar la definición de emoción con otras investigaciones, como la teoría neurocientífica o del cerebro triuno. Velásquez et al., (2006) hablan sobre investigaciones concluyentes, por ejemplo, el estudio de los neurocientíficos norteamericanos Sperry y

MacLean (1978, 1990), quienes explican que el sistema neocortical, el sistema límbico y el sistema reptiliano son los tres sistemas que componen el cerebro humano. Así mismo, Bilbao (2015) y Gordillo et al., (2020) toman la explicación de tres cerebros en uno para ampliar el aprendizaje sobre la evolución del cerebro humano:

- A. **el cerebro reptiliano** es el más primitivo, ocupa el 5% del volumen cerebral. Está formado por el cerebro básico, encargado de regular las funciones involuntarias, automáticas y programadas del cuerpo, como los reflejos e instintos; también controla las estructuras que intervienen en los estados de alerta, como estar despierto o dormido, detecta los cambios de temperatura, percibe el hambre, la sed y el impulso sexual, entre otros.
- B. **El sistema límbico o cerebro emocional** creció por encima del cerebro reptiliano, abarca el 10% del volumen cerebral. La capacidad de discriminar entre emociones placenteras y negativas es la base del funcionamiento de este sistema. Esta estructura se activa para buscar emociones agradables, como estar cerca de personas seguras, y para evitar sensaciones desagradables, como amenazas, peligros o circunstancias que inducen al miedo (Bilbao, 2015; Gordillo et al.,2020). El sistema límbico comprende varias regiones cerebrales, como el tálamo, la amígdala, el hipotálamo y el hipocampo (Gordillo et al.,2020; Velásquez, et. al, 2006; Wehry et al., 2015). La amígdala, que inicia las reacciones centrales de miedo, es una de las estructuras más relacionadas con la fisiopatología de los trastornos de ansiedad en la infancia (Wehry et al., 2015).
- C. **El sistema neocortical o cerebro racional** constituye aproximadamente el 85% del volumen cerebral, es lo que diferencia a los humanos de otros animales. Aquí reside la racionalidad del sistema nervioso, permite tener autoconciencia, comunicación, razonamiento, imaginación, creatividad, planificación, lenguaje, resolución de problemas y permite hacer juicios basados en un razonamiento más lógico (Bilbao, 2015; Velásquez, et. al, 2006). Esta estructura es importante porque modula la actividad de la amígdala, contribuye a la extinción durante el condicionamiento del miedo y coopera con la amígdala para reaccionar ante estímulos emocionales (Strawn et al., 2021; Wehry et al., 2015).

Velásquez et al., (2006) concluye en su artículo de reflexión que:

La teoría del Cerebro Triuno concibe a la persona como un ser constituido por múltiples capacidades interconectadas y complementarias; de allí su carácter integral y holístico que permite explicar el comportamiento humano desde una perspectiva más integrada, donde el pensar, sentir y actuar se compenetran en un todo que influye en el desempeño del individuo, tanto en lo personal y laboral, como en lo profesional y social (p.232).

Mientras que Gordillo et al., (2020) resume en su análisis sobre la historia de las emociones que:

Apesar de resultar una idea muy atractiva, la de tener tres cerebros en vez de uno, en la actualidad la neurociencia considera que, lo realmente importante son las relaciones entre las diferentes estructuras que determinan las emociones, porque la evolución del cerebro también hay que entenderla respecto a la forma en la que la interacción del ser humano con el ambiente ha determinado la fuerza de las conexiones entre estas regiones (p. 23).

Para concluir, esta sección brinda un acercamiento a comprender la emoción y su relación estrecha con las estructuras cerebrales, teniendo en mente que el sistema límbico y el sistema neocortical juegan un papel primordial para promover la habilidad de regulación emocional en el ser humano, tomando en cuenta que para ello hay implicación de los diferentes procesos; la emoción, la reacción fisiológica, la cognición y la conducta.

2.1.1. El miedo y la ansiedad

Los teóricos de las emociones coinciden en que existen emociones fundamentales, entre ellas el miedo (Öhman y Wiens, 2004, en Clarck y Beck, 2012.). Por tanto, hacer un espacio para diferenciar el miedo de la ansiedad nutre la antesala para hablar de trastornos de ansiedad.

Clarck y Beck (2012) exponen como pautas clínicas importantes entender que “el miedo es un estado neurofisiológico automático primitivo o de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo” (p. 23). El miedo tiene una finalidad adaptativa y es necesario para la supervivencia humana. Con el miedo, se activan las conductas asociadas de escape, evitación y lucha o resistencia, ante determinadas situaciones. Las respuestas de evitación también se desencadenan rápida y

automáticamente debido a la programación genética en la mayoría de los mamíferos, incluidos los humanos (Palmero y Martínez-Sánchez, 2008).

La segunda pauta clínica es clarificar a la ansiedad como “un sistema de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo” (Clarck y Beck, 2012, p. 23). La ansiedad es un estado afectivo de preocupación como consecuencia de la anticipación de una situación, mantiene un pensamiento de preocupación continuo y hay una reacción que es desproporcionada e intensa en comparación con el estímulo desencadenante (Palmero y Martínez-Sánchez, 2008; Strawn et al., 2021). La Asociación Americana de Psicología (en adelante, APA) (2022), describe que la ansiedad está usualmente asociada con tensión muscular, conciencia de peligro inminente y comportamientos de evitación o cautela. A partir de los estudios de Diaz-Kuaik (2019) han surgido diversas conceptualizaciones de los modelos teóricos. Al inicio se partió de un modelo unidimensional que mencionaba los procesos fisiológicos, teniendo una temporalidad específica. Posteriormente se incorporaron nuevas variables al concepto, exponiendo que la conducta, la cognición y la personalidad son mediadores en la aparición y el mantenimiento de la ansiedad.

Clarck (2009) da ejemplos prácticos para diferenciar el miedo y la ansiedad, uno de ellos refiere que el miedo resulta de la amenaza o peligro real de que alguien está siendo atacado con un arma, siendo este un acontecimiento activador que causa un miedo concreto. Mientras que la ansiedad es provocada por amenazas futuras, amenazas al bienestar, pero son vagas y poco definidas, por ejemplo, que una persona imagine y anticipe que al salir de su casa será atacada por un ladrón, en este ejemplo el evento temido no está físicamente.

En conclusión, el miedo y la ansiedad son dos conceptos que pertenecen a la esfera afectiva, que tienen características en común, sin embargo, tienen diferencias, incluso pertenecen a diferentes categorías dentro de los procesos afectivos, por lo que es esencial que se tengan presentes los principales aspectos diferenciales (Palmero y Martínez-Sánchez, 2008); esto para poder determinar cuándo se está considerando un trastorno de ansiedad.

2.2. La ansiedad clínica en la infancia

El segmento anterior tuvo una mirada general sobre qué es el miedo y la ansiedad, en esta sección se va a desarrollar puntualmente la ansiedad clínica pediátrica. Los miedos son habituales en la niñez; por ejemplo, a los seis años es más común que se experimente el miedo a la oscuridad y en la etapa intermedia el temor a reprobar un examen (Olivares, 2010; Papalia et al., 2012). Al mismo tiempo, para desarrollarse cognitivamente y emocionalmente a través de un proceso de exploración gradual del entorno, el miedo es una experiencia esencial (Mandil, 2019). Muchos de los temores podrán ser superados cuando el niño desarrolle la habilidad para distinguir lo real de lo imaginario, cuando desarrolle autonomía y mayor capacidad para entender y predecir eventos del entorno, sintiendo mayor control y, por tanto, sentirse menos temeroso (Olivares, 2010; Papalia et al., 2012).

En relación con ello, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Texto Revisado (en adelante, DSM-5 TR) explica que, los trastornos de ansiedad se distinguen del miedo transitorio, propios del desarrollo, cuando el miedo es desproporcionado y excesivo respecto a la amenaza, y dura más de lo normal en el desarrollo. Por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada (en adelante, TAG) se diferencia por tener una duración de seis meses o más (APA, 2022). Otros teóricos definen criterios importantes para distinguir un trastorno, por ejemplo, la afectación en el desarrollo de habilidades interpersonales y la autonomía en la vida diaria. También es importante considerar estresores vitales que agudizan los síntomas de ansiedad (Kendall 2004; Méndez et al., 2008; Olivares, 2010).

Según el modelo cognitivo, los niños que muestran ansiedad clínica alteran cinco dominios del funcionamiento, tal y como explican Friedberg y McClure (2011).

- A. **Cambios fisiológicos:** está relacionado con quejas somáticas, los niños pueden reportar sudores, mareos, tensión muscular, malestares digestivos, ahogos, corazón acelerado, dolores de cabeza, entre otros.
- B. **Cambios emocionales:** la preocupación, el pánico, el miedo y la irritabilidad son componentes emocionales de la ansiedad. Es importante distinguir que los niños pueden expresar su ansiedad con un lenguaje diferente, por ejemplo, decir que sienten aleteos u hormigueos, por lo que el clínico debe hacer una buena interpretación.

- C. **Cambios conductuales:** la evitación es el síntoma característico de la ansiedad como trastorno, por lo que usualmente los padres llegan a consulta porque la evitación está afectando la adaptación, por ejemplo, hacer las tareas del colegio. Otros síntomas conductuales son el comportamiento compulsivo, morderse las uñas, chuparse el pulgar y la conducta hipervigilante, lo cual hacen como una manera de calmarse o para afrontar la situación temida. También se observa dificultad para mantener la atención y presencia de alta actividad motora.
- D. **Los síntomas cognitivos:** están relacionados con la forma en que los niños interpretan la información. Los pensamientos tienen una línea de predecir escenarios catastróficos, imaginar peligros y visualizarse con fracasos de afrontamiento. Por ejemplo, “voy a fallar en la tarea y no sabré qué decir a mi maestra”.
- E. **Cambios en las relaciones interpersonales:** los niños con ansiedad suelen ser introvertidos y sensibles a la evaluación negativa de los otros, por lo que situaciones como leer en voz alta, hacer equipo o participar de situaciones sociales no estructuradas, serán difíciles de enfrentar para ellos.

Este apartado puntualiza los aspectos que el clínico debe tomar en cuenta para distinguir problemas de ansiedad relevantes en la infancia, y, entonces, encaminar una conceptualización de caso fundamentada bajo una teoría con evidencia científica, como es el modelo cognitivo.

2.3. Trastornos de ansiedad en la infancia

Tras haber hecho una exposición sobre la ansiedad clínica, a continuación, se plantea de manera breve los principales criterios que el DSM-5-TR considera para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad que son más comunes en la edad infantil, esto a través de lo que expone Mandil (2019), en su potente libro sobre herramientas en psicoterapia con niños y adolescentes.

- A. **Ansiedad por Separación:** la característica principal es la preocupación recurrente de quedar aislado de las figuras de apego. Los síntomas cognitivos refieren una visión catastrófica de que le suceda algo terrible a sus cuidadores y sobre situaciones que pueden provocar la pérdida o separación de con quienes está vinculado. Se presenta un rechazo a separarse de estas figuras, hay pesadillas y signos físicos como dolores de

cabeza, cólicos y otros signos de activación autonómica (APA, 2022; Mandil, 2019; Strawn et al., 2021). A nivel conductual se mantienen acciones evitativas, específicamente las que están relacionadas con no separarse de los padres o cuidadores y conductas de reaseguro (Mandil, 2019), como rectificar constantemente que una de las figuras esté cerca de él.

- B. **Ansiedad Generalizada:** su característica principal es la tendencia a pensamientos de preocupación, persistentes e incontrolables respecto a temas diversos, no se limita a un tema en cuestión. El niño puede sentirse preocupado por las relaciones familiares o sociales, la salud física, el rendimiento escolar. Se presenta la rumiación respecto al comportamiento propio (Crowley et al., 2014; Strawn 2021). El niño puede llorar, estar agitado, tener los músculos tensos, tener problemas para enfocarse o quedarse en blanco. En el aspecto conductual predominan las quejas verbales y pedidos de reaseguro (APA, 2022; Mandil, 2019).
- C. **Ansiedad Social:** se define por temores relacionados al rechazo social, temor a enfrentarse a situaciones que impliquen ser examinado y/o el inadecuado desempeño interpersonal. La conducta característica es la evitación, lo que se manifiesta en interacciones sociales con personas desconocidas, hacer algo frente a otras personas, ser el foco de atención de un grupo o una persona, etc. La activación fisiológica es similar a los otros cuadros ansiosos (APA, 2022; Mandil, 2019).

En una publicación de educación continua de la Asociación Americana de Psicología, realizada por Deangelis (2022), se expone que, otros de los trastornos de ansiedad más comunes en niños son las fobias específicas y el mutismo selectivo.

- D. **Fobias específicas:** esta se caracteriza por miedos intensos a situaciones u objetos específicos. En el caso de los niños es usual el miedo a inyecciones y agujas, perros y otros animales y vómitos. Cuando el niño se obsesiona con alguno de los miedos esto puede evolucionar a otros problemas como el miedo a salir de casa y una mayor ansiedad social.
- E. **Mutismo Selectivo:** usualmente inicia en la primera infancia. La característica principal es que el niño muestra inhibición de hablar con personas que no son de su círculo inmediato. Por ejemplo, logran dialogar en casa con sus familiares primarios, pero no

hablan con amigos u otros familiares, como abuelos o primos (APA, 2022; Deangelis, 2022).

Como se ha descrito, todo trastorno de ansiedad muestra signos de peligro en las circunstancias particulares que evita o teme. El clínico analiza si el miedo es desproporcionado o excesivo, teniendo en cuenta variables culturales y contextuales. Sólo cuando los síntomas no pueden explicarse mejor por otro problema mental, los efectos fisiológicos de los fármacos o cualquier otra afección médica puede diagnosticarse el trastorno. Además, la capacidad del niño para desenvolverse en la vida cotidiana debe estar significativamente alterada para identificar un trastorno de ansiedad (APA, 2022).

2.3.1. Factores de riesgo y factores mantenedores

Las investigaciones refieren que existen diversos factores que pueden predisponer el desarrollo de un trastorno de ansiedad, entre ellos están los siguientes:

- A. **Transmisión familiar:** los problemas de ansiedad tienen un componente hereditario, los niños que los padecen tienen más probabilidades de tener padres que también luchan contra la ansiedad. Por tanto, los estudios sugieren que las personas que padecen trastornos de ansiedad tienen más probabilidades de tener familiares de primer grado que también sufran la misma afección (Clarck y Beck, 2012; Strawn, 2021).
- B. **Factores genéticos:** los factores genéticos tienen mayor incidencia en algunos trastornos, como el de pánico. Pero hay otros trastornos de ansiedad que están más condicionados por factores ambientales, como la ansiedad generalizada o la ansiedad por separación (Clarck y Beck, 2012).
- C. **Factor neurofisiológico:** numerosas investigaciones han revelado que la función de la amígdala en el miedo es compatible con sus conexiones neuronales. El núcleo central de la amígdala se conecta con el hipocampo y el hipotálamo, entre otras localizaciones exteriores. Además de conexiones descendentes con estructuras del tronco encefálico implicadas en la activación autonómica y las respuestas neuroendocrinas relacionadas con el estrés y la ansiedad, también posee conexiones ascendentes con zonas del córtex. En consecuencia, la amígdala está implicada en los padecimientos de ansiedad infantil (Strawn, 2021).

Por otra parte, la biología de la ansiedad depende de los sistemas de neurotransmisores GABA, noradrenérgicos y serotoninérgicos, así como de la vía de descarga de la corticotropina. Por ejemplo, la aparición de síntomas de ansiedad está relacionada con el bloqueo de los receptores de serotonina. En general, parece existir una fuerte correlación entre las anomalías de los neurotransmisores y las respuestas fisiológicas al miedo y la ansiedad. Sin embargo, aún se desconoce la naturaleza exacta de estas anomalías (Clarck y Beck, 2012).

- D. Contexto y aprendizaje:** la teoría original del aprendizaje se centró en cómo se aprende el miedo a través del condicionamiento clásico. Lo que también explica que la evitación se mantiene porque la persona experimenta de manera inmediata una reducción del malestar, siendo esto un reforzador para que el niño mantenga la conducta evitativa, pero no pone en práctica habilidades para afrontar lo temido y superar el problema de ansiedad. Por ejemplo, un niño tiene miedo intenso a que le pase algo malo en el ascensor, por lo que cada vez que puede enfrentarse a ello prefiere subir las gradas (conducta evitativa), la cual refuerza el miedo y ansiedad persistente a enfrentar la situación temida (Bunge et al., 2016; Clarck y Beck, 2012; Phillips, 2020).
- E. Factores parentales:** las investigaciones reflejan que los padres de niños ansiosos tienden a involucrarse en exceso o demasiado poco en la vida diaria de su hijo. Los padres que están poco implicados se demuestran distantes. Mientras que los padres con un estilo de crianza sobreprotector se implican en exceso, protegen a sus hijos de tensiones naturales de la vida, tienen poca confianza sobre la capacidad de afrontamiento de su hijo, por lo que les restan autonomía y refuerza la dependencia (Fernández-Hermida y Villamarín-Fernández, 2021; Friedberg y McClure, 2011; Phillips, 2020).
- F. Eventos vitales estresantes:** los niños con problemas de ansiedad tienen mayor probabilidad de haber presentado eventos negativos a lo largo de su desarrollo. Es fundamental reconocer las experiencias previas que pueden haber contribuido a la ansiedad, ya que múltiples estudios han demostrado el papel que desempeña el aprendizaje en el desarrollo de la ansiedad. Por ejemplo, exposición a información amenazante, trauma, entre otros (Clarck y Beck, 2012; Strawn, 2021).

G. Mediación cognitiva: la valoración cognitiva es un elemento clave del miedo en los niños. Quienes padecen ansiedad presentan un aumento de las creencias de amenaza y peligro, además de percibirse sin habilidades de afrontamiento (Clarck y Beck, 2012).

Después de haber repasado los trastornos de ansiedad en la infancia, se destaca que los estudios indican que hay pacientes jóvenes que cumplen con la tríada del trastorno de ansiedad pediátrico, es decir que suele observarse comorbilidad homotípica entre el TAG, el trastorno de ansiedad por separación (en adelante, TAS) y el trastorno de ansiedad social (Wehry et al., 2015). Para este trabajo en cuestión, de ahora en adelante la revisión teórica se enfocará en el TAS, el cual tiene mayor prevalencia en los niños menores de doce años (APA, 2022) y es el que más interesa para el desarrollo del caso clínico que se presenta.

2.4. La ansiedad por separación en la infancia

Méndez et al. (2008), enmarcan como primer punto que este tipo de ansiedad está presente desde el primer año de vida del bebé, como parte natural de su desarrollo y desaparece paulatinamente. La ansiedad por separación se va a intensificar principalmente en la primera infancia. A partir de los tres años y hasta los cinco o seis años disminuye progresivamente. La ansiedad por separación se mantiene durante la infancia y disminuye en la pubertad. Los períodos de ansiedad por la separación de las figuras de apego forman parte normal y son un buen indicio del desarrollo de relaciones de apego seguras, por ejemplo, alrededor del año pueden manifestar ansiedad ante los extraños (APA, 2022).

El recién nacido depende de sus cuidadores en su totalidad, ya que el ser humano al nacer tiene un conjunto reducido de reflejos y conductas elementales, siendo el llanto su forma principal de comunicación. Los padres serán los encargados de brindar atención, estimulación y cubrir las necesidades básicas como amor y alimento. Conforme el bebé va creciendo y adquiriendo avances evolutivos amplía la posibilidad de explorar el mundo físico y social; por ejemplo, en algún momento podrá tener la iniciativa de correr hacia un columpio, y, al mismo tiempo, seguir a su madre con la mirada, ya que la ansiedad por separación también cumple una función protectora. Por otro lado, la autonomía va a requerir de madurez psicológica, además de la maduración biológica, durante este proceso se integra la crianza, el modelaje, la guía, la motivación de los padres para integrar a su hijo a nuevas actividades, entre otras habilidades parentales, que serán esenciales para que el niño disminuya conductas de

dependencia e incrementa su independencia. De esta manera, el niño va a facilitar la retirada progresiva de la ayuda paterna debido a que su potencial de aprendizaje le va a permitir ganar confianza para exponerse solo a nuevas actividades, por ejemplo, comer por primera vez con cubiertos, conocer a otros niños en el jardín, entre otras (Méndez et al., 2008).

En conclusión, este tipo de ansiedad es adaptativa, normal y esencial para el desarrollo evolutivo, esta ansiedad será pasajera y se extinguirá de manera natural en el curso de desarrollo. Cuando esta ansiedad supera los límites típicos y afecta el funcionamiento del niño se valorará la posibilidad de un trastorno de ansiedad por separación.

2.5. Trastorno de ansiedad por separación

El rasgo distintivo del TAS es la presencia de niveles excesivos de miedo o ansiedad asociados al hecho de estar separado de las figuras de apego importantes. Para llegar al diagnóstico deben cumplirse tres de los siguientes criterios:

- Malestar alto y persistente al afrontar una separación del hogar o de figuras de apego significativas.
- Preocupación excesiva y continua por la posible pérdida de las figuras de apego o la posibilidad de que sufran daños, como enfermedades, muerte, etc.
- Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso, como perderse, tener un accidente, enfermarse, cause la separación de una figura de mayor apego.
- Resistencia o rechazo persistente para salir, lejos de casa, a la escuela o a otro lugar por miedo a la separación.
- Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares. En ocasiones los niños con TAS no pueden estar solos en una habitación y pueden mantener una conducta exigente y tendencia a seguir a los padres, como una sombra.
- Resistencia o rechazo persistente para dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego. Pueden presentar problemas para conciliar el sueño, en la noche pueden buscar ir a dormir a la cama con la persona vinculante, por ejemplo, uno de los padres o un hermano.
- Pesadillas persistentes sobre el tema de la separación, reflejando sus temores.

- Quejas repetidas de síntomas físicos, como dolor de cabeza, de estómago, náuseas, etc., cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

Para un diagnóstico preciso, también deben tenerse en cuenta las siguientes normas: A) en los niños, el temor, la preocupación o la evitación deben ser constantes y durar un mínimo de cuatro semanas. B) La alteración tiene que dificultar el funcionamiento del niño en los ámbitos social, académico u otros ámbitos. El malestar debe ser clínicamente sustancial. C) Ninguna otra enfermedad mental ofrece una explicación más convincente de la alteración. (APA, 2022).

Al comparar las descripciones de las características del trastorno en el DSM-5-TR y DSM-IV, se identifica que son exactas, aunque la redacción ha sido levemente modificada para definir mejor la ocurrencia en adultos. Un cambio importante es que ya no se exige que la edad de inicio sea antes de los dieciocho años, ya que adultos pueden reportar el comienzo después de esta edad. Para la población adulta se delimita un mínimo de 6 meses para evitar el sobrediagnóstico de miedos pasajeros (Bados, 2015).

Las investigaciones concluyen que cuando los niños padecen este trastorno se asocian otras características importantes para el diagnóstico, entre ellas: A) los niños pueden mostrar repetidamente signos de tristeza, apatía, retraimiento social o problemas de atención. B) De acuerdo con la edad, pueden manifestar miedos como a los animales, aviones, monstruos, ladrones, fantasmas, los accidentes de automóvil y otras situaciones que sean percibidas como amenazantes para la seguridad de la familia o de sí mismos. C) Algunos niños pueden reportar sentirse tristes, melancólicos e incómodos cuando están fuera de casa. D) El trastorno puede desencadenar conductas evitativas para asistir al colegio, lo que impacta en problemas académicos y sociales. E) Pueden mostrarse irritables ante la idea de separación. F) Los niños suelen ser descritos como exigentes y que demandan atención constante, lo que puede desembocar en conflictos familiares (APA, 2022).

2.5.1. Prevalencia

El trastorno de ansiedad por separación es el más prevalente en los niños menores de doce años. La prevalencia se sitúa entre el 4% y 3% y disminuye desde la infancia, hasta la adolescencia y la edad adulta. El trastorno tiene la misma frecuencia en los varones y las mujeres. Ahora bien, en la población general es más recurrente en las mujeres (APA, 2022; Strawn, 2021). En un estudio consultado se remarca que la edad media de inicio es alrededor

de los siete y ocho años y se distinguen más síntomas entre los ocho y nueve años. El estudio también reveló que los niños presentan más síntomas cognitivos, relacionados al temor de separarse, que respuestas psicofisiológicas o motoras (Orgilés et al., 2010).

Por otro lado, los niños más pequeños refieren miedos más genéricos sobre la separación en lugar de preocupaciones concretas sobre temores o amenazas hacia sus padres, a su hogar o sí mismos (Francis et al., 1987, en Orenes, 2015). Al ganar mayor edad los miedos o preocupaciones son más específicas, por ejemplo, sentir temor a los secuestros o la muerte de alguno de los padres. Los adolescentes pueden sentir vergüenza de padecer ansiedad por separación y no lo verbalizan, sin embargo, pueden manifestarlo a través de resistir salir de casa y limitar su autonomía (Méndez et al., 2008).

2.5.2. Comorbilidad

En la población infantil, el trastorno de ansiedad por separación es muy comórbido con el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica (APA, 2022). En un estudio epidemiológico publicado por Shear et al. (2006), se refiere que la comorbilidad del TAS es muy alta (86,1%), la mayor frecuencia se da con otros trastornos de ansiedad (65,3%) y trastornos depresivos (53,1%). También puede ser comórbido el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico y la fobia social (Méndez et al., 2008).

En cuanto a otros problemas, puede existir comorbilidad, en menor medida, con trastornos externalizantes, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o el trastorno negativista desafiante, se estima en 17% (Méndez et al., 2008). La enuresis puede aparecer en el 8% de los casos. Así también, estudios revelan que los niños con trastorno de ansiedad por separación y/o generalizada tienen más incidencia en problemas de memoria y aprendizaje verbal, en comparación de los niños que no lo padecen (Toren, 2000, en Méndez et al., 2008).

2.5.3. Evolución

Son diversos los acontecimientos que pueden desencadenar la ansiedad por separación como un problema clínico, por ejemplo, la muerte de un familiar, cambio de colegio, alguna enfermedad del niño o de los padres, etc., aun así, el trastorno puede aparecer en cualquier momento, incluso en la vida adulta, aunque es más común el inicio en la infancia y es menos frecuente su aparición en la adolescencia (Méndez et al., 2008). El trastorno puede continuar

durante años, típicamente hay períodos de exacerbación y de remisión en el curso, pero suele tener mejor evolución que otros trastornos de ansiedad infantil (APA, 2022).

Méndez et al. (2008) sostienen que “a pesar de que tiende a remitir con la edad, el trastorno puede perdurar hasta la vida adulta, de modo que la persona experimenta intenso malestar, se preocupa excesivamente y evita separarse de su pareja y de sus hijos” (p. 41). En esta misma línea, el DSM-5 TR expone que el adulto con este problema puede experimentar una alteración alta en el área laboral o en situaciones sociales por la necesidad de reasegurar que su ser querido está a salvo (APA, 2022).

2.5.4. Factores de riesgo

Los factores de riesgo y mantenimiento de los problemas de ansiedad son multicausales. En cuanto al TAS, se considera que influyen los factores biológicos del niño, factores psicológicos tanto del niño como de los padres, los factores sociales o ambientales y el estilo de relación entre padres e hijo (Fernández-Hermida y Villamarín-Fernández, 2021; Méndez et al., 2008).

2.5.4.1. Factores biológicos

Heredabilidad: a partir de una muestra comunitaria de gemelos de seis años, los estudios revelan que la heredabilidad estimada del TAS en los niños es del 73%, con mayor prevalencia en las niñas (APA, 2022). Por tanto, el TAS parece ser más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de quien lo padece. Al mismo tiempo, se ha expuesto que existe una mayor predisposición genética a experimentar emocionalidad o afecto negativo ante el estrés, es decir, un aumento de la inestabilidad del sistema nervioso autónomo y de la activación fisiológica (Bados, 2015). Por otro lado, estudios concluyen que la influencia del ambiente es importante en este problema clínico, especialmente los factores familiares (Fernández-Hermida y Villamarín-Fernández, 2021; Méndez et al., 2008; Phillips, 2020).

Temperamento: el temperamento se refiere a la tendencia en un estilo de respuesta, lo cual se mide en parámetros como la reactividad, la intensidad, la latencia o la duración de las respuestas emocionales. El temperamento, es entonces, una propensión biológica a reaccionar con mayor o menor intensidad. Por tanto, la regulación emocional depende de diversos factores, como el contexto, el temperamento, la educación emocional y el contexto cultural (Delgado, 2009).

En cuanto al desarrollo del TAS, una característica temperamental es la inhibición conductual, esta hace referencia a la predisposición del niño a reaccionar con reserva, evitación y/o temor a acontecimientos novedosos, al estar con desconocidos u otras situaciones sociales. En los niños de corta edad esta inhibición conductual es similar a la ansiedad por separación, ya que tienden a evitar, estar alerta, accionar con cautela, pueden sentirse irritables y demostrar conductas de dependencia. Por tanto, los niños inhibidos tienen más riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, como el TAS (Méndez et al., 2008).

2.5.4.2. Factores psicológicos

En el TAS el niño manifiesta una tendencia a seleccionar e interpretar negativamente las sensaciones de la ansiedad, por lo que hay más cogniciones negativas que refieren dificultad para afrontar las situaciones temidas. En cuanto a los padres, la bibliografía revisada refiere que los problemas de los padres, tanto a nivel individual como familiar, impacta negativamente en el niño, por ejemplo, altos niveles de estrés, problemas de pareja, violencia familiar, entre otros (Méndez, et al., 2008).

2.5.4.3. Factores ambientales

Estrés vital: los problemas clínicos de ansiedad por separación pueden desarrollarse después de un evento estresante y/o traumático, especialmente si está relacionado con una pérdida, como la muerte de un familiar, la mudanza a un nuevo entorno, la inmigración, la pérdida de una mascota (APA, 2022). Un estudio realizado por Orgilés, et al., (2008), determinó en sus resultados que los niños que han vivido una ruptura conyugal son más propensos a presentar síntomas de ansiedad por separación, en comparación de los niños que han permanecido en una familia con padres unidos, considerando que las separaciones o divorcios conflictivos pueden ser vividos como experiencias traumáticas que predispone al niño a reaccionar de forma ansiosa ante las separaciones cotidianas.

Estilo de crianza: un estilo parental de sobreprotección va a fomentar conductas de dependencia en los niños, ya que los padres ejercen mayor control y limitan la autonomía de acción y de pensamiento en sus hijos, suelen criar desde el temor, manejan conductas más cautelosas y promueven que se dirijan con más prudencia para evitar riesgos (Méndez et al., 2008). Este estilo educativo en los padres incrementa la probabilidad de que refuercen positivamente, de manera directa o indirecta, las conductas de dependencia y búsqueda de

contacto del niño, por ejemplo, una madre puede demostrar efusividad ante las conductas dependientes de su hijo o un padre demostrar exceso de atención a la preocupación que le relata su hijo. Al mismo tiempo, puede evidenciarse el reforzamiento negativo al evitar la ansiedad o los temores ante los estímulos (Bados, 2015; Méndez et al., 2008; Phillips, 2020), por ejemplo, no llevar a una piñata al niño para evitar que padezca la ansiedad por separación. Así también, que el niño haya tenido una historia de déficit de aprendizaje con respecto a separarse de los padres puede ser un factor que afecta al desarrollo de la ansiedad por separación (Bados, 2015).

2.6. Tratamiento Cognitivo-Conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC, en adelante) para problemas de ansiedad pediátrica se refiere a un bagaje de técnicas terapéuticas que cuenta con un protocolo específico para su aplicación. Los componentes claves del tratamiento son: psicoeducación al niño y a los cuidadores, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas, exposición graduada y prevención de recaídas. Como parte del tratamiento es esencial incluir tareas para ser completadas fuera del contexto terapéutico, como una manera de extender la práctica. (Bunge, et al., 2016; Kendall y Kosovsky, 2010; Kendall, et al., 2023; Mandil, 2019; Strawn, et al., 2021; Wehry, et al., 2015).

La TCC es considerada como un tratamiento eficaz para los trastornos de ansiedad pediátricos, múltiples investigaciones se han llevado a cabo para robustecer su evidencia. Tal es el caso del ensayo controlado aleatorio donde se asignaron 488 niños entre 7 y 17 años que tenían un diagnóstico inicial de trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada o fobia social. Se aplicó a un grupo el tratamiento de TCC por sí solo, otro grupo con intervención psicofarmacológica de sertralina, se hizo intervención combinada de TCC más sertralina y un grupo con fármaco placebo. Se concluyó que, tanto la TCC como la sertralina redujeron la sintomatología ansiógena y una combinación de ambas intervenciones tuvo una tasa de respuesta superior (Walkup, et al., 2008).

Por su parte Ginsburg, et al., (2014) refieren que los estudios en la aplicación de TCC develan que la respuesta inicial al tratamiento se mantiene en su mayoría durante el tiempo. Ejemplifican que uno de los estudios de seguimiento de TCC más grande reevaluó a 86 jóvenes (una media de 7 años después del tratamiento) y se concluyó que el 81% de la muestra no

cumplía con los criterios para su diagnóstico inicial de ansiedad, las personas que dieron un resultado positivo con el tratamiento, en comparación con los que respondieron menos positivamente, tenían menos probabilidad de consumir drogas como cannabis y alcohol (Kendall, et al., 2004). En una revisión de múltiples estudios el principal hallazgo fue que la TCC es un tratamiento eficaz para trastornos de ansiedad en población infantil y adolescente, ya que mejora el funcionamiento del consultante, además de reducir síntomas ansiógenos (Higa-McMillan, et al., 2016).

De acuerdo con la revisión que se ha realizado, se concluye que la TCC es considerada un tratamiento de primera línea para abordar los trastornos pediátricos de ansiedad, lo que sustenta el abordaje para el presente trabajo de caso único.

2.6.1. Programas de tratamiento Cognitivo-Conductual

Los estudios e investigaciones indican que la terapia cognitiva-conductual para problemas de ansiedad en la población infanto-juvenil pueden llevarse a cabo a través del uso de programas que están respaldados con evidencia científica. En general, los objetivos de estos programas se enfocan en trabajar en los pensamientos ansiosos desadaptativos y promover un procesamiento adaptativo de la información, reducir la sintomatología de ansiedad, mejorar la conducta de afrontamiento, y, por ende, disminuir la conducta de evitación (Kendall, et al., 2023). A continuación, se describen dos programas TCC para la ansiedad y que por su contenido cobran relevancia para el trabajo en cuestión.

2.6.1.1. Coping Cat

Es un programa cognitivo-conductual para la ansiedad en niños y adolescentes de 7 a 13 años, con buen soporte empírico. Consta de 16 sesiones, tiene un manual dirigido para el terapeuta y un libro de trabajo para el consultante. Puede ser aplicado para el abordaje de trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y/o trastorno de ansiedad por separación. El programa estándar utiliza las siguientes estrategias: secuencia graduada de actividades y tareas, juego de roles, modelo de afrontamiento, asignación de tareas, educación emocional, entrenamiento en relajación, identificación y modificación de diálogo interno, recompensas contingentes y técnicas de exposición en vivo y/o imaginación (Beidas, et al., 2010; Kendall y Hedtke, 2006).

2.6.1.2. Cool Kids Anxiety Program

Es un programa estructurado de 10 sesiones de terapia cognitivo-conductual, dirigido a niños y a sus padres, tiene como objetivo abordar los trastornos de ansiedad y enseñar habilidades prácticas a través de los libros de trabajo. Se dispone de variaciones del programa para que se elijan según la necesidad, dentro de las opciones presenciales están: Cool Little Kids para padres de 3 a 6 años; Cool Kids Program para niños de 7 a 12 años; Chilled Anxiety para adolescentes de 12 a 17 años. Así también están disponibles las versiones en línea: Cool Little Kids Online, Cool Kids Online y ChilledOut Online. En general, la estructura del programa aborda: psicoeducación a niños y padres, reestructuración cognitiva, estrategias de manejo infantil, exposición gradual, prevención de recaídas, con opción a módulos extras y opcionales como habilidades sociales, burlas y asertividad. El programa Cool Kids ha sido validado en su eficacia para la ansiedad pediátrica, tanto en Australia como a nivel internacional, sin embargo, aún hay datos limitados como un programa de uso universal (Scaini, et al., 2022).

2.6.2. Adaptaciones culturales de los programas TCC

La tendencia a adaptar tratamientos TCC a otras culturas se fundamenta en que la revisión sistemática y los datos metanalíticos demuestran consistencia en que la TCC es un tratamiento de primera elección para los síntomas ansiógenos en la población pediátrica. Por lo que ha existido un avance de programas de tratamiento cognitivo-conductual culturalmente adaptados para la población infanto-juvenil (Ishikawa, et al., 2022). Tal es el caso del programa Coping Cat que se ha expuesto en el apartado anterior, este ha sido traducido y adaptado a la población sudamericana llamándolo “El Gato Valiente”, el cual ha tenido un impacto positivo para ser utilizado en la población de habla hispana. Ha sido evaluado por medio de ensayos clínicos con seguimientos al año tanto en Estados Unidos como Australia, el resultado ha sido que los beneficios obtenidos por los usuarios se logran mantener en el tiempo (Kendall y Kosovsky, 2010).

Por otro lado, en un estudio se tuvo como objetivo comparar las interacciones terapéuticas entre el tratamiento de TCC aplicado a dos culturas diferentes, la australiana y la japonesa. Este estudio utilizó el JACA-CBT, programa japonés de terapia cognitiva-conductual para niños y adolescentes ante la ansiedad, aplicado a la muestra de Japón. Mientras que el programa de ansiedad Cool Kids fue aplicado a una muestra en Australia. Entre algunos de los resultados del estudio se destaca la sugerencia de que las interacciones entre un niño, el padre y el

psicoterapeuta durante las sesiones pueden verse afectadas por la cultura en la que se brinda el tratamiento TCC, lo que puede tener implicaciones para los programas de TCC culturalmente adaptados. Los autores proporcionan una vía para que las futuras investigaciones exploren con mayor profundidad las adaptaciones culturales al utilizar los programas TCC (Ishikawa, et al., 2022).

Por otro lado, hay diversas técnicas cognitivo-conductuales que pueden adaptarse al contexto cultural, tal es el caso de la obra que presenta Bunge, et al., (2016), quienes han hecho una revisión exhaustiva de técnicas que ya han sido validadas con estudios anteriores y las ejemplifican y adaptan al contexto cultural de sudamérica. Esto lo han compilado en un libro de aportes técnicos para que el terapeuta elija qué trabajar, con qué paciente y en qué momento del tratamiento. No es un manual de tratamiento estructurado, más bien, es un conjunto de técnicas terapéuticas divididas en tres tipos de problemas: miedos y ansiedades, estado de ánimo y problemas de conducta, lo que invita al profesional a ser flexible y creativo en su uso.

Wehry, et al., (2015) exponen en un artículo de revisión que para lograr un resultado óptimo en la aplicación de un tratamiento a un niño o adolescente es importante un enfoque personalizado, tomando en cuenta la epidemiología del desarrollo, los antecedentes personales y familiares, los signos y síntomas, las comorbilidades, el contexto etc. Kendall y Kosovsky (2010) también refuerzan la importancia de que un manual de tratamiento, como lo es *El Gato Valiente*, sea utilizado con flexibilidad por parte del terapeuta, usando el término de flexibilidad con fidelidad, lo que hace referencia a que los programas deben ser tomados como guías, no como estructuras rígidas, ya que el trabajo del profesional es individualizar el programa de acuerdo con las necesidades del niño. La fidelidad al programa se mantiene cuando el terapeuta sigue los objetivos y propósitos de la sesión, y, al mismo tiempo, el terapeuta es flexible cuando usa su habilidad para discernir qué actividades y ejercicios modificar, esto según las necesidades que presenta el niño y su familia.

En esta misma línea, Mandil (2019) remarca en el capítulo destinado a abordajes de los trastornos de ansiedad pediátricos que:

De acuerdo con los autores, la personalización de las sesiones, la adecuación de las intervenciones al desarrollo evolutivo y las características culturales de los consultantes, la incorporación en la conversación terapéutica de los intereses

comunes, la capacidad de proveer expectativas positivas a partir de la colaboración y la actitud lúdica de los terapeutas son factores de importancia en la equiparación de la efectividad clínica con la eficacia registrada en los estudios controlado (p. 90).

Con este apartado se concluye que, los programas TCC marcan un camino a seguir para los profesionales, sin embargo, esto no bastará para los resultados positivos de la intervención, es vital considerar otros componentes como la alianza terapéutica, la personalidad del terapeuta, la conceptualización del caso, el desarrollo evolutivo, comorbilidades, etc. Es ante este escenario donde es relevante prestar atención al gran aporte de Kendall (2006; 2010) que hace referencia a la flexibilidad y fidelidad en los programas terapéuticos. De acuerdo con la revisión de la literatura y las recomendaciones que plantean los autores, se remarca la necesidad de que el tratamiento, que será aplicado en este estudio de caso único, sea personalizado, cumpliendo con el enfoque de flexibilidad y fidelidad.

3. Identificación del paciente y motivo de consulta

El sujeto objeto de intervención es un niño de 7 años, de clase alta, quien cursa grado uno de primaria, se le nombrará de manera ficticia como Leo. La familia se conforma por su madre de 42 años, su padre de 43 años, su hermana Valeria de 12 años y su hermana de 22 años, quien vive en el extranjero. Los padres describen a su familia como unida y con armonía.

Los padres refieren como motivo de consulta que Leo presenta ansiedad, consideran que el problema inició en el mes de abril del año 2022, después de que asistió a una celebración de cumpleaños de un amigo y al salir del baño no encontró inmediatamente a su niñera, lo que le produjo altos niveles de miedo, ya que pensó que se había ido sin él. Los padres han intentado conversar con él, asegurarle que estará bien, que lo aman y procuran aplicar ejercicios de respiración, sin embargo, la ansiedad ha incrementado. Actualmente, siente ansiedad de ir al colegio, por lo que llora todos los días. La meta de los padres, a través de la psicoterapia, es que Leo pueda controlar su ansiedad y ellos aprender sobre cómo ayudarlo.

3.1. Historia del problema actual

En la primera entrevista se puntualizó el orden cronológico de los eventos que ha presentado Leo. Después del evento de sentirse con miedo al no encontrar a su niñera, los padres notaron cambios en la conducta como estar temeroso, intranquilo, expresaba tener miedo de

quedarse solo y algunas veces presentó pesadillas. Más adelante tuvo un evento estresante en el entreno de taekwondo, donde recibió una patada accidental en el ojo, reaccionó con alto nivel de angustia expresando que no quería regresar. En la siguiente clase parece haber sufrido una crisis de ansiedad previo al entreno, por temor a recibir un golpe, donde experimentó reacciones fisiológicas significativas. A raíz de este episodio preguntaba, hasta cinco veces al día, si esto le volvería a pasar o si se iba a morir. Cuando tenía algún dolor de cabeza, inmediatamente preguntaba si eso significaba que el episodio lo iba a volver a tener. Esto se generalizó a otras situaciones, por ejemplo, cuando orinaba y sentía una sensación caliente preguntaba si se iba a morir. En el momento de la entrevista reportan que ha disminuido la frecuencia de las preguntas (lo hace una o dos veces por semana).

Los padres reportan otros eventos importantes, en agosto 2023 estaba próximo a empezar el nuevo ciclo escolar y Leo se anticipaba a preguntar constantemente quiénes serían sus nuevos compañeros, demostrando preocupación. El inicio escolar en grado uno lo describen como difícil, ya que todos los domingos llora y se manifiesta con temor y tristeza de ir al colegio; al despedirse del padre en casa para poder ir al colegio, llora y se siente triste; la mayoría de las veces se siente preocupado cuando va en el carro con su madre, quien lo lleva al colegio; en el inicio de la mañana, al llegar a la fila con sus compañeros, Leo llora y expresa que extraña a su padre y a su hermana Valeria. Se considera que existen otros factores que han influido en la ansiedad de Leo cuando está en el colegio: 1) en la nueva clase escolar no coincidió con sus amigos más cercanos, los nuevos compañeros de aula tienen una personalidad más extrovertida, quienes se caracterizan por hacer bromas y elevar el tono de voz, lo que es incómodo para Leo porque es un niño más reservado y guiado por las reglas. 2) la nueva maestra de idioma inglés tiene una personalidad más seria y menos cercana, en comparación de la profesora del grado anterior. Esta información se corroboró con la orientadora escolar, con quien se tuvo una reunión para recabar información del problema actual, quien reportó que, en ocasiones, Leo ha estado en enfermería y, al parecer, no tiene ningún malestar físico. Entre otros datos relevantes, los padres reportan que Leo se siente preocupado y triste cuando el padre no está en casa por motivos de viaje del trabajo. Leo duerme en la misma cama que su hermana Valeria, ya que siente miedo de estar solo y de la oscuridad, sin embargo, los padres han decidido iniciar la transición para que duerma solo a través de un programa de refuerzos que ha planificado el padre. Llama la atención que los padres describen

a la niñera como “la acompañante” de Leo, ya que él suele demandar de su presencia en diferentes momentos (al hacer las tareas, al comer o al jugar).

3.2. Historia clínica

3.2.1. Desarrollo e infancia

Leo nació por parto natural a las 38 semanas de gestación, su peso fue de 7 libras, no hubo exposición a tóxicos durante el embarazo y fue un hijo esperado al nacer. El temperamento de bebé es descrito como tranquilo y fácil de satisfacer. Leo no tuvo dificultades médicas importantes. En cuanto a su desarrollo evolutivo, la única dificultad reportada fue con el lenguaje, al pronunciar dos letras (r/l), lo que mejoró con terapia. A los 6 años aprendió a vestirse solo, aún no ha adquirido la habilidad para amarrarse los zapatos, cuando defeca le asiste un adulto porque resiste a hacerlo por sí solo y aún toma un biberón en las noches.

3.2.2. Desarrollo social

Los padres perciben que Leo no pertenece a un grupo de amigos en el colegio, no tiene amigos fuera de él y tiene dificultad para hacer amigos. Leo tiene dos amigos cercanos en el colegio, sin embargo, en el nuevo grado escolar no están en la misma aula, lo que es un obstáculo para que conozca a nuevos compañeros. Los padres consideran que Leo está poco expuesto a situaciones sociales, no le gusta el fútbol y a los deportes que asiste lo hace obligado, no le gusta la exposición en público, evita las situaciones nuevas y prefiere estar en los videojuegos.

3.2.3. Desarrollo escolar

Leo inició su vida escolar a los 4 años, presentó el llanto típico durante los primeros días. Leo no ha perdido grados escolares y no manifiesta dificultades en el aprendizaje.

3.2.4. Antecedentes familiares

La familia paterna demuestra tendencia a la ansiedad, especialmente en el área social y el temor a las enfermedades. El padre se describe como una persona con ansiedad y se define como alguien reservado, con pocos amigos. La madre ha padecido depresión y sufrió de depresión posparto con su segunda hija.

3.3. Evaluación

Para el proceso de evaluación de Leo se utilizaron los siguientes procedimientos e instrumentos: A) Entrevista con los padres. B) Entrevista con orientadora escolar. C) Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes – SENA. D) Self-Report for Childhood Anxiety Related Disorders-SCARED. E) Inventario de Miedos Escolares – SFSS. F) Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación – SAAS. G) Cuestionario de Depresión Infantil – CDI. A continuación, se describen los instrumentos y sus propiedades psicométricas.

Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA; Fernández-Pinto et al., 2015). Está dirigido a la detección de un espectro de problemas emocionales y de conducta a población entre 3 y 18 años. Los resultados se arrojan en escalas de Problemas Interiorizados, Problemas Exteriorizados, Problemas Específicos, una escala de Vulnerabilidad Psicológica y otra de Recursos Personales, también se incluyen hasta seis índices globales y un sistema que arroja ítems críticos. Sigue un formato de respuesta de tipo Likert que va desde una puntuación de 1 hasta 5 (nunca=1, pocas veces=2, algunas veces=3, muchas veces=4 y siempre=5), a excepción del ejemplar Primaria-Autoinforme (6 a 8 años), que se responde con tres opciones de respuesta (Sí, No y A veces), en la corrección las puntuaciones a los ítems son: 1=No, 2=A veces y 3=Sí. En general, el SENA presenta un alto grado de consistencia interna, tanto en las escalas como en los resultados de índices globales, lo que brinda evidencias sobre la fiabilidad de la prueba. La mediana de los coeficientes de consistencia de las escalas del SENA fue igual a 0,86 en muestra normal y a 0,87 en muestra clínica. La consistencia interna de los índices es superior a la de las escalas, se arrojan valores superiores a 0,80 y muy próximos o superiores a 0,90 en la mayoría de ellos. Así mismo, el manual recopila evidencias que son un apoyo suficiente a la validez del uso del SENA en diferentes contextos y poblaciones.

Self-Report for Childhood Anxiety Related Disorders (SCARED; Domènech-Llaberia y Martínez, 2008, en Ardiaca, 2016). Es un cuestionario que cuenta con 41 ítems para evaluar la frecuencia de síntomas ansiógenos en niños de 8 a 18 años. Utiliza una escala tipo Likert de tres opciones de respuesta (nunca o casi nunca=0, algunas veces=1 y casi siempre o siempre=2). Cuenta con cinco factores: pánico/somático, ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social y evitación escolar. La versión española cuenta con una buena fiabilidad (alfa de Cronbach global de 0,83, por factores de 0,44 a 0,72 y fiabilidad test-retest de 0,72).

Inventario de Miedos Escolares Versión Niños (IME-N; García-Fernández y Méndez, 2008, en Méndez et al., 2008). Está destinado para evaluar casos de trastornos de ansiedad por separación que demuestran resistencia para ir al colegio o posible rechazo escolar. Se administra individualmente en forma de entrevista a niños entre 3 y 7 años. Tiene 25 ítems, más una pregunta abierta. Se evalúa con una escala de intensidad de tres puntos (Nada=0, Poco=1 y Mucho=2). La versión para niños cuenta con cinco subescalas: Miedo al fracaso escolar y al castigo, Ansiedad anticipatoria y por separación, Miedo a la agresión en la escuela, Miedo a la evaluación social. La fiabilidad del IME es elevada, $\alpha = 0,93$ para el IME-N.

Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación (SAAS; Eisen y Schaefer, 2005, en Orenes, 2015). Es una escala de 34 ítems para evaluar síntomas relacionados con ansiedad por separación. Existen dos formas, una para niños y adolescentes de 6 a 17 años (SAAS-C) y otra para padres (SAAS-P). Los ítems se puntúan mediante una escala de frecuencia de cuatro puntos (Nunca=1, A veces=2, Muchas veces=3 y Siempre=4). Integra cuatro dimensiones: Miedo a la soledad, Miedo al abandono, Malestar físico y Preocupación a desastres. Se completa con dos subescalas complementarias: Señales de seguridad y Frecuencia de desastres. Para el SAAS-C la consistencia interna de la escala es excelente, mayor a 0,83, tanto en muestra clínica como comunitaria. La consistencia interna de SAAS-P es excelente, sin embargo, las subescalas Señales de seguridad y Malestar físico es adecuada, pero con algunos déficits y la de Frecuencia de desastres es inadecuada.

Cuestionario de Depresión Infantil (CDI; Kovacs, 1992, 2004). Es un instrumento para evaluar síntomas relacionados a depresión en edades entre 7 a 15 años. La adaptación española realizada por Barrio y Carrasco en 2004 consta de 27 ítems, cada uno de ellos descritos en tres fases que remarcan la intensidad o frecuencia de la sintomatología depresiva en el evaluado. Cada ítem se califica en una escala de tres puntos (Ausencia de síntoma=0, Síntoma moderado=1 y Síntomas severo=2). Consta de una escala general y dos subescalas de Disforia y Autoestima negativa. En muestras de población general se encontró una consistencia interna entre 0,75 a 0,94, demostrando resultados satisfactorios en sus propiedades psicométricas.

3.4. Resultados

Como se presentó en el apartado anterior, la evaluación para los trastornos de ansiedad debe partir del concepto multifuente y multimétodo, es decir, considerar en la evaluación diversos

informantes (niño, padres, profesores) y distintos instrumentos como entrevistas, escalas de estimación, cuestionarios e inventarios, etc. (Méndez et al., 2008).

Respecto a los resultados de las pruebas, a continuación, se describen los datos más significativos para la comprensión integral del caso.

3.4.1. Sistema de Evaluación de niños y adolescentes

Se aplicaron las tres versiones del SENA que consisten en un autoinforme, la escala dirigida a padres y la escala dirigida al colegio. En la tabla 1 se desglosan los resultados más significativos para el caso que se aborda.

Tabla 1. Resultado SENA

ÍNDICE	PUNTUACIÓN T		
	AUTOINFORME	FAMILIA	COLEGIO
Índice de problemas emocionales	67	79	44
Depresión	65	70	56
Ansiedad	66	73	43
Ansiedad social	No aplica	67	39
Quejas somáticas	No aplica	76	44
Rigidez	No aplica	81	49
Aislamiento	No aplica	91	51
Integración y competencia social	No aplica	13	47

Nota: Elaboración propia.

Los resultados reflejan que tanto Leo como los padres coinciden en la presencia de problemas emocionales (67; 79), mientras que para el colegio es menos evidente esta sintomatología. Los síntomas de ansiedad se observan con más detalle en los padres, quienes puntúan 73 en la escala de ansiedad; la ansiedad social está dentro del rango medio alto con un punteo de 67 y refieren altos niveles de quejas somáticas con 76 puntos. Por su parte, el resultado de Leo en la escala de ansiedad se encuadra en el rango medio alto con 66 puntos. Referente a la sintomatología de depresión, Leo se posiciona en el rango medio alto con 65 puntos, los progenitores están en el rango alto con 70 puntos y en el colegio se mantiene dentro del promedio. Por otro lado, para la familia la escala de rigidez se encuentra dentro del rango de muy alto (81), lo que refiere que Leo presenta dificultades para enfrentarse a los cambios y a las tareas novedosas de manera flexible. Es posible que estas dificultades de flexibilidad y de adaptación al entorno se relacionen con los problemas de ansiedad de Leo. Es importante notar que la escala de aislamiento, en la forma de familia, se posiciona en el rango muy alto

(91) y la integración y competencia social tiene un puntaje muy bajo (13). Esto significa que los padres observan dificultades en el área social de Leo.

3.4.2. Self-Report to Childhood Anxiety Related Disorders

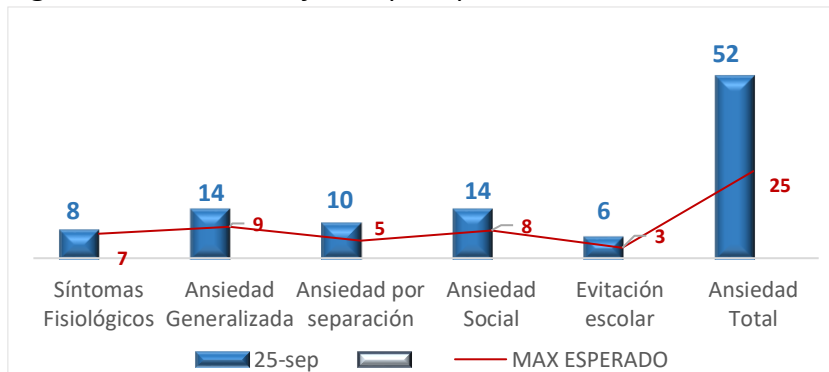
Según los resultados que se muestran en la figura 1 y 2, tanto los padres como Leo reportan altos niveles de ansiedad, cada una de las categorías sobrepasa el máximo esperado de la escala. Para ambos es relevante la sintomatología en ansiedad generalizada, ansiedad por separación y ansiedad social. Leo reporta mayores manifestaciones de síntomas fisiológicos de los que reportan sus padres. Los progenitores identifican mayores síntomas de evitación escolar en comparación de lo que reporta Leo.

Figura 1. Resultado de forma para niño, SCARED



Nota: Elaboración propia.

Figura 2. Resultado de forma para padres, SCARED

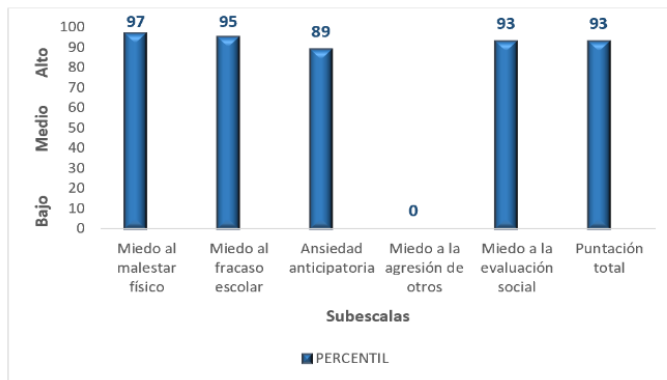


Nota: Elaboración propia.

3.4.3. Inventario de Miedos Escolares, Versión Niños

La figura 3 refleja que Leo presenta diversos miedos, siendo el más relevante el miedo al malestar físico (97), le sigue el miedo al fracaso o castigo escolar (95), luego el miedo a la evaluación social o escolar (93), la ansiedad anticipatoria se encuentra en el rango medio alto (89) y no manifiesta miedo a la agresión de otros en el colegio.

Figura 3. Resultado del IME-N

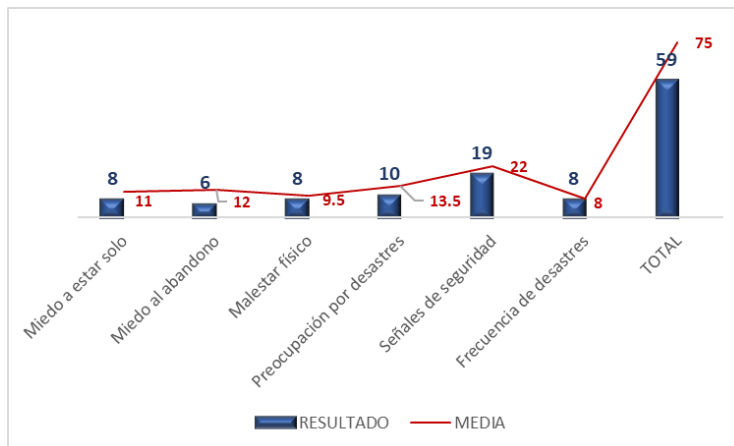


Nota: Elaboración propia.

3.4.4. Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación

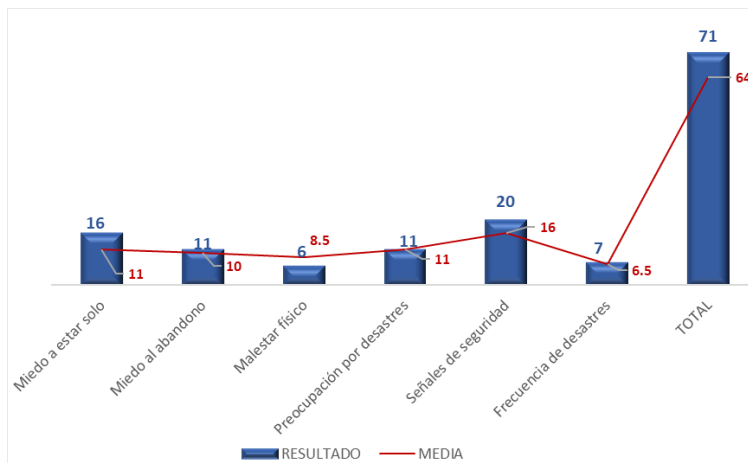
Las gráficas reflejan que, tanto los padres como Leo, identifican características importantes de ansiedad por separación. Los progenitores superan la media con un puntaje de 71 en el total, mientras que Leo obtuvo 59 en la suma total. Para Leo la subescala más alta es la de señales de seguridad (SS) con un puntaje de 19; le sigue la preocupación por desastres (PD) con un puntaje de 10. Por su parte, el puntaje más alto de los padres también se centra en SS con un total de 20; le sigue el miedo a estar solo (MS) con 16 puntos, lo que prevee posible conflicto familiar.

Figura 4. Resultado de forma para niños, SAAS-C



Nota: Elaboración propia.

Figura 5. Resultado de forma para padres, SAAS-P



Nota: Elaboración propia.

3.4.5. Cuestionario de Depresión Infantil

Según los resultados que se reflejan en la tabla 2, Leo no presenta síntomas depresivos, se ubica dentro de los límites normales.

Tabla 2. Resultado de paciente, CDI.

ÁREA	PUNTEO DIRECTO	PERCENTIL
Ánimo Disfórico	7	35
Autoestima Negativa	3	20
TOTAL	10	15

Nota: Elaboración propia.

3.4.6. Conclusión diagnóstica

Producto del proceso de evaluación que se realizó se concluye que Leo está atravesando por problemas significativos de ansiedad, en la actualidad el cuadro está agudizado respecto a la ansiedad por separación, ya que, tal y como lo reportan los padres, Leo resiste ir al colegio.

Según el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Leo cumple con los criterios para el Trastorno de Ansiedad por Separación (F93.0) (APA, 2022), lo cual se fundamenta en los siguientes criterios: A) Leo ha presentado durante los últimos tres meses ansiedad y miedo persistente en relación con la separación de sus figuras de apego, especialmente con el padre. B) experimenta un malestar excesivo cuando se anticipa una separación, por ejemplo, todas las mañanas cuando va a ir al colegio o cuando el padre sale

de viaje. C) Leo tiene una preocupación excesiva por la posible pérdida o daño de sus figuras de apego (padres y hermana) y/o él mismo, lo que se evidencia en los resultados de la escala del SAAS-C y SAAS-P, siendo la subescala de preocupación por desastres (PD) una de las más significativas. D) Leo manifiesta temor a perderse o ser abandono. E) Demuestra rechazo a asistir al colegio porque esto implica separarse de su padre. F) Los resultados de la escala SAAS-P reflejan el miedo de Leo a estar solo dentro de la casa, incluso usa a la niñera como un medio de compañía constante, los padres reportan que Leo suele seguirlos y parece su sombra. G) Leo tiene problemas para conciliar el sueño, por lo que duerme con su hermana, o bien, si duerme solo requiere que alguno de sus padres lo acompañe. H) la evaluación ha reflejado que Leo presenta miedo a los malestares físicos, siendo consistente el reporte en cada una de las escalas aplicadas. Suele padecer dolor de cabeza, tiene miedo a los mareos o padecer dolor de estómago en el colegio. I) finalmente, la sintomatología ansiógena está repercutiendo en la adaptación de Leo en el centro escolar, además de evitar la exposición social, ya que prefiere mantenerse en casa jugando videojuegos. Esto es congruente con lo que se reporta en el colegio, ya que algunas veces está solo en los recreos y los padres lo perciben con poca integración y competencia social, según el resultado del SENA.

Se considera que la problemática principal a tratar es la ansiedad por separación, lo que va a impactar en los síntomas de ansiedad social que presenta Leo y va a disminuir el rechazo escolar actual. Diversas investigaciones concluyen que existe una relación entre los miedos escolares y la ansiedad por separación, siendo importante diferenciar entre la fobia y el rechazo escolar, que pueden estar enmascarados por un trastorno de ansiedad por separación (King et al., 1995, en Santacruz et al., 2002; Orgilés, 2009; Pérez y Castaño, 2013). Por otro lado, se visualiza desde ya otras características ansiógenas en Leo: una preocupación excesiva a diversos temas, lo que puede relacionarse en el futuro con un trastorno de ansiedad generalizada y tendencia a pensamientos obsesivos en relación con que algo malo le suceda. Se concluye dar prioridad a la sintomatología del TAS y observar en el tiempo qué síntomas se mantienen y cuáles desaparecen para hacer una nueva valoración de diagnósticos y tratamientos.

4. Objetivos del tratamiento

Tras los resultados de la evaluación se identifican los objetivos específicos durante el tratamiento de Leo:

- A. Reducir síntomas de ansiedad al enfrentarse a la separación de los padres.
- B. Incrementar conductas de autonomía en Leo para una adaptación más funcional en su vida diaria.
- C. Aumentar conductas de afrontamiento, tanto a nivel social como escolar.

5. Tratamiento

El programa de intervención para Leo se basa en la terapia cognitiva-conductual, para lo que se tomó de guía el programa de El Gato Valiente de Kendall y Kosovsky (2010) y se revisó la obra de aportes técnicos de Bunge et al. (2016), puntualmente el capítulo siete que hace referencia a enfrentar los miedos y la ansiedad, para lo que se seleccionaron técnicas específicas que benefician al tratamiento personalizado con Leo. Así mismo, se recurrió a la revisión de otros materiales como libros de abordaje cognitivo-conductual, adaptados a una población de habla hispana, para tomar técnicas que se irán mencionando en la descripción de las sesiones.

Individualizar el tratamiento de Leo parte del deseo de brindar un espacio de trabajo lo más cercano a su cultura, tomar en cuenta sus intereses, además de considerar sus necesidades, por ejemplo, su nivel de actividad motora era alto en el inicio del tratamiento, debido a los niveles de ansiedad que presentaba, lo que impactaba de manera significativa en su capacidad de permanecer enfocado a una tarea en específico. A la vez, la sintomatología aguda que presentaba se valoraba como un riesgo para rechazo escolar, motivo por el que era necesario dar prioridad a ciertos objetivos terapéuticos y no seguir un manual mecanizado. Por tanto, el tratamiento propuesto se acerca a lo que los autores hablan como flexibilidad y fidelidad, procurando mantener los componentes claves para un tratamiento cognitivo-conductual, y, al mismo tiempo, hacer adaptaciones flexibles a las necesidades de Leo y su familia.

Previo al tratamiento se llevó a cabo el proceso de admisión y evaluación de Leo. Estas diferentes fases estuvieron a cargo de una psicóloga clínica especializada en Terapia Cognitiva-Conductual y Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), con diez años de experiencia de

ejercer con población infanto-juvenil, tanto en el área de evaluación y diagnóstico, como en el área de psicoterapia.

Cabe resaltar que se obtuvo la aprobación del Comité Ético de la Universidad acerca del presente estudio (Anexo A, B, C).

5.1. Proceso de admisión

Como parte del proceso de admisión los padres completaron una ficha clínica digital, se llevó a cabo la entrevista con ambos padres y una sesión para conocer a Leo y afianzar la alianza terapéutica, para así proceder a la evaluación psicológica. Durante este proceso los padres firmaron el consentimiento informado para trabajar con Leo (Anexo D).

5.1.1. Entrevista

Objetivo: Profundizar con los padres en el motivo de consulta y recabar la información para conceptualizar el caso de Leo.

Desarrollo: a través de una entrevista semi-estructurada se recabó información sobre el motivo de consulta y la historia del problema actual, historia clínica, desarrollo evolutivo, desarrollo social, escolar, dinámica familiar, antecedentes familiares, entre otros.

Adicional, se revisó con los padres el nivel de motivación de Leo para asistir a psicoterapia, quienes informaron que su disposición es positiva, ya que le han explicado que es para aprender sobre sus emociones, aunque refirió temor de estar con una persona desconocida.

5.1.2. Conocer al paciente

Objetivos:

- A) Construir una alianza terapéutica que brinde seguridad a Leo.
- B) Identificar la meta de Leo para asistir a los encuentros terapéuticos.
- C) Explicar el proceso de evaluación.

Desarrollo:

Alianza terapéutica: En compañía de la madre, se dio un recorrido a Leo por la clínica, demostrando interés por conocer el jardín, lo que ayudó a exponerlo gradualmente a la situación nueva. Se le presentaron variedad de juegos, optó por jugar jenga, aún en compañía de la madre. Después de dos partidas se propuso una variación al juego, cada vez que fuera el turno del participante se compartiría un dato de la vida personal para conocerse. Leo compartió que su color favorito es el azul, su personaje favorito es Spider Man, le gusta

dibujar, está en grado uno, disfruta jugar en la consola de videojuegos con su padre, etc. Al finalizar el juego se sintió cómodo de quedarse a solas con la terapeuta, se procedió a que cada uno dibujara en la pizarra algo que fuera especial, Leo dibujó una escena de Spider Man.

Promover motivación y definir la meta: se preguntó a Leo si conoce el motivo de asistir al lugar, respondió que es porque tiene miedo de que algo malo le pase. Se le preguntó sobre si sabe qué profesión tiene el terapeuta, a lo que respondió con duda, se procedió a hablar sobre qué hace un psicólogo, tomando de referencia qué hace un médico, se sacaron juguetes que simulan los utensilios de un doctor y él participó explicando que cuando va al doctor revisan su cuerpo y le dan medicina si en caso le duele el estómago o tiene gripe. Usando esta analogía se concluyó que el psicólogo no es doctor, pero hace actividades similares, como, por ejemplo, revisa en equipo las emociones, pensamientos y acciones de los niños, descubren algún problema que esté pasando y se plantean una meta. Se nombraron ejemplos de situaciones que pueden vivir otros niños y necesitan ayuda para resolverlos. Este trabajo se hizo mientras Leo dibujaba en la pizarra las tareas del psicólogo y la terapeuta lo dibujaba en una hoja (Anexo E). Esto se ancló a un juego de ser investigadores para descubrir qué ayuda desea recibir del terapeuta, Leo escribió en burbujas de pensamiento sus miedos: “me va a pasar algo en el ojo”, “¿ese dolor es normal?” y “me va a pasar algo” (Anexo F), es así como se concluyó que su meta es recibir ayuda para los miedos y preocupaciones que siente.

Explicar el proceso de evaluación: Definir la meta fue un puente para indicarle que el trabajo del terapeuta y el niño es jugar a ser exploradores de las preocupaciones, por lo que se procedió a mostrarle los cuestionarios que se usarían en las siguientes citas para descubrirlas, y, entonces, trazar el camino de las estrategias a aprender para afrontar estos miedos.

En las citas posteriores, el proceso de evaluación se dividió en dos partes para cuidar el cansancio y que esto no afectara al desempeño de Leo, así mismo, se intercaló con juegos libres. El resultado fue satisfactorio.

5.2. Sesiones de tratamiento

Después del proceso de admisión, evaluación y entrega de resultados a los padres se procedió a iniciar el tratamiento bajo el enfoque cognitivo-conductual. La intervención se conformó de 12 sesiones, una vez a la semana, la duración de cada cita era de 60 minutos, a excepción de las reuniones con padres que tenían una duración de 90 minutos.

En cada sesión se implementó la revisión de retos para casa, a los que se les nombró Spider-Retos, ya que Leo tiene un gusto especial por Spider Man. Se le entregó un cuaderno caracterizado con el superhéroe (Anexo G), lugar donde llevó a cabo los retos (cuando se requería escribir, dibujar o pintar), y, a la vez, fue el espacio para recolectar las fichas de Spider Man por cada reto cumplido en sesión (Anexo H). Leo ganó recompensas cada vez que acumuló tres fichas.

La revisión de los retos se hizo en conjunto con la madre en el inicio de cada sesión y en el cierre de la sesión se compartió el nuevo reto a casa. La integración de la madre se consideró importante porque hay un vínculo afectivo positivo entre ellos y ella se beneficia de recibir breves cápsulas de psicoeducación, lo que refuerza el trabajo en equipo. Se orientó a que, gradualmente, Leo tomara el control sobre la comunicación de los retos.

La estructura de cada sesión se desarrolló de la siguiente forma: A) inicio; 10 minutos para la revisión del Spider-Reto. B) Desarrollo; 40 minutos de trabajo individual con Leo. C) cierre; 10 minutos para compartir aprendizajes y conversar del nuevo Spider-Reto.

5.2.1. Sesión 1

Objetivos:

- A) Psicoeducar sobre ansiedad por separación y los factores de riesgo y mantenimiento.
- B) Concientizar sobre el rol parental y la acomodación familiar al trastorno.
- C) Brindar una ruta a seguir sobre el tratamiento cognitivo-conductual.
- D) Definir el involucramiento de los padres en el tratamiento.

Desarrollo: En la entrega de resultados con los padres se les compartió material relacionado a ansiedad y ansiedad por separación para que fuera leído y revisado de manera independiente. Este material se utilizó como complemento para abordar con más profundidad los siguientes temas: A) aprender sobre la ansiedad desde la neurofisiología y el modelo cognitivo-conductual. B) factores de riesgo y mantenimiento: heredabilidad, temperamento, factores psicológicos y ambientales. C) Estilo de crianza. D) Reforzadores y consecuencias. E) Manejo de las preocupaciones parentales. F) Apego y formas de fortalecer un vínculo seguro con Leo. En cuanto al rol parental, se concientizó sobre cómo los padres pueden participar en el mantenimiento de conductas ansiógenas del niño, clarificar las conductas parentales que refuerzan las conductas de evitación y/o los pedidos de reaseguro por parte de Leo. También se abordó la importancia de disminuir una acomodación familiar al trastorno, por tanto, el

objetivo en casa es incrementar gradualmente conductas de afrontamiento e independencia y disminuir conductas de evitación. Esto se reforzó con la TedMed titulada *Cómo Criar a los Niños para que Superen la Ansiedad*, de Albano (2020) (Anexo I), que fue vista en casa.

Se presentó, de manera general, la ruta a seguir en el tratamiento cognitivo-conductual para Leo y los aprendizajes principales en cada componente de la intervención: A) psicoeducación emocional: identificar y etiquetar emociones, reconocer las situaciones donde suceden, función de las emociones, intensidad y reacción fisiológica de la ansiedad. B) Entrenamiento en relajación: respiración profunda y controlada, tensión-relajación. C) Intervención cognitiva: modelo pienso-siento-actúo, construcción de un patrón de pensamiento de afrontamiento, modificación de pensamientos. D) Resolución de problemas: búsqueda de soluciones a través de un pensamiento de afrontamiento. E) Exposición gradual: conductas de separación y de independencia. F) Autoreforzamiento de logros.

En cuanto al involucramiento de los padres en el tratamiento se abordó: la estructura de los retos a casa y ejemplos de cómo poner en práctica los aprendizajes en la vida cotidiana, siendo ellos modelos deseables de conductas de afrontamiento. Se abordó qué pueden esperar del tratamiento en cada fase y tener expectativas realistas según la evidencia científica.

5.2.2. Sesión 2

Objetivos:

- E) Identificar emociones en él mismo y los demás.
- F) Reconocer el miedo y la tristeza cuando se separa de papá.
- G) Construir una solución en el momento en que se separa de papá.

Inicio: se conversó con Leo y la madre si han encontrado más miedos o preocupaciones. Expresaron que estas emociones han incrementado porque el padre saldrá de viaje pronto, Leo pregunta constantemente cuántos días faltan, tiene dificultad para conciliar el sueño, y demuestra ansiedad cuando va de camino al colegio. Se hizo el listado de las preocupaciones de Leo, en conjunto con las que compartió en el proceso de evaluación.

Desarrollo:

Identificar emociones: se hizo un juego de mesa libre, durante el cual Leo contó la tristeza y preocupación que siente cuando está en la fila del colegio. Se utilizó el dibujo que hizo durante las citas de evaluación sobre cómo se siente cuando está en la fila con sus compañeros (Anexo J). Se jugó a encontrar sus pensamientos, emociones y conductas cuando está en la fila, pintó

la tristeza y la preocupación en la pizarra. Leo descubrió que no juega con sus compañeros porque extraña a su padre y expresa que no le gusta estar con niños desconocidos en la fila.

Actividad “Yo desearía que...”: Leo debía encestar una pelota y decir algo que desea cuando está en la fila, expresó deseos importantes como: estar todo el tiempo con mi papá, que no salga de viaje y estar con mi amigo.

Educación emocional: en el jardín se tiraron tarjetas de emociones boca abajo, el terapeuta y el niño corrían alrededor del árbol, al decir “alto” cada uno debía tomar una tarjeta, al darle la vuelta debían compartir: qué emoción siente el niño y qué cree que lo hizo sentir así. En la siguiente ronda del juego al voltear la tarjeta debían decir “yo me siento (la emoción) cuando...”. Se trabajó con las emociones de alegría, tristeza, miedo, enojo, preocupación y calma.

Buscar soluciones: se presentó a Leo el dibujo de una bombilla que tiene el significado de buscar alternativas ante un problema. Se lanzó la pregunta: “¿qué puedo hacer para sentirme más tranquilo cuando papá se va de viaje o yo voy al colegio?”, cada uno daba soluciones mientras lanzaban una pelota.

Cierre: se construyó sobre la solución de intercambiar un objeto especial con el padre para cuando él salga de viaje, siendo este el primer Spider-Reto. Se dieron indicaciones a la madre de cómo realizarlo, disminuir conductas de reforzamiento a la preocupación, aumentar validación emocional y frases de seguridad, e incrementar tiempos de cantidad y calidad sobre el vínculo afectivo entre el padre y el hijo, por lo que sería importante no limitar la relación entre ellos al tiempo de videojuegos.

5.2.3. Sesión 3

Objetivos:

- A) Construir pensamientos de seguridad para afrontar la separación del padre.
- B) Aprender la respiración profunda como una técnica de relajación.
- C) Practicar alternativas de afrontamiento y autorregulación cuando está en la fila.
- D) Reforzar el conocimiento de las emociones.

Inicio: Se revisó el Spider-Reto, Leo le dio a su padre un peluche especial para que lo llevara durante el viaje, el padre le dio un anillo. Durante el viaje el padre le envió fotos de momentos específicos donde su peluche lo acompañaba (en el avión, en la oficina, etc.). Los primeros

días expresó preocupación y tristeza, sin embargo, fue disminuyendo de manera gradual, reportó estar más tranquilo. Ir en la mañana al colegio sigue siendo un desafío, pero se resalta que solo es los primeros minutos, al empezar las clases logra integrarse a las actividades escolares. Ganó la primera ficha de Spider Man.

Desarrollo:

Pensamientos de seguridad y afrontamiento: Leo dibujó el anillo especial que le dio su papá y alrededor escribió frases de seguridad, entre ellas: “papá está lejos pero cerca de mí”, “papá y yo nos amamos”, “estoy bien”, “nada malo me pasa”.

Entrenamiento en respiración profunda: Leo se acostó sobre una alfombra, se simuló que cada uno introducía dentro de su estómago un globo de su color favorito. Inhalar profundo mientras el globo imaginario del estómago se infla y exhalar por la boca mientras el globo se desinfla. Hacer las repeticiones pensando en una palabra o frase que le tranquilice, Leo escogió “nada malo me pasa”. Técnica adaptada de Bunge, et al., (2016), (Anexo K).

Juego de roles: se escenificó el momento en que Leo está en la fila para modelar estrategias de autoregulación emocional. Se practicó repetir mentalmente la frase de seguridad, respirar profundo tres veces e intentar jugar con los niños de la fila.

Educación emocional: se leyó el libro Monstruo de Colores y se jugó a repetir las frases en rima que tiene el libro. (Anexo L).

Cierre: Se explicó y modeló a la madre la técnica del globo para respirar y cómo será puesta en práctica durante la mañana cuando está en la fila del colegio. Se indicó practicar la respiración cuatro veces por semana, antes de dormir. El dibujo del anillo con los pensamientos de afrontamiento se lo llevó para colgarlo en un lugar visible de su cuarto.

5.2.4. Sesión 4**Objetivos:**

- A) Reforzar el reconocimiento de emociones, distinguir la intensidad y cuándo suceden.
- B) Practicar la respiración profunda como una técnica de relajación.

Inicio: Leo reportó que algunas veces le ayudó respirar profundo y repetir el pensamiento internamente, mientras esperaba en la fila del recreo. La madre explicó que hicieron tres días las respiraciones profundas, ya que Leo dijo que también las había hecho en el colegio. Ganó la segunda ficha de Spider Man.

Desarrollo:

Compartir la emoción de la semana: Leo dibujó al monstruo de colores feliz, explicando que siente esta emoción, en intensidad diez, cuando juega con su nuevo amigo en el colegio (Anexo M). Se reforzó este avance conversando sobre cómo jugaron, cómo se sintió y qué ventajas le da.

Educación emocional: Se explicó a Leo que se está aprendiendo sobre las emociones y cómo ser amigo de ellas, para lo que se presentó el libro Yo Me Pregunto Las emociones, se leyó la parte que explica qué es una emoción y que es normal sentir las (Anexo N), haciendo énfasis en las emociones de miedo, preocupación y tristeza. Se le presentó en dibujo los tarros de las emociones del monstruo de colores, dentro de los tarros se le indicó dibujar o escribir en qué momentos siente esa emoción y su intensidad (Anexo O).

Entrenamiento en respiración profunda: se practicó la técnica de respiración profunda imaginando un globo en su estómago. Luego se jugó a saltar sobre una pelota de yoga, al decir la palabra alto debía parar, autocontrolar su cuerpo y respirar profundo dos veces. Luego se combinaron los saltos con emociones como enojo, miedo y preocupación, seguido de la respiración profunda para regresar a la calma.

Cierre: Leo hizo el ejercicio qué aprendí (Anexo P). Se acordó que el Spider-Reto es estar atento a las emociones de él mismo y otros, en el cuaderno pintará los tarros con las emociones que descubrió en la semana. Se reforzó en conjunto el aprendizaje de: identificar emociones, reconocer cuándo suceden y su intensidad.

5.2.5. Sesión 5

Objetivos:

- A) Identificar emociones a través de los gestos, posturas, conductas y reacciones fisiológicas.
- B) Explorar qué reacciones fisiológicas ha sentido Leo y ante qué emociones.
- C) Introducir el concepto de tensar y relajar músculos.

Inicio: la madre reportó que Leo está teniendo nuevas experiencias en el colegio y ha disminuido la ansiedad en la mañana. Se revisó el Spider-Reto sobre las emociones que descubrió en la semana, se reforzó que se sintió feliz al jugar con su nuevo amigo y reportó la emoción de calma en sus días libres (Anexo Q). También se conversó sobre las emociones que

identificó en su hermana y madre, enfatizando qué gestos notó. Ganó la tercera ficha de Spider Man. La recompensa fue una sorpresa de dulces.

Desarrollo:

Compartir la emoción de la semana: Leo dibujó sentirse feliz en intensidad diez y preocupado o nervioso en intensidad cinco cuando utilizó su videojuego (Anexo R).

Educación emocional: se le presentaron a Leo cinco hojas, cada una con tres imágenes de emociones para escribir el nombre en la casilla en blanco. Cada hoja tenía el objetivo de identificar la emoción a través de una instrucción específica: gestos, sensaciones físicas, conducta, posturas, pensamientos (Anexo S). Para reforzar la práctica se jugó a actuar las emociones frente al espejo. Se hizo énfasis en la emoción de miedo y preocupación.

Explorar sensaciones físicas: se utilizó el libro El Emocionómetro del Inspector Drilo para jugar a explorar cómo se puede reconocer una emoción a través de las reacciones físicas como: sudor, temblor, dolor de estómago, hiperventilación, etc. (Anexo T). Leo compartió situaciones en las que ha sentido estas sensaciones.

Entrenamiento en relajación: se hizo la práctica de las respiraciones profundas con la técnica del globo imaginario. Se utilizó la técnica del robot y el muñeco de trapo, para ello se jugó en el jardín a caminar como robot, con el cuerpo rígido y tenso y al decir “muñeco de trapo” se debía caminar suelto y flojo. Se le enseñó a Leo que cuando hay una emoción fuerte como el miedo y el enojo el cuerpo se tensa como un robot y cuando se está tranquilo el cuerpo está relajado como el muñeco de trapo (Bunge et al., 2016).

Cierre: en el cuaderno de Spider-Retos Leo debe pintar en las siluetas de los niños los malestares físicos que tuvo al tener una emoción. Se enseñó a la madre las técnicas de relajación, se educó sobre reacciones fisiológicas y que otra manera de reconocer las emociones es a través de los gestos y las conductas.

5.2.6. Sesión 6

Objetivos:

- A) Aprender sobre la ansiedad como una alarma que se enciende en el cuerpo.
- B) Aplicar la técnica de relajación de Koepfen.

Inicio: se exploró que Leo sigue practicando las respiraciones y repetirse el pensamiento de afrontamiento en su mente, ha disminuido la frecuencia de su uso en la fila. Se revisó el Spider-

Reto, Leo identificó que cuando sintió tristeza y enojo experimentó presión en el pecho y malestar de cabeza (Anexo U). Ganó la cuarta ficha de Spider Man.

Desarrollo:

Compartir la emoción de la semana: Leo dibujó sentirse feliz en intensidad siete cuando está con su familia (Anexo V).

Educación emocional: Se recordó cuáles fueron las reacciones fisiológicas que se aprendieron en la última sesión con la guía de cocodrilo Drilo. Se explicó la emoción de la ansiedad como una alarma de carro: se enciende cuando alguien pasó dando un golpe al carro o cuando alguien abre el carro; en este momento la alarma funciona como una amiga, ya que avisa de algo importante, por ejemplo, como cuando alguien está frente a un león sin jaula. Sin embargo, cuando la alarma se activa en cada momento, de manera intensa, sin ninguna razón, es porque se desreguló, por ejemplo, si un perro pasó cerca o por un viento fuerte. Se pusieron ejemplos de cuándo a Leo se le enciende la alarma. También se presentó un dibujo que representa la alarma de la ansiedad con las reacciones fisiológicas (Anexo W). Se trabajó con una imagen donde un niño siente ansiedad porque imagina a un perro grande y peligroso cuando en realidad está frente a un perro pequeño y juguetón (Anexo X) (Bunge et al., 2016), lo cual promovió que Leo compartiera sus propias experiencias. Finalmente, se le mostró el dibujo de un cuerpo con sus órganos para que él pinte en qué partes del cuerpo siente la ansiedad (Anexo Y).

Entrenamiento en relajación: se practicó la técnica del robot y el muñeco de trapo. También se aplicó la técnica de relajación de Koeppen, la cual consiste en ir relatando un guion de ejercicios que utiliza la imaginación creativa para que el niño practique tensar y destensar los músculos (Koeppen, 1974, en Kendall y Kosovsky, 2010).

Cierre: Leo escribió qué aprendió en la sesión, lo que resumió como “las alarmas son noticias en mi cuerpo” (Anexo Z). Se modeló a la madre algunos ejercicios de la relajación de Koeppen. El Spider-Reto consiste en practicar tres veces a la semana alguna de las técnicas de relajación que ha aprendido.

5.2.7. Sesión 7

Objetivos:

- A) Practicar la técnica de relajación de Koeppen.
- B) Aprender sobre los pensamientos que agrandan el peligro y acortan las soluciones.

C) Crear pensamientos de afrontamiento para solucionar un problema.

Inicio: La madre y Leo reportaron que el miedo y la preocupación durante el momento de la fila ha disminuido. Se remarcó como importante que la niñera dejará de trabajar en casa, lo que puede ser un disparador de ansiedad para Leo. Como avance se reportó que Leo ha jugado en el parque de su casa con un amigo. En cuanto al Spider-Reto se reportó que el ejercicio lo hizo una sola vez en la semana, ya que han tenido actividades fuera de lo habitual que afectaron las rutinas. Leo no ganó la ficha, se adaptó a ello.

Desarrollo:

Compartir la emoción de la semana: Leo dibujó que se sintió con ansiedad en intensidad siete cuando por accidente tenía una astilla en el dedo, pensó que no se le iba a poder retirar y el dedo le explotaría (Anexo AA). Se reflexionó sobre cómo lo solucionó, indicando que pidió ayuda a su madre.

Entrenamiento en relajación: se practicó la técnica de relajación de Koeppen. Además, se incluyó la técnica de relajación de estrella de mar, la cual consiste en acostarse en el suelo, cuando inhala abre las piernas y brazos (como una estrella), cuando exhala regresa las piernas y brazos al centro.

Intervención cognitiva: se presentó al niño dos juguetes, un león bebé y león feroz, ambos los describió. Se jugó a que está frente a un león, pero cuando se enciende la alarma de la ansiedad está pensando que se lo comerá y olvida los recursos que tiene a la mano: una jaula, un escudo, una escopeta, o el guardia del zoológico (Anexo BB). De esta manera se integró el concepto de “Agrandando el peligro Vs. Achico mis soluciones” (Bunge et al., 2016). Se usó el dibujo que hizo al inicio de la sesión como ejemplo, ya que pensó que le pasaría algo malo a su dedo (agrandar el peligro/pensamiento ansioso), lo que activó la alarma de la ansiedad. Haciendo uso del diálogo socrático, se crearon pensamientos alternativos a la situación (Anexo CC).

Se jugó a encestar aros en conos, cada vez que se lanzaba, cada uno debía decir pensamientos ansiosos o que agrandan el peligro. Para poder retirar los aros debía mencionarse pensamientos de afrontamiento, esto se medió con un diálogo socrático.

Cierre: Leo debe usar el cuaderno para escribir una situación que lo haga sentir preocupado o ansioso durante la semana.

5.2.8. Sesión 8

Objetivos:

- A) Identificar progresos a nivel individual y familiar.
- B) Reforzar la independencia en actividades de la vida diaria.
- C) Identificar conductas de dependencia para ser integradas al tratamiento.
- D) Definir el involucramiento parental de la siguiente fase del tratamiento.

Desarrollo: se hizo un resumen de los componentes del tratamiento que se han abordado hasta el momento, se puntualizaron los progresos de Leo, se dio un espacio para el manejo de preocupaciones parentales y aspectos que ellos consideran que pueden reforzarse. Se hizo una revisión de las conductas parentales que se han modificado, especialmente las relacionadas a reforzar conductas de evitación o de reaseguro. Se profundizó en la psicoeducación del manejo de consecuencias cuando Leo presenta una conducta persistente que puede escalar a enojo y/o explosión conductual.

Se abordó la siguiente parte del tratamiento que está más focalizada en aprender a diferenciar pensamientos ansiosos y pensamientos de afrontamiento para dirigir a una conducta de resolución de problemas. Así mismo, se enfatizó la importancia de seguir incrementando conductas de independencia, por lo que el cambio de niñera en casa favorece a este objetivo. Los padres reportaron que Leo ha mejorado al respecto y puntualizan tres conductas como el mayor desafío: atarse los zapatos solo, dejar el biberón antes dormir y limpiarse solo cuando defeca.

5.2.9. Sesión 9

Objetivos:

- E) Practicar los pensamientos de afrontamiento.
- F) Promover independencia en actividades de la vida diaria.

Inicio: Leo compartió la situación de la semana que dibujó en el cuaderno, donde sintió preocupación en intensidad seis, ya que pensó que se había tragado un hueso (Anexo DD). En comparación de otras ocasiones, no hubo una explosión conductual, pero le preguntó dos veces a la mamá si algo malo le pasaría. Esto lo resolvieron conversando sobre lo sucedido y buscando nuevos pensamientos para afrontar la situación, por ejemplo: “no me tragué nada porque los huesos del pollo están completos, solo es una sensación”. Leo ganó la quinta ficha.

Entre los avances positivos se reportó: en la semana invitó a un amigo a su casa, se sintió feliz ya que es primera vez que lo hacía. El padre salía de viaje al día siguiente y Leo ha expresado frases como “son pocos días y va a regresar”, afrontando de manera más positiva. Ha logrado dormir solo algunos días.

Desarrollo:

Entrenamiento en relajación: se practicaron respiraciones profundas, la técnica del robot y muñeco de trapo y se hizo un juego libre en el jardín para identificar las sensaciones de calma en el cuerpo.

Intervención cognitiva: se utilizaron los leones de juguete para presentar la pregunta: ¿cuántas veces te has imaginado que el león te iba a morder y en realidad es un león de juguete?, cada uno dio ejemplos. Leo compartió el evento de cuando tuvo miedo porque estaba en un cumpleaños y después de ir al baño no encontró inmediatamente a la niñera, ya que pensó que quedaría perdido y no volvería con sus papás. Este aprendizaje se reforzó leyendo pensamientos de alguien que sentía mucho miedo, pero en realidad, la situación era más sencilla de lo que él imaginaba (Anexo EE). Leo participó haciendo dos ejemplos: 1) pensó que se había tragado un hueso, en realidad era la sensación en la garganta cuando comió el pollo. 2) una vez pensó que mamá se había ido de casa y estaba solo, en realidad ella estaba descansando en su cuarto.

Se presentó la situación ficticia de Matías (Anexo FF) (Bunge et al., 2016). Posteriormente, Leo hizo su ejemplo con la situación del hueso de pollo. Se reforzó la construcción de un patrón cognitivo de afrontamiento.

Cierre: Leo dictó cuál fue su mayor aprendizaje de la sesión (Anexo GG). se construyó el reto de que Leo haga actividades de manera independiente sin necesidad de que la niñera nueva, o alguien más, esté con él. Se dieron ejemplos como comer y hacer tareas solo. Leo lo aceptó con motivación.

5.2.10. Sesión 10**Objetivos:**

- A) Diferenciar pensamientos oscuros y claros.
- B) Reforzar conductas de afrontamiento cuando Leo tiene un problema.

Inicio: se compartieron las actividades donde Leo demostró independencia y afrontamiento: afrontó de manera positiva el viaje de tres días del padre, no manifestó ansiedad. Ha estado jugando con más niños dentro del colegio, el momento de la fila en la mañana ya no es una dificultad. Habló en público en una actividad en el aula. En un restaurante se levantó a pedir una orden de tacos. Ha estado comiendo solo en casa. La madre resaltó que las preguntas para reasegurar se siguen observando. Leo ganó la sexta ficha, su recompensa fue iniciar con un juego libre en la sesión.

Como evento importante, comentaron que, durante la semana, accidentalmente la hermana le dio una patada en el dedo a Leo, lo que le generó altos niveles de ansiedad porque debieron ir al doctor.

Desarrollo:

Entrenamiento en relajación: Durante el juego libre que escogió Leo como recompensa se aprovechó a identificar las emociones y sensaciones en su cuerpo que le genera hacer una actividad placentera, reforzando la diferencia entre un cuerpo tenso y relajado.

Intervención cognitiva: Leo dibujó la situación del incidente, marcando que sintió ansiedad en intensidad diez al pensar que le pasaría algo horrible, su conducta fue gritar a la hermana y a la madre, experimentó reacciones fisiológicas como temblor y presión en la garganta (Anexo HH). Además de aplicar la técnica de agrandar peligros y achicar soluciones, se enseñó la técnica de gafas claras y gafas oscuras. Esta consiste en la analogía de que cuando se tiene gafas oscuras se percibe el lado peligroso o malo de las situaciones y la mente se enfoca más en los obstáculos (agrandar peligros con pensamientos ansiosos/león peligroso); por el contrario, cuando se usan las gafas claras se percibe la situación desde un lado más realista y la mente logra enfocarse en alternativas (pensamientos de afrontamiento/león bebé). Para reforzar el aprendizaje Leo y la terapeuta actuaron el incidente del dedo, en una ocasión lo hicieron usando las gafas oscuras y luego usando las gafas claras. Finalmente, Leo escribió los pensamientos claros dentro de burbujas (Anexo II).

Cierre: Leo dictó cuál fue su mayor aprendizaje de la sesión (Anexo JJ). Se construyó el reto de descubrir pensamientos de afrontamiento durante la semana. Así mismo, se habló de actividades de independencia como hacer sus tareas solo y servirse comida como el cereal.

5.2.11. Sesión 11

Objetivo:

- A) Practicar el uso de pensamientos oscuros y claros para reforzar conductas de afrontamiento.

Inicio: se compartieron las actividades donde Leo demostró independencia y afrontamiento: hizo algunas tareas solo, se ha servido comida solo, logra permanecer solo en diferentes ambientes de la casa, aunque no esté cerca otra persona. Compartieron pensamientos y acciones de afrontamiento: un día se sentía preocupado y buscó un abrazo del padre para sentirse mejor, buscó por sí solo un objeto que había extraviado, un día le volvió a doler el dedo y logró pensar “ya me va a pasar”. Leo ganó la séptima ficha.

Desarrollo:

Compartir la emoción de la semana: Leo dibujó sentirse feliz en intensidad siete porque fue a la playa con su familia (Anexo KK).

Entrenamiento en relajación: se hizo una práctica de la relajación de Koeppen porque Leo lo pidió.

Intervención cognitiva: se hizo el juego de sacar de una canasta un papel que describía una situación, cada uno debía decir la mayor cantidad de pensamientos según el color de gafas que tenía puesto (oscuras o claras), luego intercambiar. Se usaron situaciones como: veo una araña cerca del cuaderno que estoy usando, accidentalmente me caigo en el recreo, papá se irá de viaje una semana, etc. El reto, sobre todo, era poder mencionar soluciones para practicar un patrón cognitivo de afrontamiento.

Cierre: Se construyó de reto seguir poniendo en práctica las herramientas que se han aprendido y seguir construyendo independencia, ya que tendrán un tiempo de vacaciones de quince días.

5.2.12. Sesión 12

Objetivo:

- A) Enseñar el autoreforzo cuando se alcanzan metas.
- B) Reconocer emociones placenteras cuando hay un logro.

Inicio: se compartieron las actividades donde Leo demostró independencia y afrontamiento: primera vez que Leo logró quedarse solo en la casa de un amigo para hacer una tarde de

juegos, interactúa más con otros niños, se mantiene el logro de comer solo y estar en lugares de la casa solo, empezará una clase de piano, regresó al colegio después de las vacaciones y manifestó calma y alegría de ver a sus amigos. Leo ganó la octava ficha.

Desarrollo:

Compartir la emoción de la semana: Leo dibujó sentirse con enojo en intensidad diez cuando se acabó el tiempo del uso de la tableta (Anexo LL).

Autoreforzamiento: se indicó a Leo dibujar una escena de cómo fue ir a una tarde de juegos a la casa de su amigo, sin que su madre se quedara con él, Leo se dibujó en el columpio y su amigo empujándolo para jugar, se sintió feliz en intensidad diez (Anexo MM). Se le explicó que cuando un niño alcanza metas, pequeñas o grandes, puede decirse palabras amables a sí mismo para reconocer su habilidad o logro, a lo que se le llama autoreforzamiento. Se le indicó escribir, como mínimo, tres frases amables para sí mismo, escribió: soy valiente, yo puedo estar solo, me la pasé genial (Anexo NN). Se finalizó con un juego libre.

Cierre: la madre explicó que Leo ha tenido mejoras significativas en cuanto a la ansiedad, reportó que actualmente se evidencian más las explosiones de enojo cuando pasan situaciones que no le gustan; por ejemplo, perder en un juego o tener menos tiempo en los dispositivos. Por tanto, el reto que se construyó fue identificar en la semana situaciones en las que se siente con enojo para conversarlas la siguiente sesión, y, además, seguir recolectando momentos de logros positivos.

5.3. Valoración del tratamiento

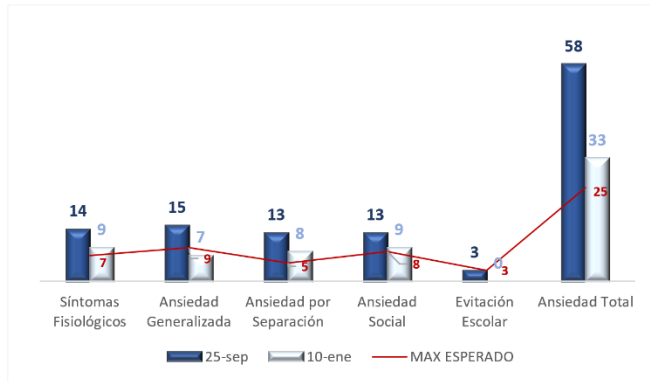
Para valorar los resultados del tratamiento se hizo un post-test seleccionando las tres escalas principales para medir sintomatología ansiógena, de esta manera determinar cuáles han sido los avances en Leo y qué aspectos seguir considerando en el tratamiento. Se descartó aplicar el CDI como post-test porque Leo no presentaba síntomas depresivos, de igual manera, no se aplicó el SENA porque este instrumento ayudó a filtrar los problemas centrales en Leo y los resultados de las subescalas de ansiedad se apoyaron de las escalas específicas que se escogieron para pre-test y post-test. A continuación, se exponen los resultados.

5.3.1. Self-Report to Childhood Anxiety Related Disorders

De acuerdo con los resultados que se reflejan en la figura 6 y 7, tanto Leo como los padres refieren que disminuyeron los síntomas de ansiedad en la puntuación total del mes de enero

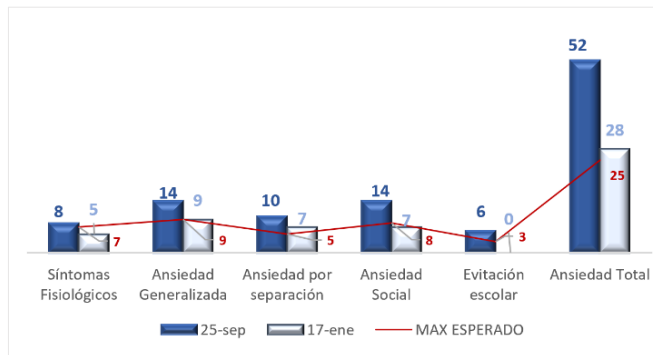
(33 y 28), siendo un progreso significativo. En todas las subescalas se observa una mejoría positiva, es relevante destacar que tanto Leo como los padres puntúan cero (0) en evitación escolar y lo síntomas de ansiedad por separación disminuyeron.

Figura 6. Pre-test y post-test, forma para niño, SCARED.



Nota: Elaboración propia.

Figura 7. Pre-test y post-test, forma para padres, SCARED.



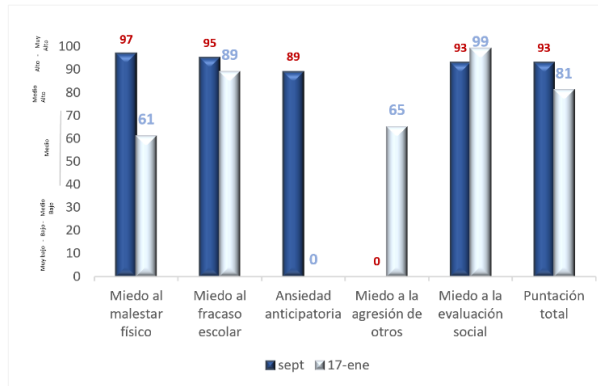
Nota: Elaboración propia.

5.3.2. Inventario de Miedos Escolares, Versión Niños

La figura 8 refleja que el miedo al malestar físico disminuyó al percentil 61, lo que lo ubica en la media, esto es relevante porque disminuyeron las reacciones psicofisiológicas de ansiedad en Leo. El miedo al fracaso escolar disminuyó a 89 (rango medio alto) y la ansiedad anticipatoria puntuó cero (0). En cuanto al miedo a la agresión de otros dentro de la escuela, hubo un incremento del percentil a 65, pero aún se encuentra dentro de la media. El miedo a la evaluación social subió al percentil 99 (rango alto). Se considera que estas últimas dos puntuaciones subieron porque Leo ha incrementado su exposición social al interactuar más con los compañeros de clase, de hecho, reporta que tiene nuevos amigos. Por tanto, ha comentado que estas interacciones han tenido algunos desacuerdos en momentos de juegos, o bien, con el incremento de relaciones ha experimentado juegos más bruscos entre varones,

lo que le incomoda, sin embargo, no se observan situaciones de riesgo respecto a agresiones, lo que se ha confirmado con la orientadora escolar y los padres. En general, la puntuación total coloca a Leo en un percentil de 81 (rango medio alto), manifestando mejoría en los síntomas, ya que en el pre-test se encontraba en el rango muy alto con (PC:93).

Figura 8. Pre-test y post-test, forma para niño, IME-N.

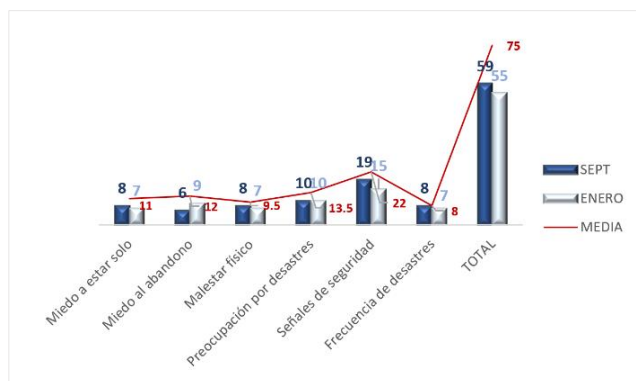


Nota: Elaboración propia.

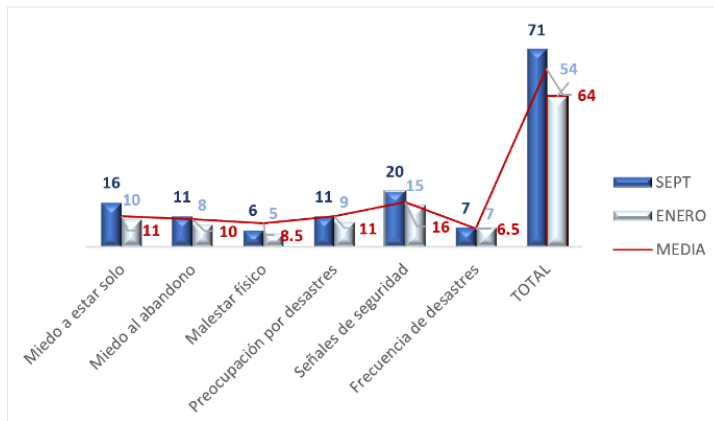
5.3.3. Escala de Evaluación de la Ansiedad por Separación

Tanto Leo como los padres observan mejoría en los síntomas de ansiedad por separación, ya que la puntuación total bajó (55 y 54). El miedo a estar solo, el temor al malestar físico y señales de seguridad disminuyó, por lo que incrementaron conductas de autonomía y afrontamiento. En cuanto a la subescala de miedo al abandono bajó según la percepción de los padres (8), sin embargo, en Leo subió a 9 puntos, se infiere que el motivo es porque hay preguntas relacionadas a cómo se siente al estar solo con la niñera, lo que actualmente le preocupa porque es una persona nueva que se ha integrado a la casa y la niñera con la que inició el tratamiento ya no trabaja con la familia. Por tanto, aún no se ha construido una sensación de seguridad y confianza suficiente para Leo.

Figura 9. Pre-test y post-test, forma para niño, SAAS-C.



Nota: Elaboración propia.

Figura 10. Pre-test y post-test, forma para padres, SAAS-P

Nota: Elaboración propia.

Se concluye que, en general, disminuyeron los síntomas relacionados a problemas de ansiedad, específicamente los relacionados al trastorno de ansiedad por separación. Se redujeron significativamente los síntomas fisiológicos de ansiedad, incrementaron pensamientos y conductas de afrontamiento a las situaciones temidas, disminuyeron conductas de evitación y aumentaron las conductas de autonomía. Al mismo tiempo, debe valorarse las puntuaciones post-test que aún llaman la atención para continuar trabajando en las sesiones terapéuticas, revisar que los logros obtenidos se mantengan en los próximos meses, observar la evolución cronológica en el tiempo y anticiparse a posibles comorbilidades homotípicas como una posible ansiedad social o ansiedad generalizada. Actualmente no cuenta con estos diagnósticos, considerándose que la intervención terapéutica también funcionó como tratamiento preventivo a la evolución de otros problemas; sin embargo, los rasgos que presenta a corta edad, respecto a estos diagnósticos, llaman la atención.

La sugerencia principal es que Leo continúe en tratamiento para fortalecer las estrategias que ha aprendido, se mantengan los progresos y enseñar nuevas habilidades para prevenir la evolución a otros problemas ansiógenos. Se considera que el pronóstico de Leo es positivo ya que tuvo adherencia positiva al tratamiento cognitivo-conductual, hubo beneficios a corto plazo, cuenta con un contexto familiar que demuestra armonía, afecto y apoyo para enseñarle nuevas habilidades de regulación emocional y afrontamiento.

6. Conclusión y Discusión

El objetivo general en este trabajo de fin de máster fue desarrollar una intervención cognitivo-conductual para la reducción de sintomatología ansiógena en un niño de 7 años. Los objetivos específicos fueron reducir síntomas de ansiedad al enfrentarse a la separación de los padres; incrementar conductas de autonomía en el paciente para una adaptación más funcional en la vida diaria e identificar las conductas de afrontamiento que desarrolló el niño, tanto a nivel social como escolar, tras aplicar el programa de intervención.

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad tienen alta prevalencia en la población infanto-juvenil, lo que se asocia con obstáculos en el funcionamiento de la vida diaria. Estos problemas generalmente persisten en la adultez cuando presentan comorbilidad. Las investigaciones refieren que la TCC es una intervención, dentro de las terapias basadas en evidencia científica, con gran relevancia para ser aplicada en jóvenes con problemas de ansiedad, ya que aproximadamente el 60% de los usuarios se recupera después del tratamiento (Kendall, 2023).

Dentro de la intervención cognitiva-conductual los manuales de protocolos tienen especial notabilidad, los cuales han recibido opiniones favorables y desfavorables sobre su aplicación (Kendall y Frank, 2018), sin embargo, se destaca que, tanto un manual aplicado en su originalidad, como un manual bien adaptado tiene efectividad en sus resultados. Esto no depende únicamente del manual, también de otras variables importantes como la alianza terapéutica, personalidad del terapeuta, experiencia clínica, entre otras. Es así como, dentro del marco de este estudio de caso único, se decidió tomar como guía el programa de El Gato Valiente de Kendall y Kosovsky (2010) y se revisó la obra de aportes técnicos de Bunge et al. (2016), seleccionando técnicas específicas que beneficiaron al tratamiento personalizado con Leo.

Beidas et al., (2010), en un artículo de discusión sobre la forma de adaptar el programa Coping Cat para población joven, refieren que una de las razones por las que el uso de manuales estructurados ha sido criticado es por limitar la innovación en el profesional que lo aplica, producir técnicos en lugar de terapeutas cualificados y ser poco práctico para tratar a consultantes con diagnósticos comórbidos. En contraposición, se propone que los manuales sean utilizados como un marco de referencia, donde se respeten los componentes que

funcionan como ejes dentro del tratamiento y, a la vez, se tomen en cuenta las diferencias individuales del paciente. Es así como, la línea de trabajo fue individualizar el tratamiento de Leo, conservando el enfoque de flexibilidad dentro de la fidelidad, el cual propone que el clínico haga las adaptaciones necesarias basándose en tres ejes principales: la evidencia de la investigación, la propia experiencia clínica y las características individuales y culturales del paciente. Si los protocolos se aplican de manera fiel pero flexible conservan la orientación a una práctica basada en evidencia científica (Kendall y Frank, 2018).

La intervención aplicada a Leo se mantuvo entre el concepto de fidelidad, ya que cumplió con los componentes esenciales de la TCC para ansiedad: educación emocional, entrenamiento en relajación, intervención cognitiva, resolución de problemas, exposición gradual y autoreforzamiento de logros. De la mano, se integraron dos sesiones específicas para el seguimiento con los padres.

Al mismo tiempo, la flexibilidad de la intervención se evidenció en aspectos como: A) desde el inicio de la intervención se trabajó en respiraciones profundas, construir pensamientos de afrontamiento y búsqueda de soluciones como una forma de autoregulación cuando Leo se enfrentaba a estar en la fila de la mañana dentro del colegio, esto debido a que la sintomatología del TAS estaba agudizada y el objetivo era evitar que escalara a un rechazo escolar. B) dentro de las sesiones se tuvo preferencia de incluir actividades recreativas y dinámicas como salir al jardín, jugar con aros y conos, encestar pelotas, en vez de utilizar un cuaderno de trabajo que limita su uso en una mesa. Esta decisión parte de que al inicio del tratamiento Leo se manifestaba con alto nivel de actividad motora inducido por el nivel alto de ansiedad, lo que dificultaba tener tiempos prolongados de atención durante los ejercicios. Cabe resaltar que, conforme se avanzó en la intervención, se observó mayor regulación de la actividad motora y atención. C) para la psicoeducación emocional se hizo uso de cuentos infantiles, ya que tienen características creativas para promover el aprendizaje en el paciente y Leo demostraba interés por ellos. D) la intervención cognitiva se hizo especialmente con técnicas del libro de Bunge, et al., (2016), ya que contiene adaptaciones para la población hispanohablante más cercanas a la cultura guatemalteca. Se consideró que utilizar la técnica de “agrandando mis peligros y achico mis soluciones” era una forma más concreta para que el paciente comprendiera los pensamientos ansiosos. Así mismo, utilizar el león grande para ejemplificar los pensamientos ansiosos y el león bebé para ejemplificar los pensamientos más

realistas, es una técnica que se acopla más a la etapa evolutiva de Leo, quien por su edad aún se divierte con analogías que incluyen animales a los que se les da vida. E) para psicoeducar sobre ansiedad se utilizó la analogía de la alarma de un carro que presenta el libro de Bunge, et al., (2016), nuevamente, se consideró una técnica más llamativa para la edad de Leo. F) se decidió titular las tareas de casa como Spider-Retos, esto fue para promover motivación y reforzar conductas de logros en Leo. G) la exposición gradual se hizo de manera más espontánea y orgánica de acuerdo con lo que reportaba la madre al inicio de las sesiones, lo que permitió llegar a mutuos acuerdos entre el niño, la madre y la terapeuta. Por ejemplo, se plantearon nuevas actividades de independencia en casa, como comer y hacer sus tareas solo. Por tanto, hasta el número de sesión que se describió no fue necesario hacer una jerarquía específica de exposición gradual. H) entre las adaptaciones más significativas fue incluir el apoyo de la madre al inicio y final de cada sesión. Se consideró un aspecto importante para cumplir con los siguientes objetivos: que la madre recibiera cápsulas de psicoeducación, reforzar el trabajo en equipo, hacer intervenciones para guiar a la madre en una comunicación más asertiva y menos cargada de ansiedad cuando comunicaba aspectos de Leo o la dinámica familiar, que Leo ganara confianza para comunicar a su madre aspectos en los que necesitaba ayuda y reforzar los logros de independencia.

Integrar, de manera breve pero intencionada a la madre, se considera que tiene especial valor dentro del tratamiento personalizado con Leo y es una característica que lo diferencia de otros programas terapéuticos. El niño, el terapeuta y los padres conforman el trío que constituye la conexión terapéutica. No se ha investigado lo suficiente sobre cómo ha evolucionado esta relación como un mecanismo de cambio para cada uno de los integrantes. Sin embargo, se considera que el padre está dispuesto al cambio conforme aumente su confianza y colaboración con el terapeuta, lo que, al mismo tiempo, da lugar a cambios significativos entre la relación del hijo y los padres. Agregan que las relaciones positivas modelan cambios progresivos en los niños y los padres (Nuñez et al.,2022). Cabe resaltar que esta adaptación fue posible hacerla porque se valoró una relación positiva y afectiva entre madre e hijo, la madre manejaba niveles de ansiedad moderados en contextos específicos, tenía alto compromiso al cambio sobre la acomodación familiar y se le valoró con rasgos de personalidad que permiten una intervención de este tipo. Por consiguiente, cabe resaltar que se cuidó que esta intervención no reforzara la conducta dependiente.

Por otro lado, Stirman et al., (2017), en un artículo de revisión, analizan los métodos que se utilizan para determinar modificaciones y adaptaciones de los tratamientos basados en evidencia. Parte de los resultados refiere que, cuando estas adaptaciones o modificaciones son sutiles, pero basadas en argumentos teóricos, bien definidos y tomando en cuenta las características del paciente, es probable que el resultado sea más favorable que el del tratamiento original. Se encontró poca evidencia de que las adaptaciones fueran dañinas para el cliente, a la vez, hubo evidencia limitada y estable de que los protocolos que se adaptan destaquen sobre los protocolos estándar. En el caso de la intervención personalizada con Leo, se considera que el resultado fue favorable, ya que disminuyó la sintomatología ansiógena, lo que se reflejó en los resultados pre-test y post-test del SCARED; incrementaron conductas de autonomía para un desarrollo más funcional dentro del hogar, que se visualiza en el resultado del SAAS-C/P; y se observaron conductas de afrontamiento tanto a nivel social como escolar, que se refleja en la aplicación del IME-N y el SAAS.

Walkup, et al., (2008), en un ensayo controlado aleatorio sobre un estudio multimodal de ansiedad, con una muestra de 488 niños, entre 7 y 17 años, quienes tenían diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad por separación o fobia social, siendo un criterio principal la presencia de ansiedad de moderada a severa. El objetivo del estudio era evaluar la eficacia relativa de la terapia cognitiva-conductual, la sertralina, una combinación de las dos terapias y un fármaco placebo. Uno de los resultados significativos fue que el 60% de los participantes ya no cumplían con los criterios para el trastorno de ansiedad marcado como principal, después de haber recibido de 12 a 14 sesiones de TCC. Este estudio concluyó que la TCC es un tratamiento basado en evidencia para el tratamiento de problemas de ansiedad infantil. Este resultado concuerda con lo que se evidenció en este estudio de caso único. En este se consideró que Leo presentaba síntomas o rasgos relacionados a diversos problemas de ansiedad como ansiedad generalizada, ansiedad social y tendencia a obsesiones que pueden sugerir la evolución a un TOC, sin embargo, a partir de la conceptualización del caso se definió que la problemática más importante a tratar era el TAS, ya que eran los síntomas que más estaban dificultando su funcionamiento y autonomía. Después de la aplicación de 12 sesiones de intervención de TCC, se observó una mejora significativa en sus síntomas de ansiedad y ya no cumple con los criterios diagnósticos para el TAS, esto a pesar de que el tratamiento no se había finalizado, lo que habla de un buen pronóstico para Leo.

En cuanto a la acomodación familiar, como un factor de riesgo, Phillips, et al., (2020), en un artículo sobre el estudio con 186 jóvenes entre 7 y 17 años, a través de un análisis de clases latentes, describen que las investigaciones han dado hallazgos de que los pacientes que tienen como diagnóstico primario la ansiedad por separación, comúnmente prevalece más la acomodación, en comparación con otros trastornos de ansiedad, aunque los resultados siguen siendo limitantes y es necesario ampliar la investigación sobre la correlación entre ansiedad por separación y la acomodación familiar. Esto coincide con lo que se observó en el caso único de Leo y su familia, se considera que la acomodación familiar estaba siendo un factor que mantenía la sintomatología del TAS, por ejemplo: había una niñera en casa que estaba designada para el apoyo de tareas de los hijos, sin embargo, Leo la tomó como una acompañante para sus actividades diarias como comer, cambiarse y jugar; los padres mantenía la conducta de ayudar en exceso a Leo en actividades como vestirse y bañarse; cuando Leo iba a asistir a un evento social con sus compañeros la madre se quedaba dentro del lugar para que Leo no estuviera solo; el tiempo de compartir entre padre e hijo se limitaba al uso de videojuegos y no se ampliaban las formas de convivencia, etc. Se considera que, el alto compromiso de los padres durante el tratamiento y las modificaciones que llevaron a cabo para no reforzar conductas de dependencia y evitación, fueron un factor clave para la mejoría de la sintomatología del TAS en Leo.

En otro sentido, Orgilés, et al., (2009), realizaron un estudio con el propósito de analizar la correlación entre los miedos escolares y la ansiedad por separación, definiendo la hipótesis de si los miedos escolares predicen la ansiedad por separación. Utilizaron una muestra de 178 niños de 8 a 11 años. Se concluyó que los miedos escolares y los síntomas de ansiedad por separación se asocian notablemente y los miedos escolares sí pueden predecir el TAS. Se concluyó que la ansiedad anticipatoria y, en menor medida, el miedo al malestar son las variables, referente al miedo escolar, que predicen con mayor precisión la ansiedad por separación. La correlación entre el miedo escolar y la ansiedad por separación coincide con el caso único en cuestión, ya que tanto los resultados del pre-test y post-test del IME-N y SAAS-C/P indican que ante la sintomatología aguda del TAS Leo presentaba más miedos escolares; más adelante, los miedos escolares disminuyeron en el post-test, al igual que bajaron los síntomas de ansiedad por separación. Por otro lado, la segunda conclusión del estudio no coincide con el resultado del caso único, ya que en el caso de Leo las subescalas más altas

durante el pre-test, en la escala de miedos escolares, fueron el miedo al malestar físico, el miedo a la evaluación social y el miedo al fracaso escolar, en cuarta posición con un PC de 89 se ubicó la ansiedad anticipatoria. Sin embargo, en el resultado del post-test la ansiedad anticipatoria marcó cero (0) y el miedo al malestar físico bajó a un puntaje medio, al igual que el miedo a la agresión a otros. Sin embargo, estas diferencias pueden deberse a las necesidades particulares que presentaba Leo.

La práctica de una intervención personalizada, bajo el enfoque de fidelidad y flexibilidad, invita a otros profesionales a atreverse a ser creativos cuando se trata de intervenciones con niños y adolescentes, confiar en la experiencia clínica, apegarse a la investigación, pero al mismo tiempo, dejarse guiar por el criterio clínico que va a permitir crear intervenciones cognitivo-conductuales que se adaptan a las necesidades y cultura del consultante. Una vez el profesional se apegue a los componentes principales de la intervención esto impactará positivamente en la efectividad del tratamiento.

6.1. Limitaciones y prospectiva

Este Trabajo de Fin de Máster cuenta con limitaciones importantes. Una de ellas es que se trata de un estudio de caso único, por lo que los resultados no pueden generalizarse para obtener conclusiones más robustas. El tiempo de aplicación del tratamiento fue limitado, se esperaba aplicar de 14 a 16 sesiones y debió concluirse con el pos-test a la doceava sesión, si bien ya se vislumbra que el paciente tiene un buen pronóstico hubiese sido importante concluir los objetivos terapéuticos para tener un resultado más apegado a la realidad de la efectividad del tratamiento. Otra limitante es que la versión del SCARED que se aplicó no es la más reciente, hubiese sido de beneficio aplicar la versión revisada que ya cuenta con criterios para identificar rasgos obsesivos compulsivos. Por otro lado, a manera de complementar la evaluación antes y después del tratamiento, hubiese sido interesante incluir un registro semanal de conductas de ansiedad por separación por parte de los padres y el colegio, lo que ayuda a delimitar el problema a tratar y tener más claro el progreso del paciente.

En cuanto a líneas futuras, sería pertinente aplicar intervenciones TCC personalizadas, bajo el enfoque de fidelidad y flexibilidad, a muestras significativas que permita tener resultados concluyentes sobre la efectividad del tratamiento frente a la aplicación de protocolos estándar. Tal y como lo menciona Stirman et al., (2017), hay poca evidencia sobre si los

protocolos personalizados sobresalen, respecto a efectividad, de los protocolos ya establecidos. Esto vale la pena, atendiendo a lo que Kendall y Frank (2018) postulan, que una vez se mantenga la fidelidad dentro de la flexibilidad, sigue siendo una práctica basada en evidencia científica.

En esta misma línea, se considera de valor correlacionar el efecto de otras variables como la alianza terapéutica y la personalidad del terapeuta en una intervención TCC personalizada y su efectividad en la población que se aplica. Autores explican que aún existe distancia para el acceso al tratamiento de TCC y la necesidad de identificar cuál es la mejor forma de aplicarlo de manera flexible, para así incrementar la personalización y aceptación (Kendall, et al., 2023). Esto también se apoya de análisis que plantean otros autores, como Beidas, et al., (2010), quienes sugieren formas de adaptar el Coping Cat, tomando en cuenta las diferencias individuales de los pacientes.

Finalmente, investigaciones futuras sobre si involucrar a los padres, que cuenten con características específicas en su personalidad o que tengan niveles de ansiedad de leves a moderados, en las sesiones terapéuticas de los niños con un rango de edad entre 5 y 7 años que padecen ansiedad por separación, incrementa la efectividad del tratamiento. Esto con el objetivo de orientar a la figura cuidadora a modificar conductas que mantienen la acomodación familiar, ya que esta es una variable que se correlaciona con mayores síntomas de ansiedad por separación (Phillips, et al., 2020). Esta adaptación en los programas puede favorecer a una reducción significativa de acomodaciones en el hogar e incrementar situaciones donde el niño tenga la habilidad de afrontar por sí solo, el cual es uno de los objetivos primordiales en ansiedad por separación (Kendall, et al., 2023).

De este trabajo realizado se destaca el enfoque de flexibilidad dentro de la fidelidad al hacer intervenciones terapéuticas, las adaptaciones argumentadas y con buen criterio clínico se mantuvieron en la línea de la evidencia científica, logrando resultados efectivos tras el tratamiento personalizado. Por tanto, las fortalezas de este estudio de caso único son un aporte al campo de la psicología infanto-juvenil, tanto en la práctica clínica como en la ciencia, e impulsa a que las investigaciones futuras sigan construyendo sobre el marco de la flexibilidad dentro de la fidelidad, orientado a formar clínicos creativos, no técnicos.

Referencias bibliográficas

- Albano, A. (2020, marzo). *Cómo criar a los niños para que superen la ansiedad* [Video]. TED. https://www.ted.com/talks/anne_marie_albano_how_to_raise_kids_who_can_overcome_anxiety/transcript?language=es
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. (5.ª ed., texto rev.). Editorial Médica Panamericana.
- Ardiaca, C. (2016). *Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: análisis de las propiedades psicométricas del SCARED y del CASI-N en población infanto-juvenil madrileña* [Tesis doctoral, UCM]. Docta Complutense. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/27132>
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad por separación, rechazo escolar y fobia escolar*. Universidad de Barcelona.
- Beidas, R., Benjamin, C., Puleo, C., Edmunds, J. y Kendall, P. (2010). Flexible Applications of the Coping Cat Program for Anxious Youth. *Cogn Behav Pract*, 17(2), 142-153. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.11.002>
- Bilbao, A. (2015). *El cerebro del niño explicado a padres*. Plataforma Editorial.
- Bunge, E., Gomar, M., Mandil, J. (2016). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: aportes técnicos*. AKADIA.
- Campodónico, N. (2022). El impacto del COVID-19 en el campo de la salud mental en América Latina y España: una revisión sistemática. *Calidad de Vida y Salud*, 15(1), 53-79.
- Clarck, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. DESCLÉE DE BROUWER.
- Clarck, L. (2009). *SOS Ayuda con las Emociones: Cómo manejar la ansiedad, la ira y la depresión*. SOS PROGRAMS & PARENTS PRESS.
- Crawley, S., Caporino, N., Birmaher, B., Ginsburg, G., Piacentini, J., Albano, A., Sherrill, J., Sakolsky, D., Compton, S., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., March, J., Walkup, J. y Kendall, PC. (2014). Somatic complaints in anxious youth. *Child Psychiatry Hum Dev*, 45(4), 398-407. <https://doi.org/10.1007/s10578-013-0410-x>

- Delgado, B. (Coord.). (2009). *Psicología del desarrollo: desde la infancia a la vejez*. Mc.GrawHill.
- Deangelis, T. (2022, octubre 1). Treating Child and Teen Anxiety. *Monitor en Psicología*, 53 (7), 38-43.
- Díaz-Kuaik, I. (2019, mayo). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16 (1), 42-50. <http://dx.doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. y del Barrio, V. (2015). *Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: Manual de aplicación, corrección e interpretación*. TEA.
- Fernández-Hermida, J. & Villamarín-Fernández, S. (Eds.) (2021). *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil* (vol. 1). Consejo General de la Psicología de España.
- Friedberg, R. y McClure, J. (2011). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos esenciales*. PAIDOS
- Ginsburg, G., Becker, E., Keeton, C., Sakolsky, D., Piacentini, J., Albano, A., Compton, S., Iyengar, S., Sullivan, K., Caporino, N., Peris, T., Birmaher, B., Rynn, M., March, J., y Kendall, PC. (2014). Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 310-318. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4186>
- Gordillo, F., Mestas, L., Pérez, M.A. y Arana, J.M. (2020). Una breve historia sobre el origen de las emociones. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 10(19), 20-27.
- Higa-McMillan, C., Francis, S., Rith-Najarian, L., y Chorpita, B. (2016) Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1046177>
- Ishikawa, S-i., Romano, M., y Hudson, J. (2022). A comparison of interactions among children, parents, and therapists in cognitive behavior therapy for anxiety disorders in Australia and Japan. *Behavior Therapy*, 53(1), 34-48. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.05.008>

- Kendall, P. y Frank, H. (2018). Implementing evidence-based treatment protocols: Flexibility within fidelity. *Clin Psychol (New York)*, 25(4), e12271. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12271>
- Kendall, P. y Hedtke, K. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*. (3ª Ed.). Ardmore, PA: workbook publishing.
- Kendall, P. y Kosovsky, R. (2010). *Tratamiento Cognitivo-Conductual para Trastornos de Ansiedad en niños: manual para el terapeuta*. AKADIA.
- Kendall, P., Ney, J., Maxwell, C., Lehrbach, K., Jakubovic, R., McKnight, D. y Friedman, A. (2023). Adapting CBT for youth anxiety: Flexibility, within fidelity, in different settings. *Front Psychiatry*. 1(14), 1067047. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1067047>
- Kendall, P., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., y Webb, A. (2004). Child Anxiety Treatment: Outcomes in Adolescence and Impact on Substance Use and Depression at 7.4-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 276–287. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.276>
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de Depresión Infantil*. TEA EDICIONES.
- Mandil, J. (2019). *Herramientas en psicoterapia con niños y adolescentes*. AKADIA.
- Méndez, F., Orgilés, M. y Espada, J. (2008). *Ansiedad por separación: psicopatología, evaluación y tratamiento*. EDICIONES PIRÁMIDE.
- Núñez, L., Capella, C., Midgley, N. y Krause, M. (2022). The therapeutic relationship as a change mechanism in child psychotherapy: a qualitative study of children, parents, and therapists' views in different moments of the process. *Studies in Psychology*, 43(3), 666-687. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2127233>
- Olivares, J. (2010). *El niño con miedo a hablar*. PIRÁMIDE.
- Orgilés, M., Espada, J. y Méndez, X. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema*, 20(3), 383-388.
- Orgilés, M., Espada, J. P., García Fernández, J. M., Méndez, X., & Hidalgo, M. D. (2010). Situaciones más temidas en la infancia tardía relacionadas con la ansiedad por

separación y sus características en función de la edad y el sexo. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 27(1), 80–85.

Orgilés, M., Espada, J., García-Fernández, J. y Méndez, X. (2009). Relación entre miedos escolares y síntomas de ansiedad por separación infantil. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1), 17-25.

Orenes, M. (2015). Evaluación de la Ansiedad por Separación y Prevención Escolar de las Dificultades Emocionales: [Tesis doctoral, UM]. DIGITUM. <http://hdl.handle.net/10201/45891>

Organización Mundial de la Salud. (junio, 2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (septiembre, 2023). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Palmero, F. y Martínez-Sánchez, F. (Coords.). (2008). *Motivación y Emoción*. McGraw Hill.

Papalia, D., Feldman, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. McGraw Hill.

Pérez, N. y Castaño, E. (2013, octubre). Ansiedad de separación y miedos escolares en niños y niñas de seis años. *Apuntes de Psicología*, 31(3), 299-306.

Phillips, K., Norris, L., y Kendall, PC. (2020). Separation Anxiety Symptom Profiles and Parental Accommodation Across Pediatric Anxiety Disorders. *Child Psychiatry Hum Dev*, 51(3), 377-389. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00949-7>

Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. y Olivares, J. (2002). Ansiedad Generalizada, Ansiedad por Separación y Fobia Escolar: el predominio de la terapia cognitivo conductual. *Psicología Conductual*, 10(3), 503-521.

Scaini, S., Rossi, F., Rapee, R., Bonomi, F., Ruggiero, G. e Incerti, A. The Cool Kids as a School-Based Universal Prevention and Early Intervention Program for Anxiety: Results of a Pilot Study. (2022). *Int J Environ Res Public Health*. 14; 19(2), 941. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020941>

Shear, K., Jin, R., Ruscio, AM., Walters, EE. y Kessler, RC. (2006, junio). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the

- National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163(6), 1074-83. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.1074>
- Stirman, S., Gamarra, J., Bartlett, B., Calloway, A. y Gutner, C. (2017). Empirical Examinations of Modifications and Adaptations to Evidence-Based Psychotherapies: Methodologies, Impact, and Future Directions. *Clin Psychol (New York)*, 24(4), 396-420. <https://doi.org/10.1111/cpsp.1228>
- Strawn, J., Lu L, Peris, T., Levine, A. y Walkup, J. (2021). Research Review: Pediatric anxiety disorders - what have we learnt in the last 10 years?. *J Child Psychol Psychiatry*, 62(2), 114-139. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13262>
- Velásquez, B., Calle-M, M. y Remolina De Cleves, N., (2006). Teorías neurocientíficas del aprendizaje y su implicación en la construcción de conocimiento de los estudiantes universitarios. *Tabula Rasa*, 5, 229-245.
- Walkup, J., Albano, A., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S., Sherrill, J., Ginsburg, G., Rynn, M., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J. y Kendall, P. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2753-66. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804633>
- Wehry, A., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M., Connolly, S., Strawn, J. (2015) Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 17(7), 52. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0591-z>

Anexo A. Autorización del centro para realización de TFM



Autorización del centro para realización de Trabajo Fin de Grado/Máster

Con la presente, yo, Nathalyn Ancha Cruz Cruz con
DNI 260305774016 como representante de la clínica propia y privada,
declaro que:

Utilizaré un caso de paciente actual para la realización del Trabajo Fin de Máster que
lleva por título:

Aplicación de Terapia Cognitiva-Conductual en
un niño de 7 años con problemas de ansiedad.
y doy la autorización para ello.

Fecha, nombre del centro, sello y firma:

Nathalyn Cruz
PSICÓLOGA CLÍNICA
COLEGIADO 5318

23, octubre 2023

Clínica propia y privada,
ciudad de Guatemala.

Anexo B. Compromiso de Confidencialidad de Datos

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA LOS ALUMNOS QUE RECOGEN DATOS DE CARÁCTER PERSONAL PARA EL DESARROLLO Y DEFENSA DE SU TRABAJO DE FIN DE MÁSTER E INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El abajo firmante, D./Dña. Nathalyn Cruz, con DNI 2603057740116 y estudiante matriculado en la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, S.A. (en adelante, "UNIR") en relación con los datos de carácter personal que va a recoger para el desarrollo y defensa de su Trabajo de Fin de Máster, se somete y compromete, en relación con el centro donde realizará la recogida de datos (en adelante, el "Centro") clínica privada de psicología, ciudad de Guatemala y con UNIR, a las siguientes previsiones:

1. No revelar, a persona alguna ajena al Centro, sin su consentimiento, la información a la que haya tenido acceso, excepto en el caso de que ello sea necesario para dar debido cumplimiento a obligaciones impuestas por las leyes o normas que resulten de aplicación, o sea requerido para ello por mandato de la autoridad competente con arreglo a derecho. Del mismo modo, se exceptúa de la presente previsión la utilización de los datos de los pacientes del Centro con la única finalidad de utilizar los mismos en el Trabajo de Fin de Máster anteriormente citado. En ningún caso, se permitirá la utilización del nombre y apellidos de los pacientes y/o participantes, ni siquiera en el supuesto de que únicamente se indiquen las iniciales.
2. No utilizar la información a la que tenga acceso durante la recogida de datos en el Centro, y no disponer de ella de ninguna otra forma o con otra finalidad que no sea utilizar la misma en el Trabajo de Fin de Máster que el estudiante realice en el marco del curso en el que se encuentra matriculado en UNIR, así como la exposición de tal Trabajo.
3. No utilizar en forma alguna, cualquier otra información a la que hubiese podido acceder y que no sea necesaria para el desarrollo de su Trabajo Fin de Máster.
4. Cumplir, en el desarrollo de la recogida de datos en el Centro, así como en relación con la realización del Trabajo de Fin de Máster para con UNIR, la normativa vigente, nacional y comunitaria, relativa a la protección de datos de carácter personal y, en particular, el Reglamento (UE) 2016/679, aprobado por el Parlamento Europeo y disposiciones complementarias o cualquier otra norma que las sustituya en el futuro, así como la normativa española aplicable en materia de propiedad intelectual.
5. Cumplir los compromisos anteriores incluso después de finalizar la recogida de datos realizada en el Centro y terminada la relación con UNIR.
6. Cumplir la política de privacidad y seguridad implantada por el Centro.

El abajo firmante se hace responsable frente al Centro y frente a UNIR, así como frente a terceros de cualquier daño que pudiera derivarse para unos y otros del incumplimiento de los compromisos anteriores y resarcirá al Centro y a UNIR de las indemnizaciones, sanciones o reclamaciones que se vean obligados a satisfacer como consecuencia de dicho incumplimiento.

NOMBRE Y APELLIDOS: Nathalyn Cruz Cruz

DNI: 260305774 0116

FIRMA:



Anexo C. Aprobación del Estudio por el Comité de Ética

INFORME DE VALORACIÓN DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

La Comisión de investigación de TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFM titulado **Aplicación de Terapia Cognitiva Conductual en un niño de 7 años con problemas de ansiedad** presentado por Dña. **Nathalyn Andrea Cruz Cruz** en el que consta como autora, ha sido valorado en Madrid a fecha del día 28 de noviembre de 2023.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE**.

Firmado. Comisión TFM.
Facultad Ciencias de la Salud.



Madrid, a 28 de noviembre de 2023

Anexo D. Consentimiento informado para padres



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE UN MENOR

Título del Programa:

"Aplicación de Terapia Cognitiva Conductual en un niño de 7 años con problemas de ansiedad"

Estudiante de Trabajo Final de Estudio (TFE):

Nathalyn Andrea Cruz Cruz

Lugar de realización:

Clínica privada de psicología, ciudad de Guatemala

Introducción:

Antes de dar consentimiento para participar en este estudio, es importante leer y entender la siguiente explicación. El documento describe el objetivo, procedimientos, beneficios y riesgos del estudio, las alternativas disponibles, y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, lo cual no afectaría al tratamiento que está recibiendo su hijo.

Según la literatura, los trastornos de ansiedad son de los principales motivos de consulta de los niños en edad escolar, lo que afecta a la adaptación social, educativa y, por consiguiente, impacta en el desarrollo evolutivo de quien lo padece. Por otro lado, la ausencia de diagnóstico y tratamiento basado en la evidencia científica puede influir en que se mantengan y agraven estos problemas durante el desarrollo, por lo que la detección y atención temprana de las dificultades de ansiedad es importante. Por este motivo es relevante aplicar un tratamiento para la problemática de su hijo y medir su efectividad.

Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar cualquier duda que se le plantee al respecto.

Propósito del estudio:

Desarrollar una intervención terapéutica cognitiva conductual para la reducción de sintomatología de ansiedad en un niño de siete años.

Procedimientos/explicación del estudio:

Con este objetivo, solicitamos el permiso de los padres para que, el caso de su hijo sea utilizado durante el trabajo final de estudio del Máster Universitario en Intervención Psicológica en Niños y Adolescentes, por parte de la estudiante.

El procedimiento implica que, después de haber identificado el diagnóstico o problema en cuestión de su hijo, se lleve a cabo una intervención terapéutica bajo el modelo cognitivo conductual enfocado en disminuir la sintomatología de ansiedad y promover una mejor adaptación de él en su ambiente. El proceso terapéutico es importante que se lleve a cabo durante un mínimo de 3 meses con la frecuencia de citas que sea acordada entre los padres y la profesional, según la necesidad clínica que vaya presentando el caso. Durante el procedimiento se aplicarán pruebas pretest y posttest que permitan tener una comparativa de los resultados sobre la efectividad del tratamiento, los cuales serán compartidos con los padres.

Riesgos/beneficios:

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro a niños con estos trastornos. A la vez, se resalta que la profesional tiene el compromiso de cumplir los objetivos terapéuticos que ya se han planteado en reuniones previas, los cuales responden al motivo de consulta que los padres presentaron en la primera entrevista. Por tanto, el curso de tratamiento que se ha iniciado continúa de la misma manera, cualquier cambio a llevarse a cabo será en base al criterio clínico y las necesidades de la familia y su hijo. Es de prioridad buscar la mejoría de la sintomatología ansiosa del menor y promover su cuidado y salud mental.

No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio, salvo el cansancio que puede conllevar la asistencia constante a los encuentros terapéuticos para garantizar la evolución del tratamiento.

Confidencialidad:

Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales. Algunos de estos datos son de carácter general, como, por ejemplo, la fecha de nacimiento de su hijo y sexo; otros están relacionados con la salud, por ejemplo, su historia clínica, su estado físico y mental, referidos en ocasiones como datos personales. La recogida y tratamiento de dichos datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad.

Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima. Sólo su psicóloga podrá establecer la relación entre los datos recogidos en el estudio y su historia clínica.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales.

Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

Alternativas a la participación:

Su participación es completamente voluntaria.

Participación voluntaria / Derecho a retirarse del estudio

Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y la ley Orgánica 3/2018, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

Nombre del participante: Caso L.

Nombre del estudiante: Nathalyn Cruz



Firma del padre o madre del participante

He leído y comprendido este consentimiento informado.

La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.



Firma del estudiante

23 octubre 2023

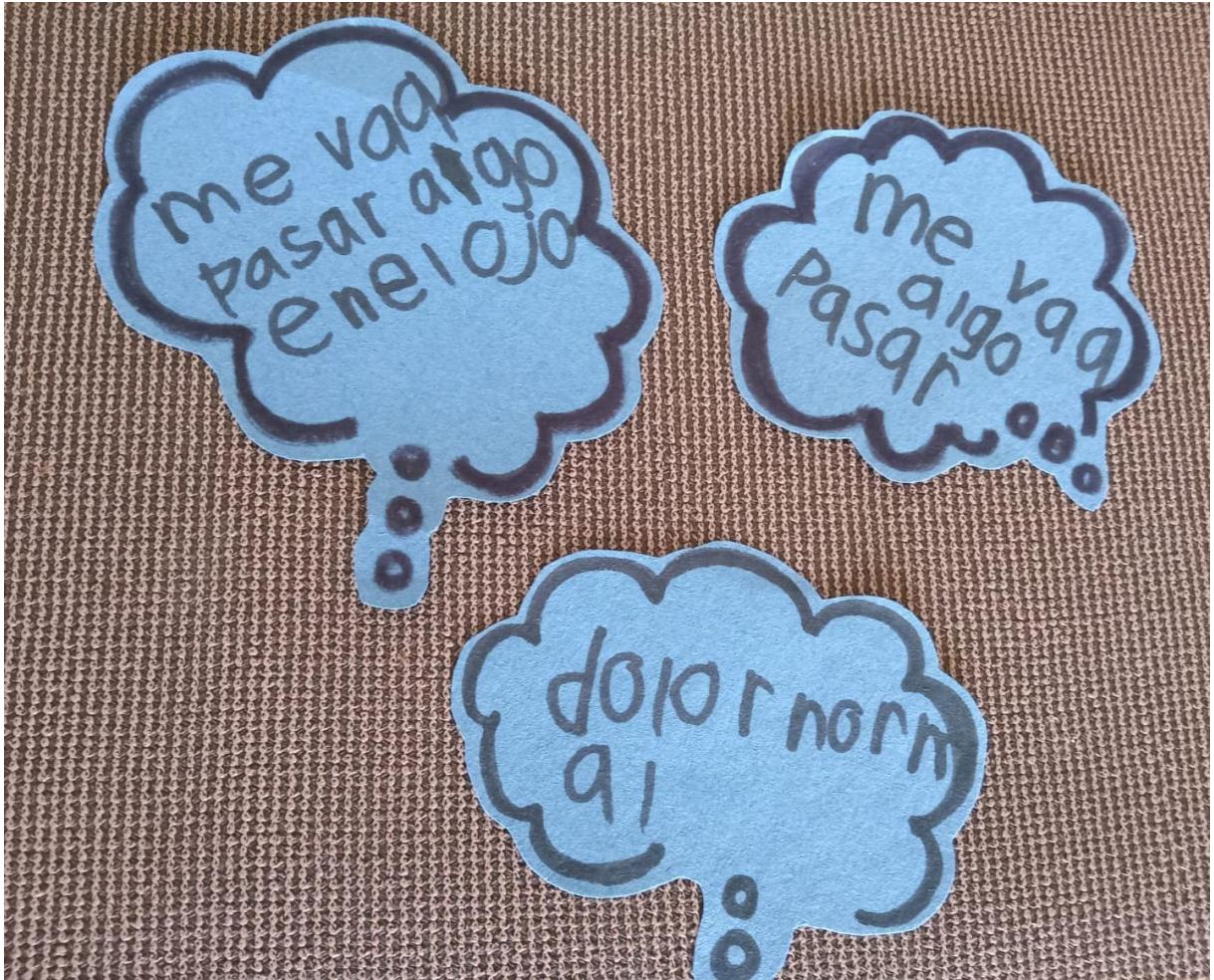
Fecha

NOTA: Se harán dos copias del consentimiento informado: una será para el estudiante TFE y la última para el participante o sus familiares.

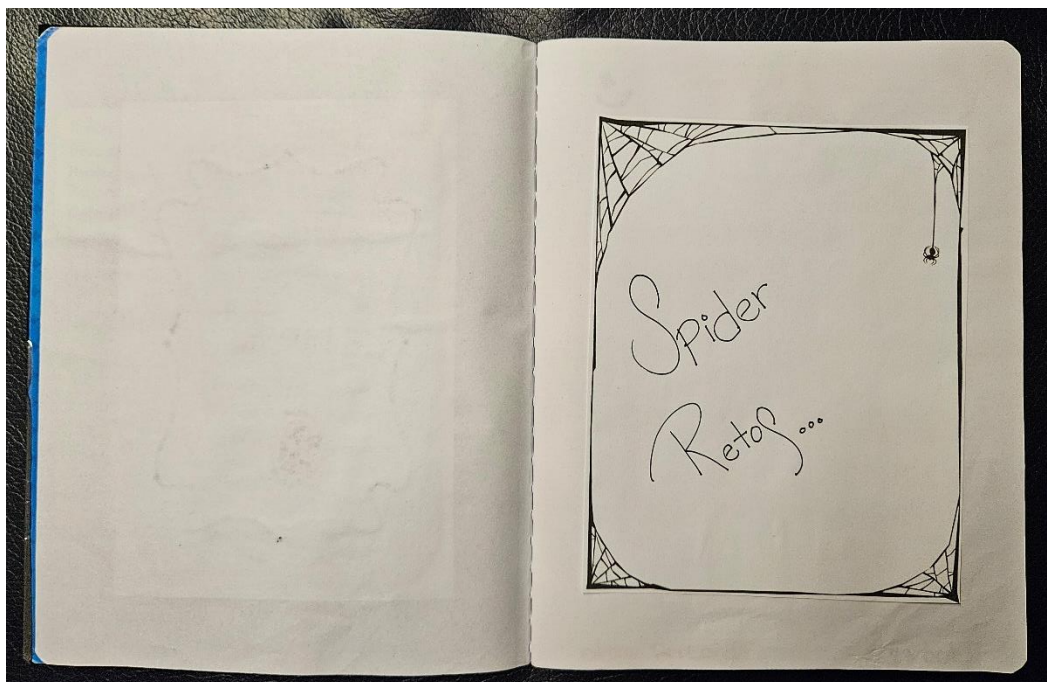
Anexo E. Ejemplificar qué hace un psicólogo



Anexo F. Miedos de Leo



Anexo G. Cuaderno de Spider-Retos



Anexo H. Fichas de Spider Man



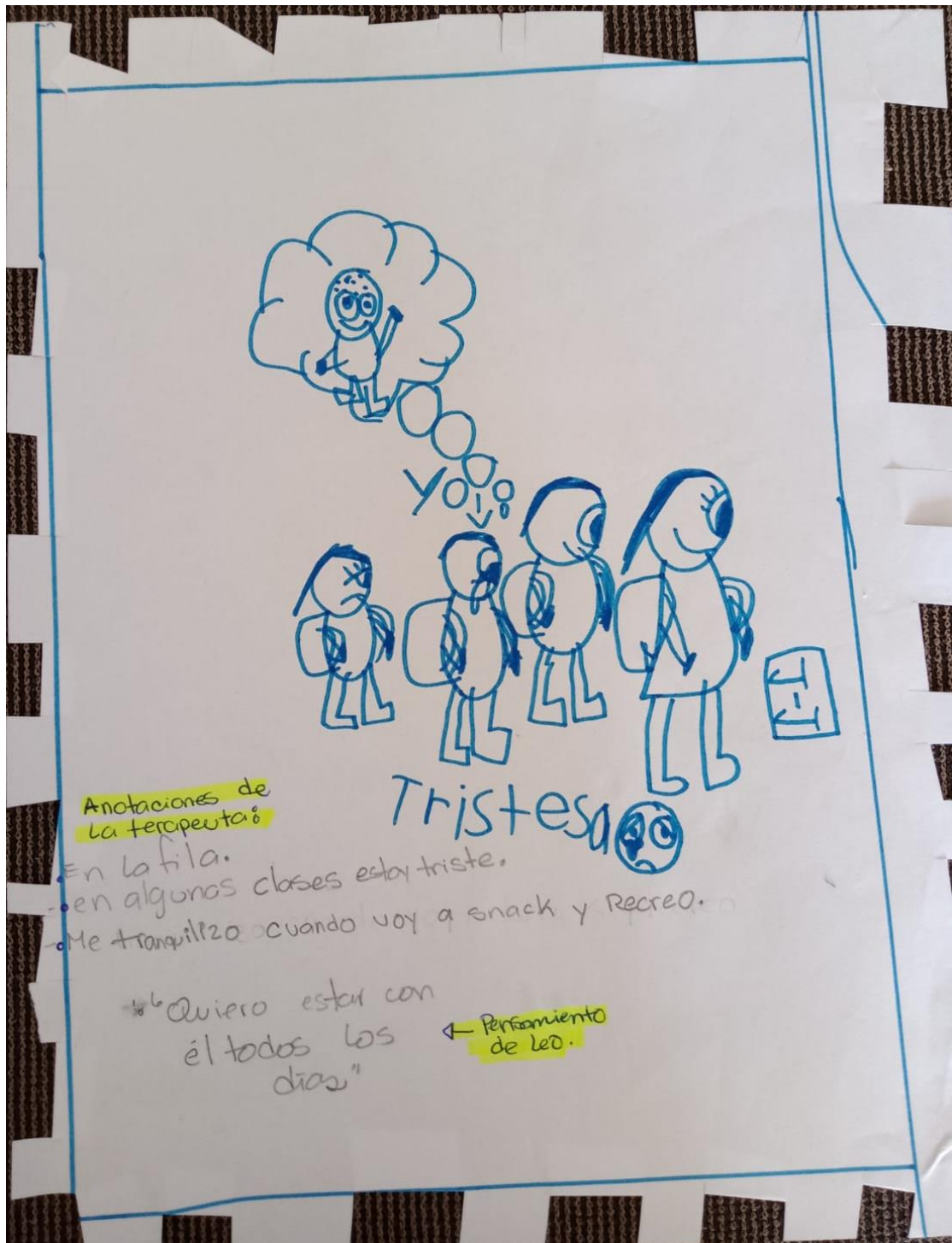
Anexo I. TEDMED



Cómo criar a los niños para que superen la ansiedad

581,201 views | Anne Marie Albano | TEDMED 2020 • March 2020

Anexo J. Dibujo de Leo en la fila del colegio



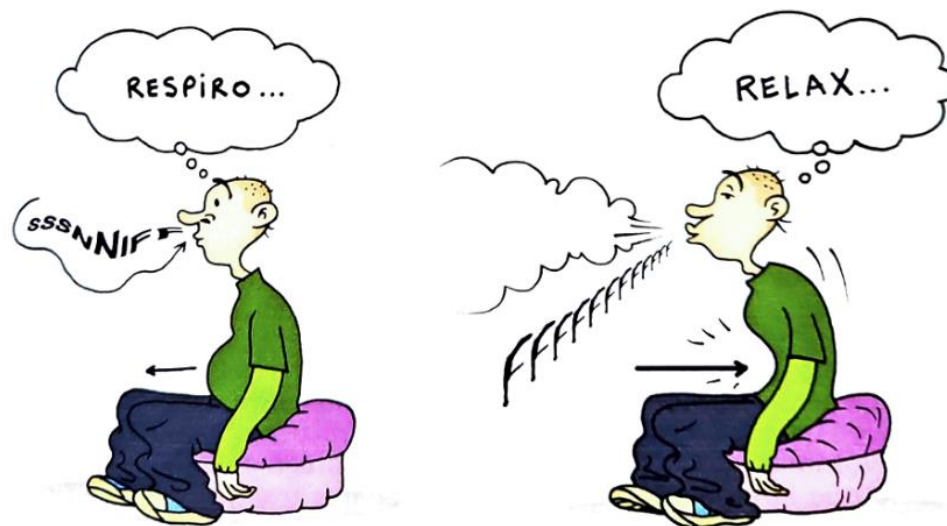
Anexo K. Pasos para relajarte

Enfrentando miedos, nervios y ansiedad

143

pasos para relajarte¹

- 1) Hacé que tu cuerpo se ponga blandito, como si fuese un muñeco de trapo. Los brazos tienen que estar como colgando, bien blanditos, como si el viento pudiese moverlos.
- 2) Respirá profundamente, llevando el aire a la panza. Imaginate que esta es como un globo, a la que podés inflar. ¿Sentís cómo se hincha?
- 3) Pensá una palabra que te guste, que te tranquilice y decítela a vos mismo mentalmente, antes de largar el aire. Te damos algunas ideas que le sirvieron a otros chicos: "tranqui", "basta", "despacio", "relax".
- 4) Largá todo el aire por la boca y sentí como tus músculos siguen relajados, cada vez más blanditos. Esperá un poquito y volvé a respirar, repetí el proceso por 5 minutos más o menos.

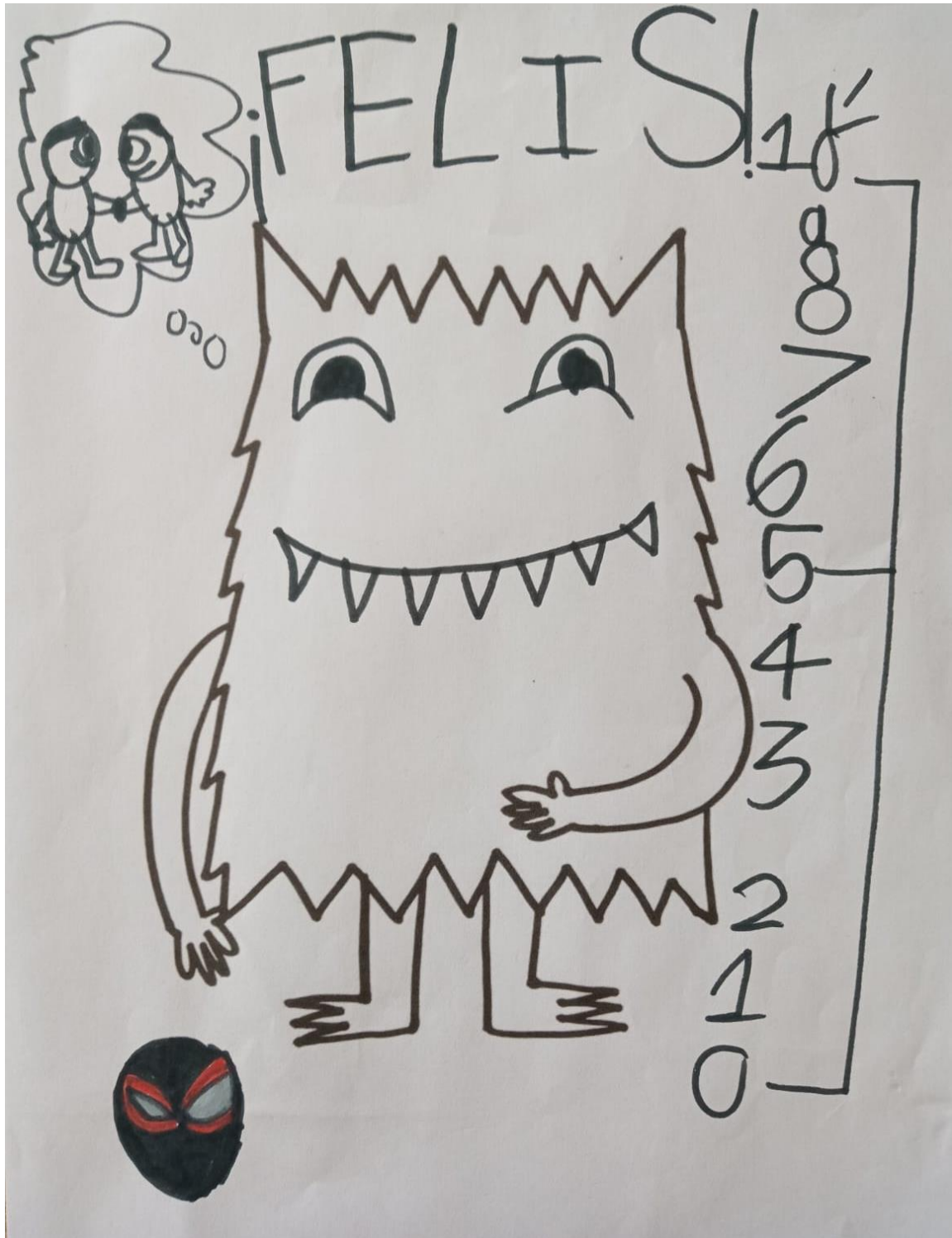


¹ Se presenta la relajación con respiración diafragmática, también puede ser útil una versión simplificada de la relajación progresiva de Jacobson, E. (1983). Progressive Relaxation. Chicago: University Of Chicago Press.

Anexo L. Monstruo de Colores



Anexo M. Emoción de la semana, sesión 4



Anexo N. Libro Yo me Pregunto Las Emociones



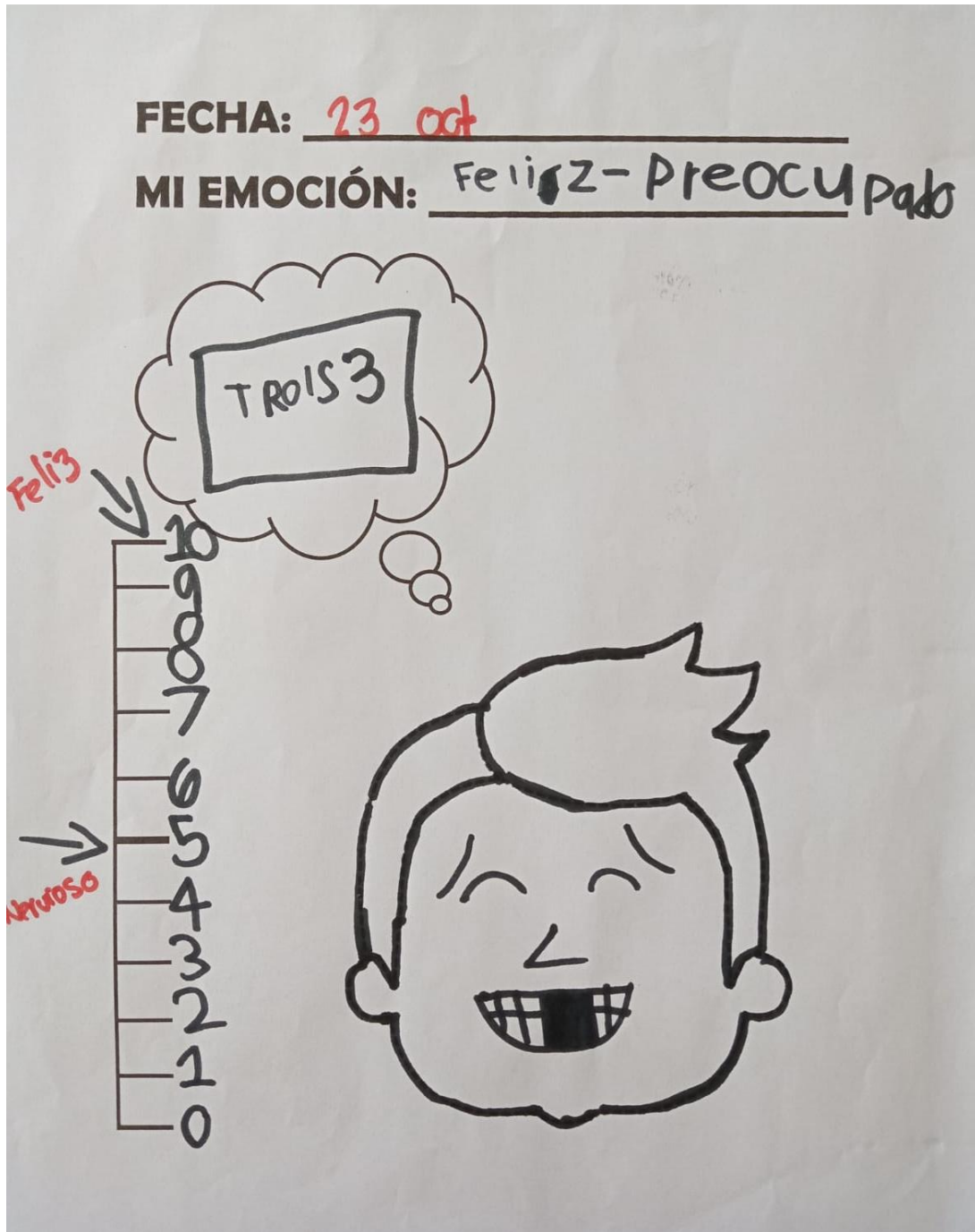
Anexo P. Ejercicio Qué Aprendí, sesión 4



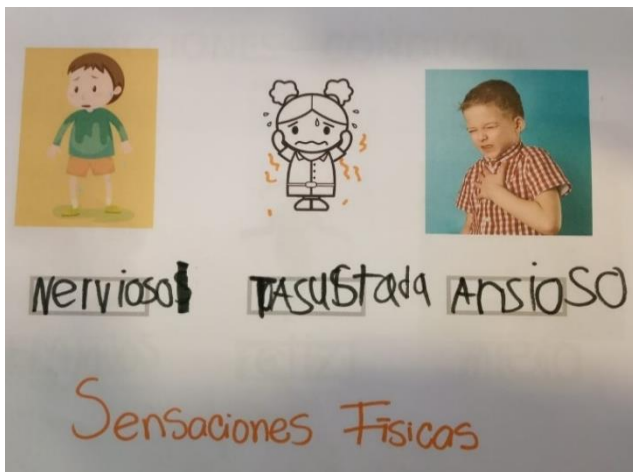
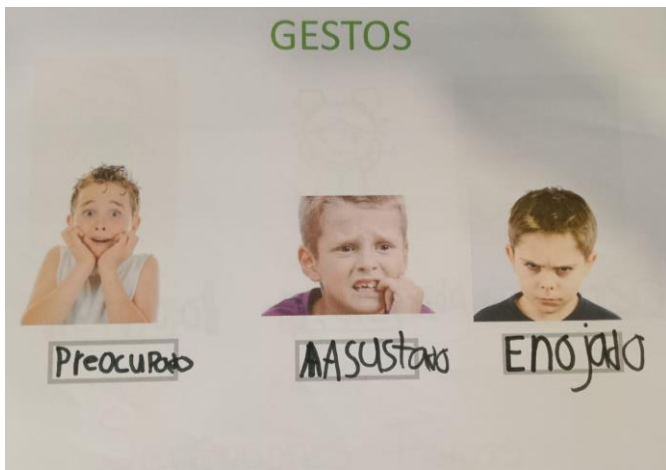
Anexo Q. Revisión del Spider-Reto, sesión 5



Anexo R. Emoción de la semana, sesión 5



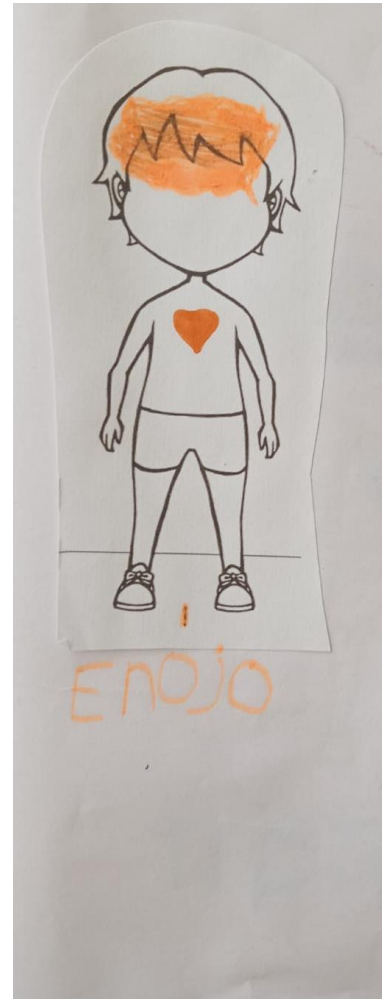
Anexo S. Educación emocional, sesión 5



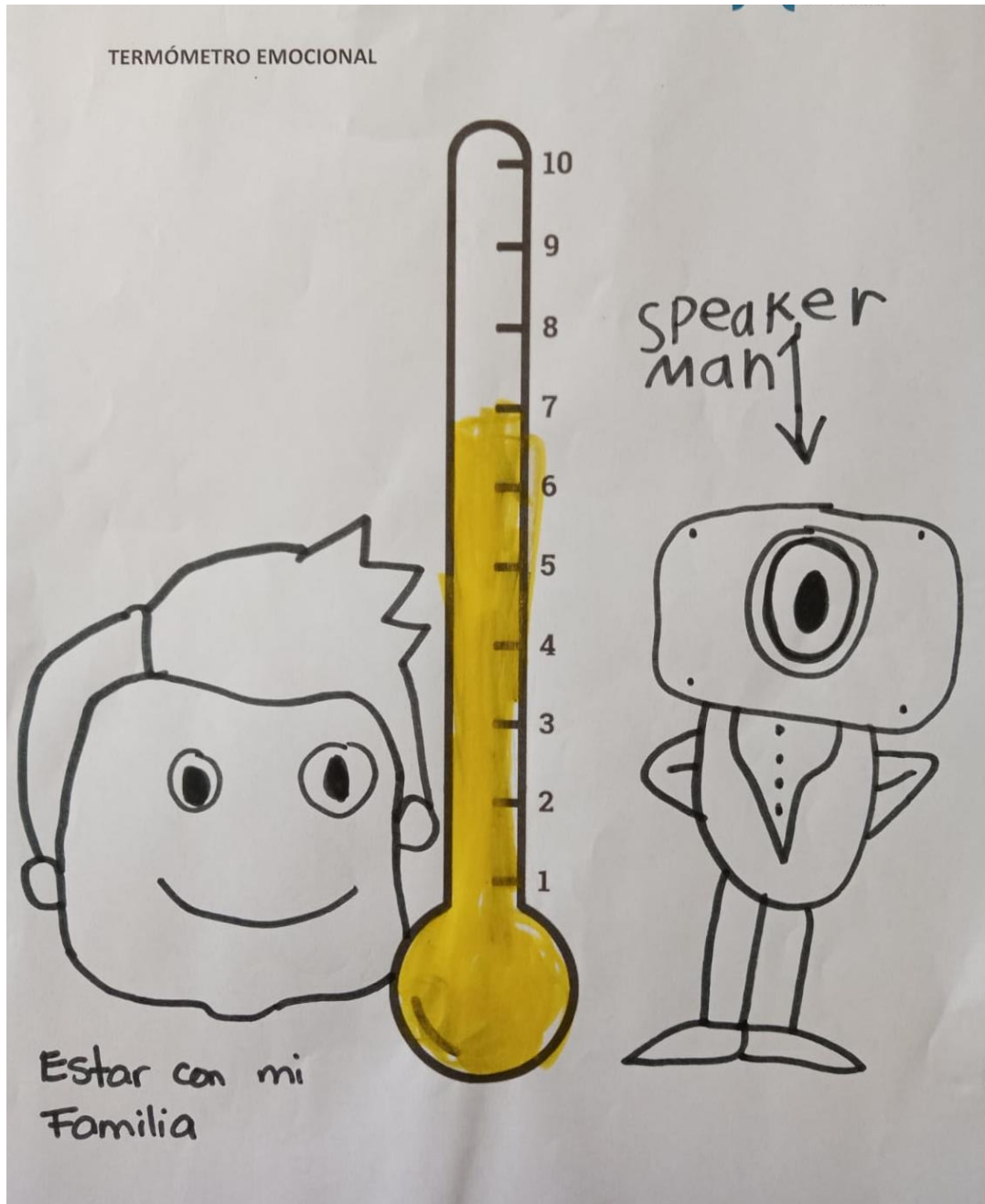
LO QUE DICE – PENSAMIENTOS



Anexo U. Revisión del Spider-Reto, sesión 6



Anexo V. Emoción de la semana, sesión 6



Anexo W. Alarma de la ansiedad

111

¿Dónde siento la ansiedad?

Cada uno siente la ansiedad en distintas partes del cuerpo.
A continuación te mostramos un niño con algunas de las sensaciones posibles.



¿Podés dibujarte y marcar donde sentís la ansiedad?

Anexo X. Educación emocional, sesión 6

112

Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes: Aportes Técnicos

Por qué sentimos ansiedad

Observá el dibujo a continuación y contáanos por qué este niño se siente ansioso

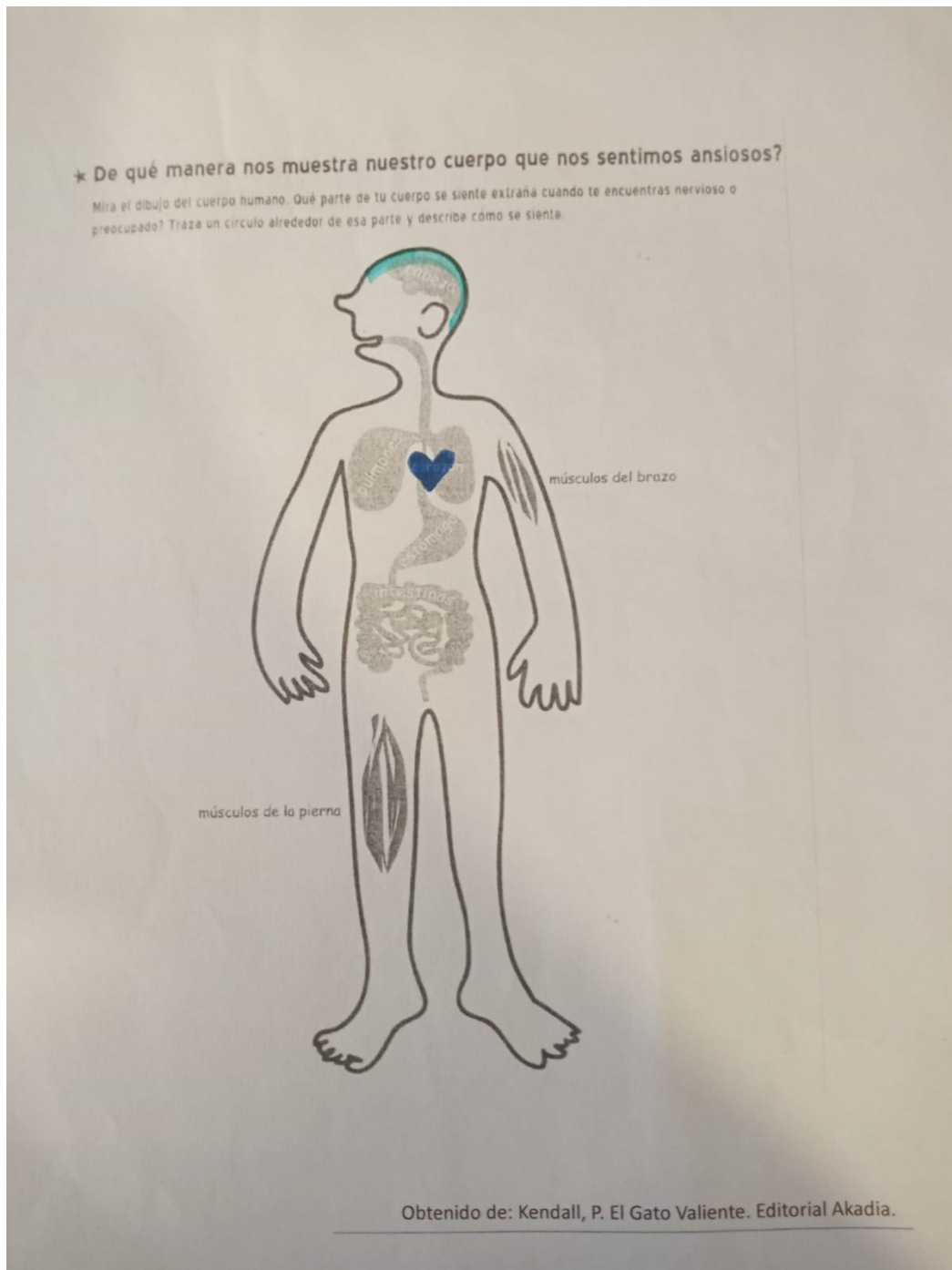


¿A QUÉ LE TEME ESTE NIÑO?
¿AL PERRO O A LO QUE PIENSA DEL PERRO?

¿Se siente ansioso porque:

- el perro es peligroso?
- se **IMAGINA** que es peligroso?

Anexo Y. Dónde siente la ansiedad



Anexo Z. Ejercicio Qué Aprendí, sesión 6

HOY APRENDÍ QUE...



Anexo AA. Emoción de la semana, sesión 7

#1

MI EMOCIÓN: preocupación y Ansiedad

Tengo una astilla
no me la voy
a poder sacar,
el dedo se me
va a explotar!

20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Anexo BB. Ejercicio de león feroz y león bebé

Enfrentando miedos, nervios y ansiedad

117

“Cómo agrandamos los PELIGROS y achicamos nuestros RECURSOS”

¿Que pensarías y sentirías si te encontraras con este LEON?



Ahora ¿si ese LEON estuviese en su jaula, tendrías tanto miedo?



¿Y si además tuvieras un escudo?



¿Y una escopeta?



¿y si te acompañara el guardia del zoológico?



¿O si fuese de juguete?



Anexo CC. Pensamientos alternativos

#2

MI EMOCIÓN: Tranquilo

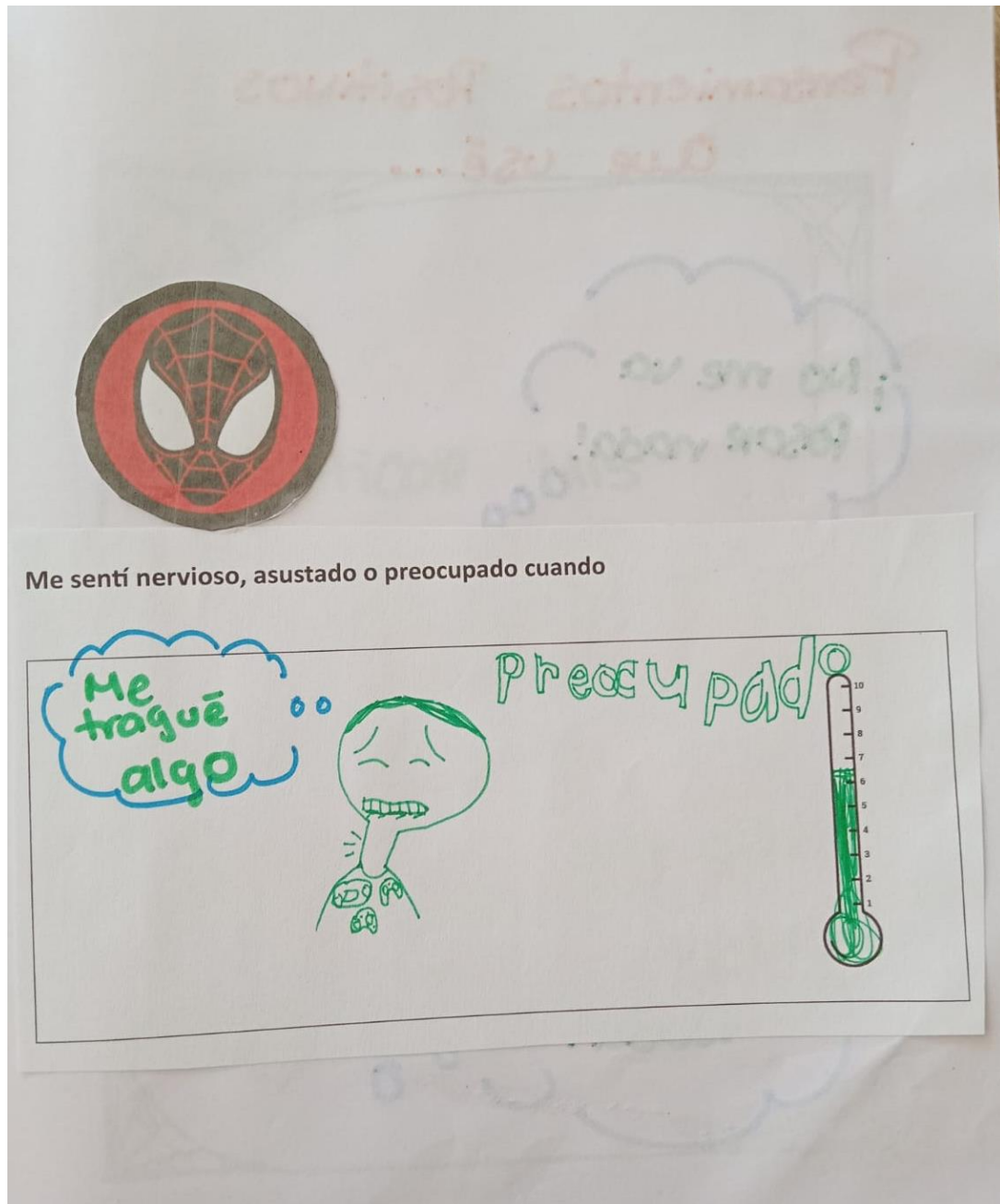
Y si tengo una Astilla...

1. Le cuiso a mamá
2. Me la sacan con Pinzas

Nada me va a pasar

NO rma

Anexo DD. Revisión del Spider-Reto, sesión 9



Anexo EE. Situaciones de león feroz Vs. León de juguete



118 Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes: Aportes Técnicos

- Muchas veces agrandamos los peligros y leones que son de juguete, pensamos que son reales.
- También nos puede pasar que nos olvidamos de todos nuestros recursos para afrontar los problemas como las rejas que encierran al león, el escudo, la escopeta, el guardia que nos acompaña.
- A continuación te mostramos unos ejemplos y cómo trabajar para no agrandar los peligros ni achicar nuestros recursos

“Cómo agrandamos los peligros ...”

¿Cuántas veces te imaginás que el león te iba a morder y en realidad es un león de juguete?

A continuación tenés un ejemplo de Matías de 11 años que describió algunas situaciones donde sentía mucho miedo y la situación terminó siendo mucho más sencilla de lo que él pensaba.

Leones que pensaba que eran salvajes	Leones que resultaron de juguete
 (Lo que pensaba antes)	 (Lo que realmente pasó)
Escuché un ruido: “Me van a acuchillar”	Era una botella caída
Sonó la alarma: “un ladrón”	Mi hermana es sonámbula
“Alguien entró antes de haber puesto la alarma”	No había nadie
La luz titilaba: “Me voy a quedar a oscuras”	Mi prima estaba jugando con la luz
Ruidos en la reja: “alguien quiere entrar”	Era mi perro

Anexo FF. Situación ficticia de Matías

120

Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes: Aportes Técnicos

“Cómo achicamos nuestros recursos”

¿Cuántas veces tenés un problema y te olvidás de todas las cosas que te pueden ayudar a afrontarlo?

Mirá este ejemplo que completa Matías

Situación: escucho un ruido afuera de mi cuarto.

¿Qué era lo que pensabas? Entró un ladrón

Escribí todos los recursos que tuviste o tenés para afrontar esa situación:

1. hubiese hecho un ruido tremendo al entrar.
2. el perro lo hubiese escuchado.
3. lo verían los vecinos.
4. sonarían las alarmas.
5. tendría que romper las cerraduras.
6. tendría que ser tonto para elegir esta casa.
7. cuando hay gente es menos probable que quieran entrar.
8. los rateros no suelen hacer nada.

Tu turno:

Pensá en alguna situación que te resulte problemática y con la ayuda de la siguiente ficha intenta ver todos los recursos que no estás teniendo en cuenta.

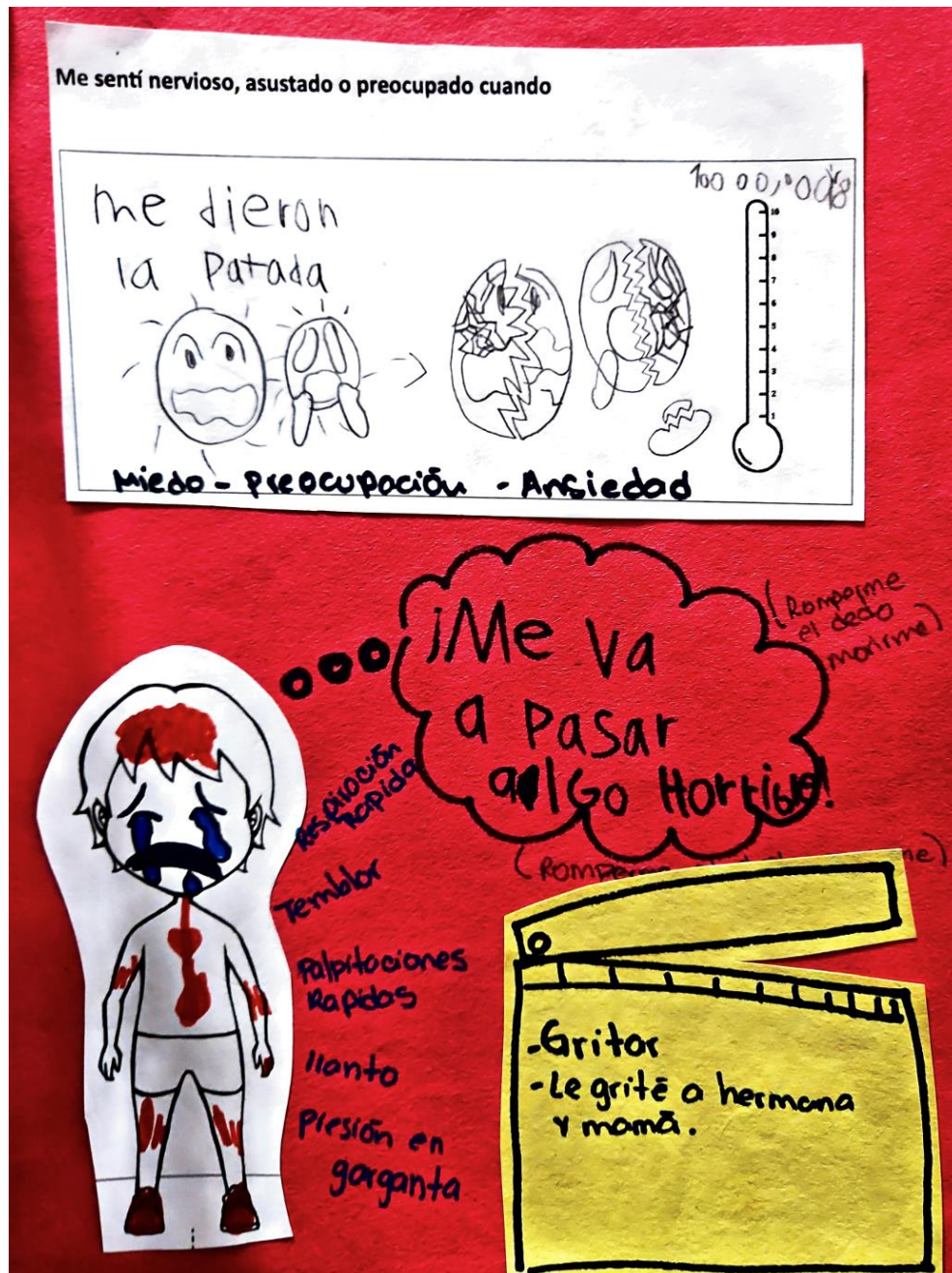
Anexo GG. Ejercicio Qué Aprendí, sesión 9



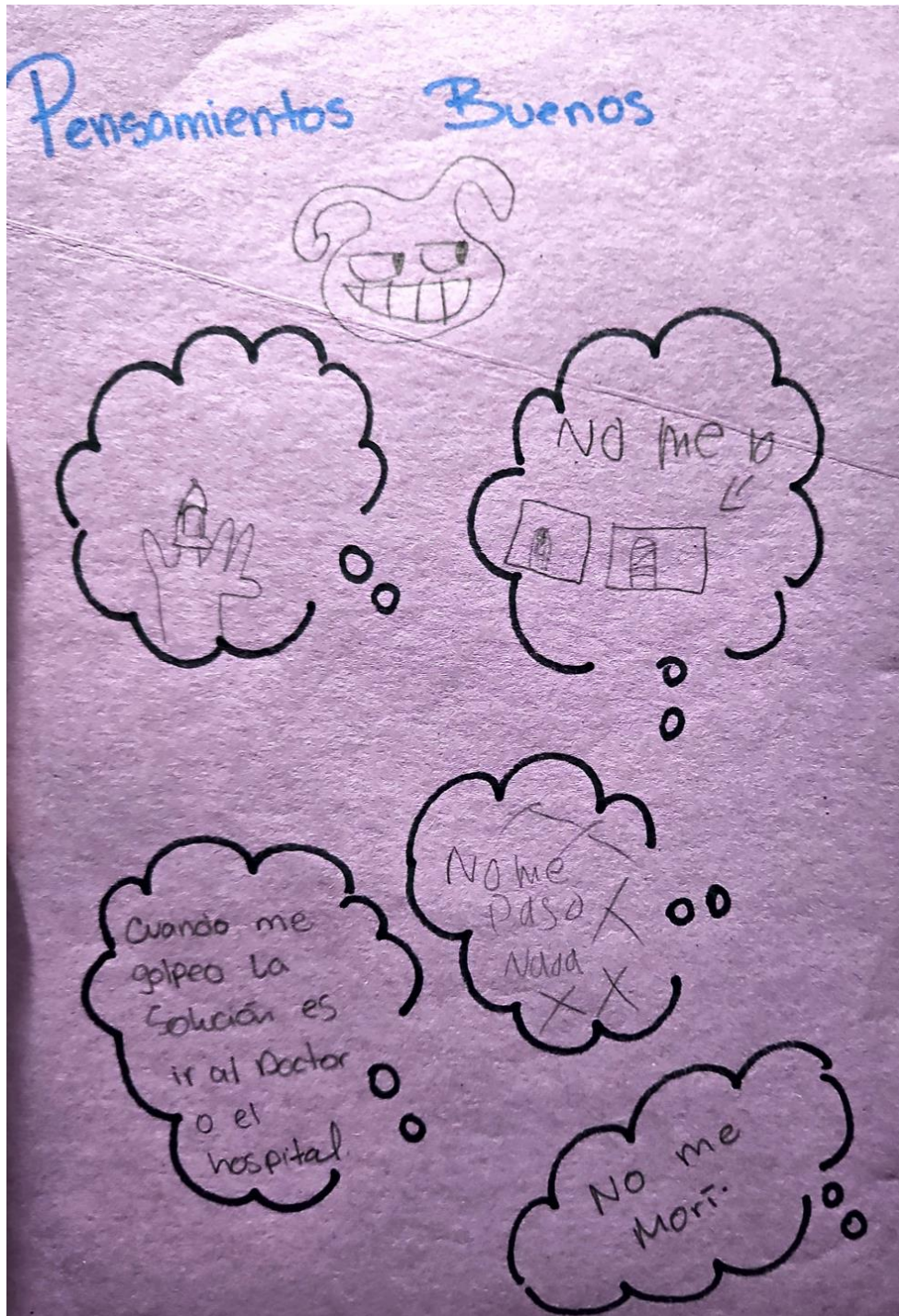
HOY APRENDÍ QUE...



Anexo HH. Dibujo del incidente, sesión 10



Anexo II. Pensamientos claros



Anexo JJ. Ejercicio Qué Aprendí, sesión 10

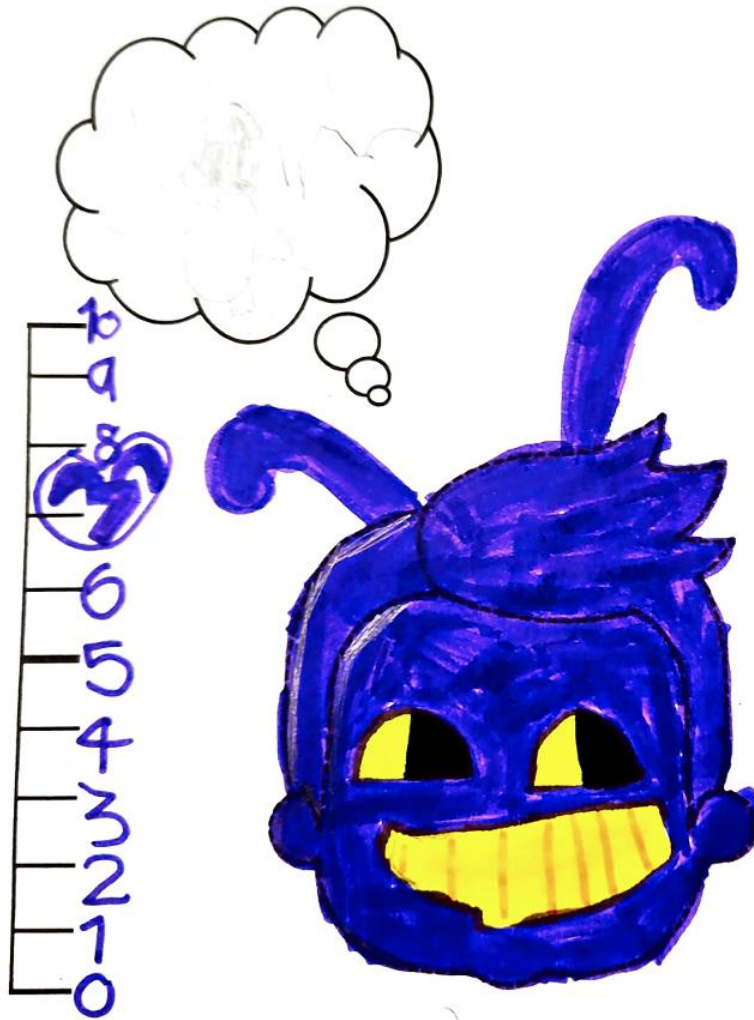


HOY APRENDÍ QUE...

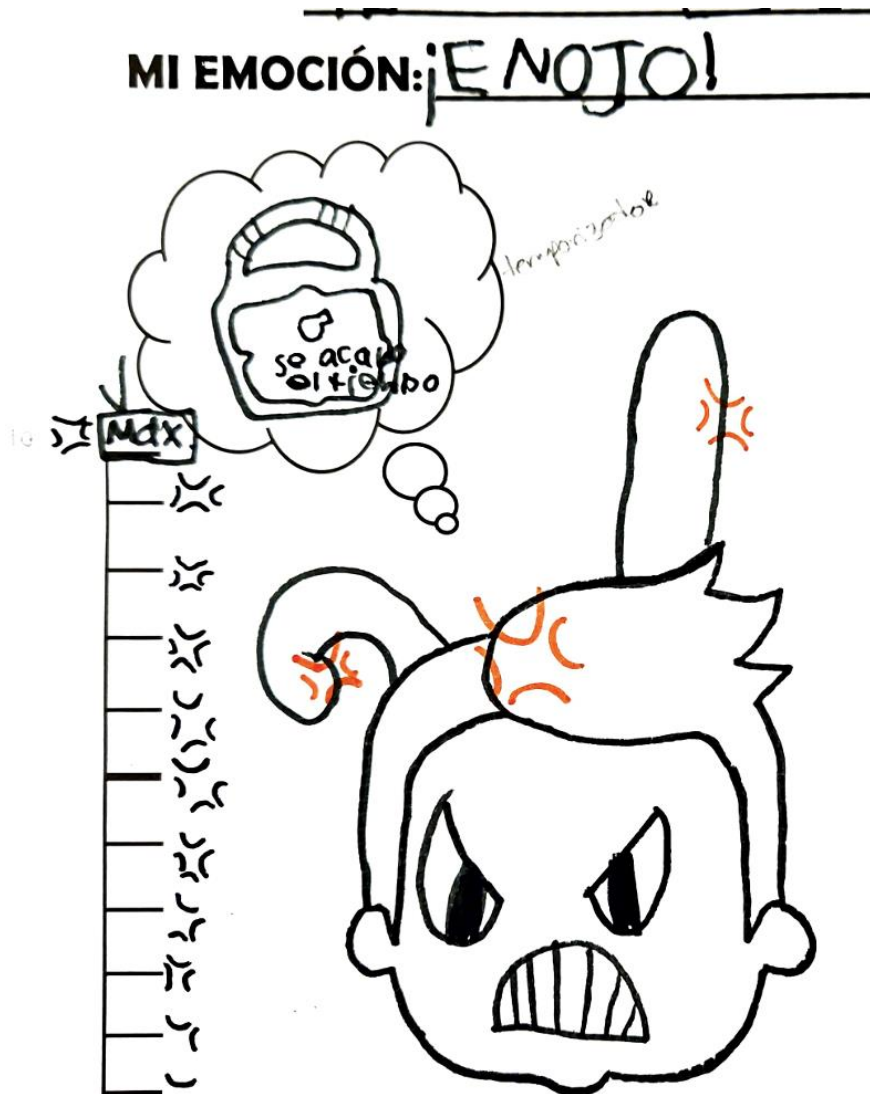


Anexo KK. Emoción de la semana, sesión 11

MI EMOCIÓN: Feliz

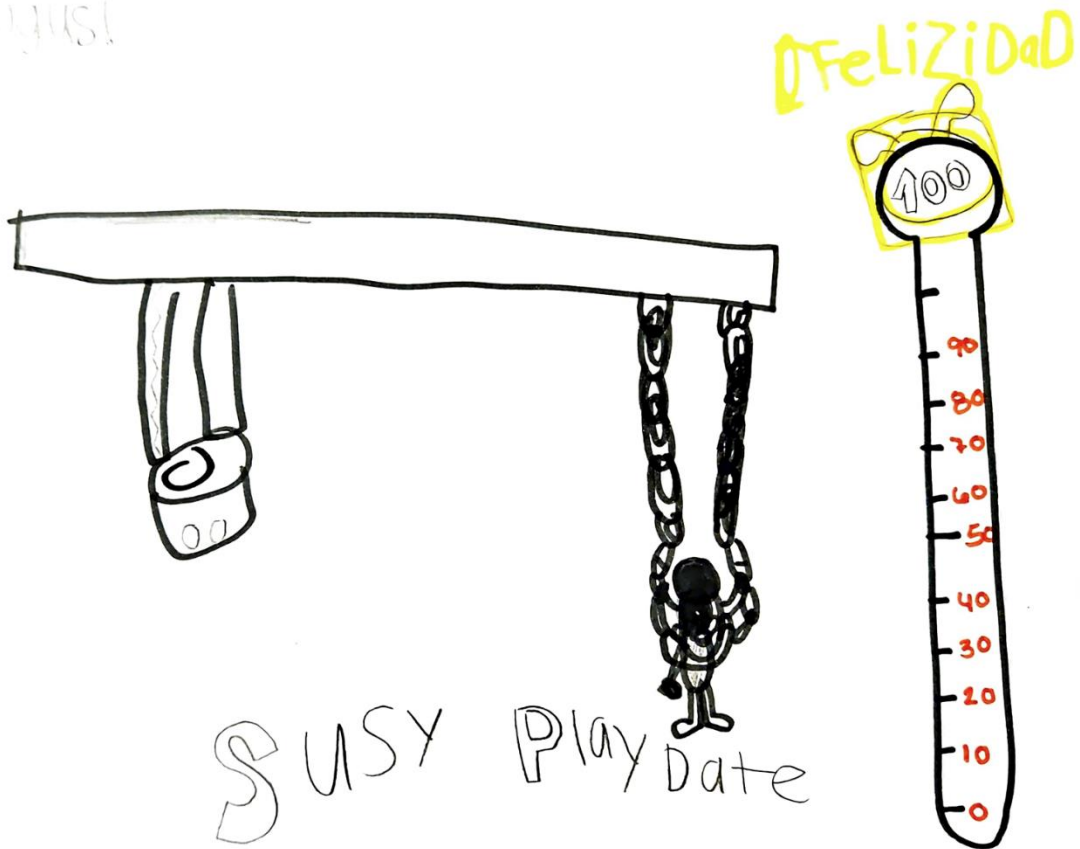


Anexo LL. Emoción de la semana, sesión 12



Anexo MM. Actividad de autorefuerzo

SUSY



Anexo NN. Frases amables hacia sí mismo

