UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

FACULTAD DE HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

APLICACIÓN DEL PROGRAMA "MEDALLA DE VALOR" CON ORIENTACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DISMINUIR EL NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS QUE OSCILAN ENTRE LAS EDADES DE 6 A 8 AÑOS

TESIS

Presentada al Consejo de la Facultad de Humanidades

Por:

JESSICA AZUCENA ILLESCAS REYES

Para optar al Título de:

PSICÓLOGA CLÍNICA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE:

LICENCIADA

GUATEMALA, ENERO DE 2008

AUTORIDADES UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR

Rectora	Licda. Guillermina Herrera
Vicerrector Académico	Lic. Rolando Alvarado, SJ
Vicerrector Administrativo	Lic. Ariel Rivera Irias
Secretario General	Dr. Larry Andrade-Abularach

AUTORIDADES FACULTAD DE HUMANIDADES

Decano	Dr. Ricardo Lima
Vicedecana	Dra. Ruth Piedrasanta
Secretaria	Licda. Myriam Renée Cuestas
Director Depto. Psicología	Dr. Vinicio Toledo
Director Depto. Educación	M.A. Hilda Díaz de Godoy
Directora Depto. Ciencias de la Comunicación	Licda. Nancy Avendaño
Director Depto. Letras y Filosofía	Lic. Ernesto Loukota
Representantes de Catedráticos ante consejo de Facultad	Lic. Manuel de Jesús Arias
Representantes de Estudiantes ante Consejo de Facultad	Isabel Montes

Guatemala 29 de octubre de 2007

Señores
Miembros del Consejo
Facultad de Humanidades
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
Ciudad

Estimados señores:

Por este medio les informo que se ha llevado hasta su última fase, el trabajo de tesis titulado **APLICACIÓN DE UN PROGRAMA CON ORIENTACIÓN COGNITIVA-CONDUCTUAL PARA DISMINUIR EL NIVEL DE ANSIEDAD DE NIÑOS QUE OSCILAN ENTRE LAS EDADES DE 6 A 8 AÑOS**, realizado por el alumna **JESSICA AZUCENA ILLESCAS REYES**, con carné **No. 10193-03** *y así optar al título de* **Licenciada en Psicología Clínica** de acuerdo al pensum **2003**.

El cual, cumple con los requisitos que pide la Facultad por lo que solicito la asignación del Revisor para que con ello se cumpla el procedimiento para que con ello se concluya con la REVISION FINAL DE TESIS.

Sin otro particular, y agradeciendo su atención a la presente se despide,

Atentamente

Licda. Melissa A. Lemus G.
Psicóloga Clínica
Colegiado No. 9703

Universidad Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES
Teléfono: (502) 24262626 ext. **2440**
Fax: **24262626 ext. 2486**
Campus Central, Vista Hermosa III, Zona 16
Guatemala, Ciudad. 01016

FHS/am-CI-30-08

Guatemala,
15 de Enero de 2008

Señorita
Jessica Azucena Illescas Reyes
Presente.

Estimada señorita Illescas:

De acuerdo al dictamen (en proceso de corrección), rendido por la Terna Examinadora de la Tesis titulada: "**Aplicación de un programa de orientación Cognitivo-Conductual para disminuir el nivel de ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años",** presentada por el (la) estudiante **Jessica Azucena Illescas Reyes**, carné No. **10193-03**, la Vicedecana de la Facultad de Humanidades, se confirma por este medio que los cambios sugeridos ya fueron integrados y por tanto se AUTORIZA LA IMPRESIÓN DE LA TESIS al (la) estudiante, previo a optar al título de Licenciado(a) en Psicología con énfasis en área Clínica.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Humanidades
VICEDECANA

Dra. Ruth Piedrasanta H.
VICEDECANA DE FACULTAD

*am
c.c.file

En todo amar y servir
Ignacio de Loyola

ÍNDICE

RESUMEN……7

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Características de los niños de 6 a 8 años…… ….22
1.2. Importancia de la familia en la infancia…….....25
1.3. Ansiedad…….26
1.4. Enfoque cognitivo-conductual…….35

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Objetivos……..45
2.2. Hipótesis……..45
2.3. Variables……..46
2.4. Definición de variables…….....47
2.5. Alcances y límites ……..48
2.6. Aportes…….....49

III. METODO

3.1. Sujetos……..50
3.2. Instrumento……..52
3.3. Procedimiento……..53
3.4. Diseño……...55
3.5. Metodología Estadística…….56

IV. RESULTADOS……...57

V. DISCUSIÓN……64

VI. CONCLUSIONES……..68

VII. RECOMENDACIONES……...70

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS……..72

XI. ANEXOS

Anexo 1: Lista de cotejo (diseñada por la investigadora)……..75

Anexo 3: Cartas validación de lista de cotejo……..77

Anexo 4: Carta solicitud de permiso a padres de familia……...81

Anexo 5: Programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual ……..82

Anexo 6: Hojas de trabajo y actividades didácticas del programa……95

RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo con el objetivo de determinar si el programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual disminuye el nivel de ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años. El diseño utilizado fue el preexperimental de preprueba y posprueba con un solo grupo experimental.

La muestra del presente estudio se obtuvo a través del muestreo no probabilístico mediante la opinión de los docentes, a quienes se les administró una lista de cotejo con el fin de que identificaran los síntomas de ansiedad en sus alumnos para la pre-selección del grupo experimental. Se evaluaron a 19 niños de la Institución Educativa a través de dicha lista de cotejo, 13 cumplieron con los criterios de pre-selección y 12 fueron identificados con un nivel promedio alto y alto de ansiedad a través del Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS, siendo éste último el número de sujetos seleccionados para el grupo experimental.

Posteriormente, fue aplicado el programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual, integrado por 12 sesiones. El programa consistió en una serie de actividades con el fin de que los niños fuesen capaces de adquirir herramientas que involucran la identificación de los temores, adquisición de técnicas de relajación, la desensiblización sistemática, el entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de autocontrol, exposición de los miedos y la autorrecompensa por haber logrado los objetivos del programa con éxito. Luego de la aplicación del postest, se concluyó que se presentó una diferencia estadísticamente significativa posterior a la aplicación del programa con orientación cognitivo-conductual a los sujetos del estudio, rechazándose así la hipótesis nula. Principalmente, se recomienda que el programa con orientación cognitivo-conductual puede ser utilizado con niños entre las edades del presente estudio (6 a 8 años) o con niños mayores.

I. INTRODUCCIÓN

El mundo poco a poco se ha ido convirtiendo en un caos, la pobreza extrema acecha a cada rincón de las áreas marginadas por la sociedad, epidemias parecidas a castigos se esconden tratando de encontrar una presa desprotegida, en la cual se convierte a un niño sin hogar o viviendo dentro de un entorno familiar disfuncional. Hoy, hay una gran cantidad de niños y niñas que viven sin el apoyo de uno o ambos padres, así como millones de niños y niñas sufren de abusos, negligencia, explotación o simples privaciones como resultado de la pobreza, las guerras, la pérdida de valores en la familia, entre otras.

Según un informe elaborado por SOS Kinderdorf International (2005), indica que en los países en vías de desarrollo como Guatemala, más de un tercio (73%) de todos los niños y niñas se ven afectados por la pobreza. Asimismo, la desnutrición, la falta de atención prioritaria a la salud y educación incrementan la vulnerabilidad de los niños. En la última década, más de 20 millones de niños y niñas fueron desplazados por guerras o desastres naturales, ya sea dentro o fuera de su propio país, a la vez se estima que unos 300.000 están involucrados en diversas fuerzas armadas. Unos 246 millones de niños y niñas son sometidos a trabajo infantil, muchos de ellos viven en las calles y alrededor de 1,2 millones de niños y niñas son víctimas del tráfico infantil cada año. Una cantidad considerable de estos niños y niñas han sido descuidados o abandonados por sus padres, en su mayoría por razones económicas, han sido seducidos a dejar sus familias con falsas promesas o han sido raptados. Los esfuerzos por encontrar y reunificar a los niños y niñas con sus familias en muchos casos no se llevan a cabo y en otras ocasiones no se puede lograr.

Por tal motivo, se reconoce que una gran cantidad de niños y niñas de todo el mundo y especialmente en los países en desarrollo como Guatemala, conocen las necesidades de los niños que han sufrido la pérdida y/o separación de su familia como sistema primario o están viviendo en un entorno familiar disfuncional que provoca un enorme impacto en el niño o niña, dejándolo particularmente vulnerable cuando queda sin el cuidado especial de su entorno familiar y protector.

La salud, el desarrollo integral y el bienestar del niño y la niña se ponen en riesgo cuando se encuentran inmersos en situaciones estresantes del diario vivir especialmente cuando ocurren en la niñez temprana, el principal período crítico del crecimiento infantil. Tal situación de vulnerabilidad, puede provocar en el niño y niña sentimientos intensos de miedo y preocupación, pudiendo dar lugar a la ansiedad. Por lo que dominar las presiones en las que se ve involucrado el infante puede ser complicado, aunque no imposible.

Actualmente existen una variedad de terapias que permiten mejorar la calidad de vida del infante ante las situaciones difíciles que le ha tocado vivir por azares del destino. Según Mc Clure y Friedberg (2005) el enfoque cognitivo-conductual es una opción. Dicho enfoque considera que la ansiedad tiene cinco esferas de funcionamiento que cambian en los niños cuando están ansiosos. Estos niños experimentan cambios fisiológicos, emocionales, conductuales, cognitivos e interpersonales. Muchos niños presentan quejas somáticas. Se muestran inquietos y a veces parecen sentirse incómodos en su propia piel. Suelen quejarse de sudores, mareos, tensión muscular, dolores de estómago, palpitaciones, ahogos y problemas digestivos. La evitación es el síntoma más característico de la ansiedad. Por tanto, se considera que la terapia grupal con orientación cognitivo-conductual es una buena opción para el tratamiento de niños ansiosos ya que su objetivo principal es modificar los pensamientos irracionales, emociones y conductas que provocan la ansiedad. Asimismo, se expone al sujeto a enfrentar su ansiedad y se le enseña a reforzar en sí mismo las conductas que son aceptables.

Según Kaplan y Sadock (1998) en los grupos cognitivo-conductuales está la oportunidad de que los pacientes pongan en práctica nuevas habilidades sociales y de interacción con otros compañeros en un entorno de protección. Además, se proporciona la oportunidad de refuerzo en grupo a través de los compañeros y a todos los pacientes se les ofrece la posibilidad de aprender o perfeccionar la habilidad de administrar refuerzos a otras personas en situaciones fuera de la

terapia. Además ésta es una terapia a corto plazo que dura aproximadamente de 6 a 12 sesiones en los casos que no requiere tratamiento intensivo.

Expuesto lo anterior, se considera como objetivo en este estudio determinar si la terapia con orientación cognitivo-conductual disminuye el nivel de ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años. Además, se espera que por medio de la aplicación del programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual se proporcionen herramientas de afrontamiento para la ansiedad del niño/a, que le permitan mejorar su calidad de vida y por ende, su adaptación hacia los estresores que puede estar viviendo en el diario vivir. Finalmente, a través del programa se provean técnicas específicas para tratar la ansiedad en niños ya que actualmente se dispone de escasos recursos para tratarla.

En Guatemala, se han llevado a cabo numerosas investigaciones acerca de la ansiedad y la terapia con orientación cognitivo-conductual, las cuales se explicarán a continuación.

Con relación al tema de la ansiedad se han realizado diversos estudios para determinar qué factores influyen en la ansiedad. Fernández (2007) realizó una investigación con el objetivo de determinar los patrones de crianza presentes en la educación de niños con síntomas de ansiedad. La investigación utilizada para este estudio fue de tipo descriptiva utilizando una muestra de 5 niños con edades comprendidas entre los 6 y 8 años, quienes presentaban altos niveles de ansiedad. Los niveles de ansiedad fueron medidos utilizando el Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS. Para medir los estilos de crianza utilizados para la educación de los sujetos se utilizó el Inventario para Hijos del Comportamiento Parental (CRPBI) que es un cuestionario diseñado para evaluar la percepción de los niños respecto al comportamiento de los padres/madres respecto a la aceptación, autonomía psicológica permitida y nivel de control parental. Los resultados del estudio determinaron que los patrones de crianza presentes en la educación de los niños evaluados que presentan síntomas de ansiedad son el estilo autoritario para el padre

y el estilo autoritario para la madre. Se determinó que sí existe un patrón de crianza común en la educación de los sujetos evaluados y que éste influye en el desencadenamiento de la ansiedad de los niños, este patrón es el estilo autoritario de la madre. Se determinó que el estilo de crianza autoritario, identificado por los sujetos como el patrón de crianza del padre, no está asociado al incremento de la ansiedad infantil por las características positivas que implica. Se concluyó que los estilos de crianza permisivo y negligente de los padres no se encuentran presentes en la educación de los sujetos evaluados. A partir de la presente investigación y por los resultados obtenidos de la misma se recomendó realizar talleres para orientar a los padres sobre lo que son los estilos de crianza, sus características y los efectos que pueden causar en el desenvolvimiento de sus hijos así como realizar más estudios relacionados con los patrones de crianza ya que se encontró poca bibliografía de estudios realizados en Guatemala sobre el tema.

Por su lado, Quan (2003) llevó a cabo un estudio con mujeres adultas el cual tenía como objetivo comparar y relacionar los niveles de ansiedad y depresión entre un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica por parte del cónyuge y un grupo de mujeres que no eran víctimas de violencia doméstica por parte del cónyuge, ambos grupos de mujeres vivían en el área rural. El diseño de la investigación fue de tipo descriptivo ex post factum. Las mujeres de este estudio, fueron seleccionadas con un tipo de muestreo no probabilística en donde se escogió solamente a quienes cumplían con los requisitos para la investigación. Se realizaron dos grupos de mujeres de igual número, siendo el total de 24 mujeres que vivían en la Aldea San José Pacul, del Municipio de San Juan Sacatepéquez, del departamento de Sacatepéquez.

El primer grupo eran mujeres víctimas de violencia doméstica por parte del cónyuge y el segundo grupo eran mujeres que no son víctimas de violencia doméstica por parte del cónyuge. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario CSR para medir el índice de violencia doméstica, el STAI-82 para medir la ansiedad y el cuestionario de Beck para la depresión.

Además, se elaboró un cuestionario de datos generales utilizado en la primera entrevista. Luego de analizar los resultados se concluyó que existe una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión entre ambos grupos. Así mismo, se constató que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables. Finalmente se recomendó proporcionar psicoterapia tanto a las mujeres víctimas de violencia doméstica como a los agresores.

Asimismo, se han realizado investigaciones sobre la variedad de tratamientos que existen para disminuir la ansiedad que presentan los niños y adultos. Alvarado (2006) realizó un estudio con el objetivo de determinar si el Masaje Integral permite disminuir la ansiedad en niños abandonados que se encontraban institucionalizados. Se realizó una investigación de tipo experimental; el diseño utilizado fue el pretest-postest con grupo control y experimental. Se evaluó a 26 niños del hogar que llenaban los requisitos de edad entre 7 y 12 años. Además, fueron referidos por las personas que cuidan de ellos por medio de un cuestionario con preguntas relacionadas con ansiedad. Se les aplicó la Escala CMAS-R para medir su nivel de ansiedad. De los 26 niños, 25 presentaron ansiedad. Se consideraron como sujetos de investigación a 22 niños, ya que la adopción de tres sujetos estaba muy próxima. Con este número de niños se formaron dos grupos, divididos de forma aleatoria en grupo control y experimental.

Al inicio, los resultados del pretest demostraron que los grupos eran equitativos y que el nivel de ansiedad que se presentaba en ambos grupos era similar. Luego se aplicó el Programa de Masaje Integral de 16 sesiones al grupo experimental. El masaje fue un medio adecuado para que ellos experimentaran el contacto del que han sido privados, ya que la falta del mismo es uno de los detonadores de la ansiedad. Así mismo, el masaje facilitó que los sujetos expresaran sus preocupaciones y lo que les provocaban ansiedad, lo cual contribuyó a que ésta disminuyera. Se observaron cambios positivos en los problemas de sueño: disminuyeron las pesadillas, conciliaban el sueño más rápido y se despertaban menos durante la noche.

Al realizar el postest, se determinó una diferencia estadísticamente significativa en el grupo experimental entre el pretest y postest al recibir el masaje (lo que no se presentó en el grupo control); sin embargo, el nivel de ansiedad del grupo experimental no presentó diferencia estadísticamente significativa con respecto al grupo control. Por lo anterior, se aceptó la hipótesis general nula, la cual plantea que el Programa de Masaje Integral no disminuyó el nivel de ansiedad. Se recomendó proporcionar capacitación a las personas que cuidan a los niños para que implementen el masaje integral y brindar psicoterapia individual.

Por su parte, Pacheco (2007) llevó a cabo una investigación para verificar si la participación en el Módulo Me Comunico disminuía los índices de ansiedad en niños y niñas institucionalizadas de 7 y 8 años de la Fundación Remar. El diseño utilizado fue pre-experimental de preprueba y postprueba con grupo experimental. Para la muestra, se eligieron a todos los niños de 7 a 8 años de la Fundación, siendo un total de 20 niños y niñas evaluados y 10 los seleccionados para la aplicación del Módulo Me Comunico. Se aplicó a los niños el Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS para medir índices de ansiedad que presentaban. Al inicio, los resultados del pretest demostraron que seis de los diez sujetos obtuvieron puntuaciones altas en la escala de ansiedad, dos alcanzaron promedio y los otros dos sujetos obtuvieron una puntuación baja. Posteriormente, fue aplicado el Módulo Me Comunico, integrado por 14 sesiones semanales.

El Módulo aplicado a los niños tenía por objetivo enseñarles nuevas formas de una comunicación más asertiva, en la que pudieran expresar de la mejor forma las relaciones con los demás, de manera que les ayudara a disminuir los índices de ansiedad. La conclusión de esta investigación, luego de haber aplicado al grupo experimental el postest, fue que hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el pretest y postest al recibir el Módulo Me Comunico. Por lo anterior, se rechazó la hipótesis nula, la cual plantea que la aplicación del Módulo Me comunico no disminuyó los índices de ansiedad y se aceptó la alterna. En este estudio, se recomendó realizar capacitaciones a los psicólogos (as), maestros (as) y personas

que cuidan de los niños para seguir implementando el módulo u otras técnicas que permitan disminuir la ansiedad de dichos niños.

Asimismo, la terapia cognitivo-conductual ha sido utilizada para disminuir la ansiedad y otros trastornos en niños y adultos, los cuales se presentarán a continuación. Mirón (2006) realizó una investigación de tipo descriptiva con el objetivo de determinar si la terapia cognitivo-conductual reduce la ansiedad en una persona que presenta el trastorno de ansiedad generalizada. La investigación se llevó a cabo con un joven adulto de 28 años que padecía dicho trastorno y mostraba un rango elevado de ansiedad con síntomas físicos y emocionales. Se utilizó durante la investigación el enfoque y técnicas de la terapia cognitivo-conductual. Las técnicas se centran en desarrollar estrategias de afrontamiento y se pueden agrupar en estrategias cognitivas; tal como explorar y explicar el modelo A-B-C, el debate, inoculación al estrés, diarios personales, lecturas, estrategias afectivas o emotivas, focalización, inducción de escenas cargadas afectivamente, humor, ejercicios de vergüenza y riesgo, estrategias somáticas, relajaciones y visualizaciones, estrategias interpersonales y entrevistas con la esposa y madre. Además, estrategias conductuales tales como el ensayo, modelado y roleplaying, exposición y desensibilización, entrenamiento en habilidades sociales y tareas para casa.

Para evaluar los resultados de la terapia cognitivo-conductual se realizó una entrevista semiestructurada, una entrevista clínica, se aplicó el Test de Ansiedad de Hamilton antes y después de la terapia y se llevaron a cabo diarios de campo. Se concluyó que los efectos de la terapia cognitivo- conductual para un joven adulto que padecía del trastorno de ansiedad generalizada fueron satisfactorios ya que el paciente logró modificar los esquemas de pensamiento y disminuir los niveles de ansiedad que provocaban síntomas físicos e inadecuación social. Se recomendó, planificar sesiones de seguimiento para este caso en particular y se sugirió la implementación de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la ansiedad generalizada a psicólogos interesados.

Por su lado, Altalef (2006) realizó un estudio con el objetivo de determinar la eficacia de la psicoterapia breve con enfoque cognitivo-conductual para disminuir la depresión en mujeres adultas que presentaban depresión mayor. El diseño utilizado fue de tipo pre-experimental con pretest y postest. La muestra se estableció tomando en cuenta a mujeres de edades que oscilaran entre 35 a 65 años, que presentaran un nivel de depresión mayor, y que no recibieran tratamiento psicoterapéutico como tampoco psicofarmacológico. Se promocionó esta terapia de grupo a través del Instituto de Psicología Dr. José Pacheco Molina y la Universidad Rafael Landívar. Al contar con un grupo de más de 10 mujeres, se les explicó el objetivo de esta terapia grupal con el fin de que quienes no obtuvieran el resultado esperado en la prueba, supieran que no podrían formar parte de esta terapia grupal. En el caso de quienes no fueron aceptadas, se les remitió al Instituto de Psicología Dr. José Pacheco Molina para que pudieran recibir terapia individual. Finalmente, la muestra sumó a 13 mujeres que cumplían con los requisitos. Se comenzó la terapia con 13 integrantes y se finalizó con 6. Se utilizó como instrumento la Escala de Depresión de Beck como pretest, el cual permitió establecer el diagnóstico de depresión mayor de las mujeres adultas con las que se trabajo como muestra. Luego se volvió a utilizar este inventario como postest para determinar si la psicoterapia breve con enfoque cognitivo-conductual era eficaz para disminuir el nivel de depresión.

Como resultado de la aplicación de la terapia, se determinó que las 6 mujeres que terminaron sus sesiones de terapia lograron disminuir su nivel de depresión y algunas lograron abolir la depresión. Como fase de seguimiento se estableció contacto con las 6 pacientes que finalizaron la terapia un mes después para evaluar si se había dado alguna recaída. Todas las pacientes coincidieron en que no hubo recaída durante este tiempo. Finalmente se recomienda que esta psicoterapia sea utilizada con pacientes del sexo femenino que presenten síntomas de depresión mayor.

Por otro lado, Araujo (2007) realizó una investigación descriptiva de estudio de casos en donde propone la aplicación de un programa con orientación cognitivo conductual para reducir la agresividad en niños y niñas de 7 a 12 años que asisten a terapia individual al Instituto de Psicología "Dr. José Pacheco Molina" de la Universidad Rafael Landívar, con el motivo de consulta de agresividad. Se trabajó con tres sujetos que fueron seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico de sujetos tipo que cumplían con varios indicadores de agresividad que los padres de familia, en una entrevista semiestructurada los afirmaron posteriormente y luego se procedió a la aplicación del programa. Los instrumentos que se utilizaron fueron registros de comportamiento semanales resueltos por los padres de familia, registros de observación resueltos por la maestra de la escuela o colegio antes de la aplicación del programa y después de éste; y registros de observación elaborados por la investigadora en cada sesión individual con los sujetos. El programa tuvo una duración de 10 sesiones, con una sesión semanal de 50 minutos cada una, en el horario en que asistía cada sujeto a su terapia individual al Instituto de Psicología "Dr. José Pacheco Molina" de la Universidad Rafael Landívar. A través del programa los sujetos aprendieron nuevas habilidades de acuerdo a sus particulares dificultades, las cuales comprendían estrategias sociales para comunicarse o resolver conflictos, habilidades cognitivas, y de resolución de problemas, entre otras. Este trabajo brindó herramientas concretas para los niños acerca de cómo trabajar la disminución de la agresividad y lograr un afrontamiento adecuado ante las distintas situaciones cotidianas, tanto en la casa, en la escuela, como en la sociedad en general.

Después de haber analizado los resultados se concluyó que sí hubo una disminución en varios de los indicadores de agresividad en los sujetos después de la aplicación del programa con orientación cognitivo-conductual para reducir agresividad en niños y niñas de 7 a 12 años. Finalmente, se recomendó que los terapeutas utilicen este programa de manera grupal o individual y que además se cuente con la participación de los padres de familia.

Debido a la aceptación que ha tenido la terapia cognitivo-conductual, Corzantes (2005) elaboró una investigación que tenía como objetivo determinar el porcentaje de psicólogos clínicos que aplican la terapia cognitiva de Aarón T. Beck dentro de su práctica clínica, en la ciudad de Guatemala, como miembros activos de la Asociación Guatemalteca de Psicología. Para alcanzar el objetivo de la investigación se utilizó un diseño descriptivo transversal. El estudio se realizó con 138 psicólogos clínicos que actualmente se encuentran ejerciendo y están registrados en dicha asociación, los cuales fueron seleccionados por medio de un muestreo probabilístico sistemático. La información se recopiló con un instrumento creado especialmente para esta investigación, el cual contiene preguntas que abarcan aspectos de la aplicación de la terapia cognitiva de Beck. Los resultados se analizaron por medio de porcentajes. Se determinó que la terapia cognitiva de Aarón T. Beck sí es aplicada por los psicólogos clínicos en la ciudad de Guatemala, socios de la AGP. La mayoría de psicólogos la aplican como una aliada terapéutica dentro de la terapia ecléctica que éstos utilizan.

La terapia cognitiva ha sido aprendida por los psicólogos principalmente por cuenta propia, por medio de lectura autodidacta y la mayor razón de su aplicación es por sus resultados. La población adulta es la que más está siendo atendida actualmente por los psicólogos clínicos desde este enfoque. Los psicólogos que aplican la terapia cognitiva con mayor frecuencia son del sexo femenino y se encuentran entre las edades de 46 a 55 años. Debido a la efectividad y aceptación de la terapia cognitivo conductual, en este estudio se recomendó difundir la enseñanza de esta terapia mediante la participación de estudiantes de psicología clínica y demás profesionales en cursos y talleres.

Internacionalmente, también se han realizado diversos estudios sobre los temas de ansiedad y la terapia con orientación cognitivo-conductual, los cuales se mencionarán a continuación.

Sobre la ansiedad, Alchaer, Bahsas, Nieto y Salinas (1994) realizaron en Venezuela una investigación descriptiva e inferencial de corte transversal con el fin de

determinar la relación entre el funcionalismo familiar, el estrés, la ansiedad y la relación particular del funcionalismo familiar con la edad, el sexo, el estado civil, la profesión, las enfermedades psicosomáticas, algunos riesgos de salud y el estrato socio-económico laboral.

Para esto se determinó el nivel de funcionalismo familiar, de reajuste social según eventos estresantes, ansiedad y del resto de las variables en una muestra de 500 habitantes mayores de 13 años de la población de Mérida-Venezuela, quienes fueron seleccionados de manera aleatoria. Para medir el funcionalismo familiar, se utilizó el instrumento APGAR familiar, el estrés fue medido por la Escala de Reajuste Social según eventos estresantes de Holmes y Rahe, y la ansiedad se midió por medio de la Escala de Hamilton. Los resultados demuestran que: 1. Los sujetos con mayores niveles de eventos estresantes, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, estrato socio-económico laboral obrero, sedentarios, alcohólicos, los de profesión obrera y los adolescentes tienen una significativa tendencia a producir disfunción familiar moderada y severa. 2. El funcionalismo familiar no es influenciado significativamente por el sexo, el estado civil, algunas profesiones y algunos riesgos de salud. 3. El reajuste social según eventos estresantes y la ansiedad, estuvieron en correlación negativa altamente significativa con el funcionalismo familiar. Se discuten los resultados obtenidos, en especial los referentes al reajuste social según eventos estresantes, ansiedad y funcionalismo familiar y las posibles consecuencias de su interrelación, concluyéndose que existe correlación entre dichas variables, y que el mayor nivel de eventos estresantes y la ansiedad tienen valor predictivo del nivel del funcionalismo familiar, aunque de modo poco relevante.

Otras investigaciones internacionales tienen como propósito proponer intervenciones que permitan disminuir la ansiedad de los sujetos que la presentan, por lo que Ruiz (2000) explora y describe los factores que producen ansiedad en niños hospitalizados y sus familiares y propone un programa de apoyo psicológico en México. La población estuvo conformada por 43 sujetos, de los cuales 24 pertenecían al sexo masculino y 19 al sexo femenino con edades comprendidas

entre cuatro y doce años. De los 43 sujetos se seleccionaron 22, los cuales se les aplicó el programa de asistencia psicológica. Para ello se realizaron entrevistas a los familiares y a los niños siguiendo un guión preestablecido. El programa de apoyo psicológico incluyó información, imitación e intercambio de roles mediante actividades de juego.

La ansiedad en los niños estuvo asociada al uso de inyecciones, a las exploraciones médicas y a la separación de los padres. En los padres se asoció con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad del niño. El programa de apoyo psicológico fue efectivo en disminuir la ansiedad en los niños y sus familiares.

Por su parte, Tortella, Servera., Balle y Fullana (2004) encontraron que los programas de prevención de los trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia son todavía muy escasos. Por lo que realizaron un estudio de tipo experimental que tenía como objetivo analizar mediante la viabilidad de un programa breve de prevención selectiva de los problemas de ansiedad aplicado en la escuela en una muestra de niños y niñas de Educación Secundaria Obligatoria. Los sujetos fueron evaluados a través de diversos instrumentos tales como el índice de sensibilidad a la ansiedad en niños, cuestionario de autoevaluación ansiedad Estado/Rasgo en niños, inventario de depresión en niños y una entrevista individual estructurada. Trece niños y niñas con elevada sensibilidad a la ansiedad recibieron un programa para la prevención de la ansiedad. Los sujetos incluidos en el programa fueron seleccionados de manera aleatoria. Un grupo de sujetos procedentes de la misma muestra y con puntuaciones normales en todas las variables estudiadas sirvió de grupo control. Al final de la intervención, el grupo al que se aplicó el programa preventivo mostró reducciones estadísticamente significativas respecto al grupo control en dos de las tres variables de resultado analizadas: sensibilidad a la ansiedad, ansiedad rasgo pero no en sintomatología depresiva. Los resultados se mantenían en el seguimiento a tres meses.

Asimismo, internacionalmente, la terapia cognitivo-conductual ha sido otra opción de tratamiento para tratar algunos trastornos psicológicos que se presentarán a

continuación. En España, Martinez y Belloch (2004) realizaron un estudio que consistió en explorar la influencia de un tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondría en los sesgos atencionales hacia la información relacionada con el peligro físico utilizando metodología cuasi-experimental. Con este fin, en la investigación se incluyeron 12 pacientes con hipocondría (según criterios del DSM-III-R) y 17 sujetos normales. Como medida de la atención hacia los estímulos amenazantes se utilizó la tarea de Stroop emocional (palabras neutras, palabras de amenaza social y palabras de amenaza física). El tratamiento aplicado a los pacientes hipocondríacos fue una adaptación del programa desarrollado por Salkovskis y Warwick. El tratamiento se centró en la modificación de conductas problemáticas, las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales y las creencias disfuncionales sobre la salud y la enfermedad. Los resultados mostraron que la terapia redujo y normalizó significativamente el sesgo atencional hacia las palabras de amenaza física (vs. palabras neutras). No se observaron cambios tras la intervención en el sesgo atencional hacia las palabras de amenaza social (vs. palabras neutras). Se discuten las implicaciones clínicas de los datos y se sugieren futuras líneas de investigación.

A su vez, un estudio realizado en Chile por Pizarro y Valenzuela (2005) examinó la eficacia a corto plazo de un programa con orientación cognitivo-conductual de tratamiento multicomponente (PTM) en el tratamiento de niños diagnosticados con TDAH (Trastorno de hiperactividad con déficit de atención). Se utilizó una muestra de 16 varones entre 8 y 11 años, estrato socioeconómico bajo, previamente diagnosticados con TDAH. El diseño de investigación corresponde a un diseño de grupo de caso-control con pre y post-test. Se utilizó un manual de tratamiento para conducir la terapia cognitivo-conductual con niños en edad escolar que presentan TDAH. Este modelo contiene 3 componentes de entrenamiento dirigidos a niños, padres y profesores. La intervención fue implementada en la escuela durante 13 semanas. A través de la entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y adolescentes y la Escala Multidimensional de la Conducta. Los resultados indicaron que El PTM aplicado no resultó ser superior en el manejo de los síntomas centrales

del TDAH (desatención, hiperactividad) en comparación al tratamiento farmacológico usual. No obstante, el PTM evidenció mejoras significativas respecto a los síntomas asociados al desorden (especialmente depresión). También demostró ser superior en favorecer el funcionamiento prosocial, autoestima, autoeficacia, relación con padres y actitud hacia profesores.

Por su parte, en México; Riveros, Cortazar, Alcazar y Sánchez (2005) realizaron un estudio con el fin de examinar los efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre los pacientes crónicos que padecen de hipertensión y diabetes, tomando en cuenta que estas enfermedades ocupan las primeras causas de mortalidad en México, su cuidado tiene componentes difíciles de implementar, como dieta, actividad física, seguimiento de tratamientos farmacológicos, etc. que suelen depender directamente de la conducta del paciente. Se realizó un estudio cuasiexperimental con 51 pacientes con hipertensión, diabetes, o ambas. La intervención fue de tipo individual sobre variables psicológicas que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes. Se realizaron mediciones pre y post tratamiento sobre calidad de vida, estilo de afrontamiento, depresión, ansiedad, glucosa en sangre, presión arterial y dosis de hipotensor. Se observaron mejoras clínica y estadísticamente significativas en la gran mayoría de las variables para la mayoría de los pacientes. Los principales beneficios se observaron en glucosa, actividad física, reducción de conductas de riesgo, calidad de vida, depresión y ansiedad. También mejoraron significativamente los estilos de afrontamiento conductual activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas.

Se concluye que según las investigaciones nacionales e internacionales la ansiedad es un trastorno común entre niños, adolescentes y adultos que merece prevención y tratamiento por lo que diversos han sido los tratamientos para tratarla. Asimismo, la terapia con orientación cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz para tratar diversas psicopatologías en todas las edades. Seguidamente, es necesario que se

realice una descripción clara sobre el marco teórico de los temas que son de interés en esta investigación.

1.1.Características de los niños de 6 a 8 años

Según Papalia, Wendkos y Duskin (2005), ocho son los periodos del ciclo vital en cada ser humano. Sin embargo, no existe un momento objetivamente definible en el cual un niño se convierte en adulto o una persona joven en anciana.

Las sociedades del mundo reconocen las diferencias en la manera como piensan, sienten y actúan las personas de distintas edades pero dividen el ciclo vital en formas disímiles. A continuación, se presentan dichos periodos:

Periodo	Edades
Prenatal	Desde la concepción hasta el nacimiento.
Lactancia y primeros pasos	Nacimiento a los 3 años de edad.
Infancia temprana	Desde los 3 a los 5 años
Infancia intermedia	Desde los 6 a los 11 años
Adolescencia	Desde los 12 a los 20 años
Adultez temprana	Desde los 20 a los 40 años
Adultez intermedia	Desde los 40 a los 65 años
Adultez tardía	Desde los 65 años o más.

La presente investigación, merece describir la infancia intermedia ya que en este periodo se encuentran las edades de interés para el estudio. Papalia et al. (2005), presentan las características de los niños entre los 6 y los 11 años desde la perspectiva de su desarrollo físico, cognitivo y psicosocial.

En relación al desarrollo físico en la niñez intermedia, el crecimiento de los niños de 6 a 11 años es más lento que en los años previos. Los niños son ligeramente más grandes que las niñas al comenzar este periodo. Mejoran la fuerza y las habilidades atléticas, por lo que los niños y niñas pueden participar en una mayor variedad de actividades motoras.

La niñez intermedia es un periodo relativamente sano; la mayoría de niños son inmunizados contra las principales enfermedades y la tasa de muerte es la más baja de todo el ciclo vital. Sin embargo, muchos escolares, especialmente las niñas no se ajustan a los estándares correspondientes a la condición física. Las enfermedades respiratorias son más frecuentes aunque la salud generalmente es mejor que en cualquier otro momento de la vida. Los dientes permanentes hacen su aparición. La visión se torna más aguda durante la niñez intermedia, aunque una minoría de niños presenta defectos auditivos y visuales.

En cuanto al desarrollo cognitivo en esta etapa, aproximadamente entre los 7 y los 10 años de edad el niño se encuentra en la etapa de las operaciones concretas de Piaget, durante la cual desarrollan el pensamiento lógico pero no el abstracto. Los niños en esta etapa pueden utilizar reflexiones mentales para solucionar problemas concretos y además pueden pensar lógicamente puesto que pueden tener en cuenta múltiples aspectos de una situación. Sin embargo; aún están limitados a pensar acerca de las situaciones reales en el aquí y el ahora. Además, aumenta la memoria y las habilidades de lenguaje. El uso del vocabulario, la gramática y la sintaxis es cada vez más sofisticado pero el área de mayor crecimiento lingüístico es la pragmática.

En esta etapa, la interacción con los progenitores, los profesores y los pares es crucial para su aprendizaje. Los progenitores influyen en el aprendizaje de los niños al participar en su educación, motivarlos para los logros y transmitirles actitudes hacia el aprendizaje. Los conceptos y expectativas de los profesores pueden tener una firme influencia, especialmente en quienes obtienen logros insuficientes y la interacción con los pares favorece el desarrollo de las habilidades para la escritura

Además, algunos niños empiezan a mostrar fortalezas y necesidades educativas especiales.

El desarrollo psicosocial en la niñez intermedia se torna hacia el autoconcepto. De acuerdo a Erickson, citado por Papalia et al. (2005), la principal fuente de autoestima es la visión que tienen los niños de su competencia productiva. Esta es la "virtud" que se desarrolla mediante la resolución de la crisis intermedia, suficiencia frente a inferioridad. Además, los niños en edad escolar han internalizado la vergüenza y el orgullo y pueden comprender y controlar mejor sus emociones negativas. Aprenden a aumentar la empatía y el comportamiento prosocial. En esta etapa, los escolares pasan menos tiempo con sus progenitores y son menos cercanos a ellos que antes; sin embargo, las relaciones con sus padres continúan siendo importantes. El grupo de pares es cada vez más importante durante la niñez intermedia y están compuestos generalmente por niños similares en edad, sexo, etnia y condición socioeconómica, que residen cerca unos de otros o asisten al mismo colegio. Además, el grupo de pares ayuda a los niños a desarrollar las habilidades sociales, les permite probar y adoptar valores independientemente de sus progenitores, les concede un sentido de pertenencia y les ayuda a desarrollar su autoconcepto. La popularidad influye sobre la autoestima y la adaptación futura.

Según el mismo autor, los trastornos emocionales y del comportamiento más frecuentes entre los niños en edad escolar incluyen el trastorno de oposición desafiante, el trastorno de la conducta, la fobia a la escuela (una forma de trastorno de ansiedad por la separación) y la depresión infantil. Las presiones de la vida moderna, hacen que muchos niños experimenten una niñez breve y angustiosa.

Ellos suelen preocuparse por el colegio, la salud y su seguridad personal. Los niños flexibles son más capaces que otros de soportar el estrés. Los factores de protección relacionados con la capacidad cognitiva, las relaciones familiares, la personalidad, el grado de riesgo y las experiencias de compensación se asocian con la flexibilidad.

1.2 Importancia de la familia en la infancia:

Según Martínez (2005) la familia es la institución social más antigua de la humanidad, donde el ser humano se forma y se siente protegido. Para los niños, la familia es un ejemplo y un espacio ideal para su aprendizaje. Tiene la responsabilidad de brindar a sus miembros, la oportunidad de desarrollar su personalidad y de enriquecerla; y la función de satisfacer las necesidades afectivas y físicas de sus componentes.

Además, debe estimular la adquisición de la identidad individual y psicosexual de sus miembros, y establecer patrones positivos de relaciones interpersonales. Debe promover la socialización, el aprendizaje y la creatividad. La familia es el grupo social básico, creado por vínculos de parentesco o matrimonio, presente en todas las sociedades.

La familia recoge, ampliamente, las emociones, pensamientos y juicios de su contexto social; al mismo tiempo, proporciona a la sociedad emociones y puntos de vista; pero, de ella no sólo parten sentimientos elevados y opiniones avanzadas; en ella se anidan, a veces, ideas conservadoras. Es un deber de la familia proporcionar un terreno de entrenamiento protegido, en el cual el niño aprenda a vivir como miembro de esa sociedad en miniatura, en la que se adquieren los hábitos de conducta social que pueden persistir durante toda la vida. Al principio, el niño depende, completamente, de sus padres, sobre todo de la madre, pero más tarde necesita y exige que se le dé más independencia y posibilidades de autocontrol de sus acciones, sin embargo, la familia nunca pierde su importancia para el ser humano. Entonces, es dentro de una familia que los niños y niñas obtienen su bienestar emocional y físico, viven su infancia plenamente y son preparados para el futuro.

Según Papalia et al. (2005), para comprender al niño en la familia se debe considerar el entorno familiar, su atmósfera y estructura. Según los describe la teoría de Bronfenbrenner los niveles adicionales de influencia, incluyendo el trabajo y la

condición socioeconómica de los progenitores y las tendencias sociales como la urbanización, los cambios en el tamaño de la familia, el divorcio y las nuevas nupcias, ayudan a dar forma al entorno familiar y por tanto al desarrollo de los niños. Las influencias más importantes del entorno familiar sobre el desarrollo de los niños provienen de la atmósfera en el seno del hogar. Aunque los niños en edad escolar pasan menos tiempo en su hogar que antes, los padres continúan siendo muy importantes en sus vidas. Aquellos que disfrutan la compañía de sus hijos, suelen criar niños que se sienten bien respecto a sí mismos y respecto a sus padres.

A pesar de que la familia es fundamental para la formación del niño en la sociedad, en el mundo actual hay cada vez más niños y niñas privados de sus padres o si cuentan con los mismos, éstos no han sabido suplir apropiadamente las necesidades del niño. Sus condiciones de vida se ven cada vez más deterioradas y la falta de apoyo que se les brinda son una gran preocupación. Dicha problemática puede afectar de manera significativa la autoestima del niño, ya que no solamente se le priva al niño del cuidado especial de sus progenitores sino de todas las funciones que debería de proporcionar una familia, tales como: brindar afecto, garantizar seguridad, servir de ejemplo, estimular la identidad individual, desarrollar la identidad psicosexual, fomentar la capacidad de adaptación, incrementar la socialización, aliviar las tensiones, ampliar el aprendizaje y la creatividad (Martínez, 2005).

1.3. Ansiedad:

Según Sue, Sue y Sue (1994) todas las personas se han sentido ansiosas alguna vez; un examen, una competencia deportiva, una reunión con una persona importante y la preocupación respecto a una nueva relación, pueden provocar sentimientos de aprehensión.

La ansiedad puede dar la energía para salvar obstáculos y desempeñarse de manera más eficaz. Así, con moderación, la ansiedad puede tener algunas funciones positivas. Aunque los términos miedo y ansiedad suelen utilizarse como sinónimos, los psicólogos las distinguen en un contexto clínico.

El miedo se refiere a una respuesta de alarma innata, de base biológica, ante una situación peligrosa o que amenaza la vida. La ansiedad, en contraste, es más global y está más orientada hacia el futuro, y se refiere a un estado en el que un individuo se muestra aprehensivo, tenso e incómodo en exceso, acerca de la posibilidad de que algo terrible suceda. La ansiedad tiene componentes cognoscitivos y afectivos. La ansiedad se vuelve una fuente de preocupación clínica cuando alcanza un nivel tan intenso que interfiere con la habilidad de funcionamiento en la vida diaria, y la persona entra en un estado desadaptado caracterizado por reacciones físicas y psicológicas extremas.

Sarason y Sarason (1996) definen el término ansiedad como un sentimiento de miedo y aprensión confuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos.

Por otro lado, Sue et al. (1994) consideran que la ansiedad se manifiesta de tres maneras: cognitivamente (en los pensamientos de una persona), conductualmente (en sus acciones) y somáticamente (en las reacciones fisiológicas o biológicas). Las manifestaciones cognitivas de la ansiedad pueden ir desde una preocupación leve hasta el pánico. Las formas graves pueden llevar a la convicción de un destino inminente (el fin del mundo o la muerte), una preocupación por peligros desconocidos o temores de perder el control sobre las funciones corporales.

El individuo ansioso muestra combinaciones de los síntomas siguientes: ritmo cardíaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, desmayos, mareo, sudoración, insomnio, micción frecuente y estremecimientos. Todos estos síntomas físicos se presentan tanto con el miedo como con la ansiedad.

Las características de la ansiedad incluyen sentimientos de incertidumbre, desamparo y excitación fisiológica. Una persona que experimenta ansiedad se queja de sentirse nerviosa, tensa, aprensiva e irritable. Con frecuencia, tiene dificultad para conciliar el sueño por la noche. Una persona ansiosa se fatiga con facilidad y tiene dolores de cabeza, tensión muscular y dificultad para concentrarse.

Cada vez hay más evidencias que las personas que padecen trastornos de ansiedad son demasiados sensibles a las señales de amenaza. Estos individuos pueden mostrar un alto grado de sensibilidad, vigilancia o prontitud para responder ante las amenazas (Litz y Keane, citados por Sarason y Sarason,1989).

Según Halgin y Krauss (2003), las personas que padecen trastornos de ansiedad se encuentran incapacitadas por sentimientos intensos y crónicos de ansiedad, sentimientos tan fuertes que los hacen incapaces de funcionar en la vida diaria. Su ansiedad es desagradable y les dificulta disfrutar de muchas situaciones ordinarias; pero además, tratan de evitar las situaciones que los hacen sentirse ansiosos. Como resultado pueden perderse de oportunidades para disfrutarse a ellos mismos o de actuar en su propio beneficio.

Evolución histórica del concepto de ansiedad

Durante la década de los años cincuenta y posteriormente en los sesenta, la investigación psicológica estaba centrada en el trastorno mental de la esquizofrenia, mientras en los años setenta el interés se dirigió a la evaluación de los estados de ánimo, especialmente la depresión. Sin embargo, en 1,985 dos psicólogos norteamericanos, Husain y Jack Maser, citados por Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) afirman que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando la misma pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta la actualidad. En esta época, las neurosis de ansiedad se caracterizan por una preocupación ansiosa exagerada que llega hasta el pánico y va acompañada a menudo por síntomas somáticos.

La neurosis de ansiedad (al contrario que la neurosis fóbica) puede producirse en cualquier circunstancia y no está limitada a situaciones u objetos específicos. Actualmente, los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar a nivel mundial entre los trastornos de comportamiento más destacados.

Existe una gran confusión con el término ansiedad, pues bajo el mismo se han englobado diversos conceptos en el campo de la Psicología.

Los problemas de ambigüedad conceptual y operativa para su abordaje dificultan el desarrollo de definiciones unánimes desde los distintos enfoques, a lo que se suma el problema de las numerosas etiquetas (reacción emocional, respuesta, experiencia interna, rasgo de personalidad, estado, síntoma, etc.) que ha recibido.

El concepto de ansiedad ha ido evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones. En primer lugar, éste se ha considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta. Según Mowver, citado por Sierra et al. (2003), la ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro objetivo producido por una determinada situación, sino que tiende a ocurrir de forma irracional, es decir, ante situaciones carentes de peligro real.

Según Malmo, citado por Sierra et al.(2003), a partir de la década de los años cincuenta la ansiedad empezó a ser concebida como una dolencia de sobreexcitación, en tanto la exposición prolongada ante un estímulo excitante puede desembocar en una incapacidad para la inhibición de la excitación. Por su parte, Wolpe, citado por Sierra et al. (2003), describe la ansiedad como lo que "impregna todo" y condicionada a que el individuo esté ansioso de forma continua y sin causa justificada.

En la década de los años sesenta se formuló la teoría tridimensional de la ansiedad, según la cual, las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en tres categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental, las cuales correlacionan escasamente entre sí (Lang, citado por Sierra et al., 2003).

Entonces, ya a finales de los años sesenta, se empieza a concebir la ansiedad como sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica. Además, en esta misma década de los años sesenta se comienza a tomar conciencia de la relación que existe entre ansiedad y la enfermedad, concluyendo que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas del organismo y contribuir al desarrollo o potenciación de determinadas patologías o trastornos del ser humano.

A partir de la década de los años setenta, se empieza a considerar que la ansiedad constituye un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica, ocurriendo tras la percepción de una amenaza (Epstein, citado por Sierra et al.,2003). Otro autor importante de esta década fue Wolpe, citado por el mismo autor anterior, quien propuso a partir de la psicopatología experimental una definición operacional. Por otro lado, en los años ochenta se comienza a describir las características de la ansiedad.

A partir de los años noventa se propone que la ansiedad es un estado emocional que puede darse solo o sobreañadido a los estados depresivos y a los síntomas psicosomáticos cuando el sujeto fracasa en su adaptación al medio (Valdés y Flores, citado por Sierra et al.,2003).

Aproximaciones teóricas:

Según Sierra et al. (2003), existen casi tantas definiciones de la ansiedad como modelos teóricos donde encuadrar a las mismas, por lo que todas las teorías están de acuerdo en que consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional.

Enfoque psicoanalítico: Según el autor mencionado anteriormente, la teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad con la que el psiconeurótico lucha es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Freud concibió la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica. Este autor identifica elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, siendo los primeros más relevantes bajo su punto de vista. Además, considera que existen tres tipos de ansiedad: la real, neurótica y moral. La ansiedad real aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que le rodea.

La ansiedad neurótica, que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro; además, se relaciona el peligro con el castigo contingente a la expresión de los impulsos reprimidos.

La ansiedad neurótica ocurre cuando el yo intenta satisfacer los instintos del ello, pero tales exigencias le hacen sentirse amenazado y el sujeto teme que el yo no pueda controlar al ello. La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el super-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

Enfoque conductual:

El mismo autor indica que frente a las teorías dinámicas, aparece un nuevo modelo que trata de acercar el término hacia lo experimental y operativo. El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso que provoca la conducta del organismo. Esta escuela utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor frecuentemente. Así, desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que elicitan a la misma en forma de respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está mantenida a partir de una relación funcional con un esfuerzo obtenido en el pasado.

Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado. En general, este enfoque supone un afrontamiento de la situación por parte del sujeto, sean cuáles sean las consecuencias que deriven de ella, un escape de la situación sin permitir su desarrollo, o la evitación del peligro percibido por el individuo una vez que se propone iniciar la conducta; a esto se le conoce por

reacción de lucha y huida. Puede derivar en inhibición de la conducta, en comportamientos agresivos, en evitación de situaciones futuras que sean similares, en bloqueos momentáneos o en hiperactividad, según se trate de un individuo a otro.

Enfoque cognitivo:

Después de la década de los años sesenta, las variables cognitivas empiezan a cobrar importancia en el ámbito de la psicología, dando lugar al enfoque cognitivista. Lazarus, Beck y Michenbaum, citados por Sierra et al.(2003), formulan que el concepto de estrés y los procesos de afrontamiento, acentúan la importancia de los procesos cognitivos. La mayor aportación del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad.

Desde este enfoque, el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad.

Las situaciones que elicitan una mayor reacción de ansiedad se evitan y, aún en su ausencia, la mera imagen de éstas también produce una reacción de ansiedad y se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que el sujeto confiere a la situación. En definitiva, el eje cognitivo del individuo muestra los pensamientos, ideas, creencias e imágenes que acompañan la ansiedad; estos pensamientos inductores de ansiedad giran en torno al peligro de una situación determinada o al temor ante una posible amenaza.

En la mayoría de casos, funciona de manera automática, es decir, el individuo no se da cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede controlar y cree firmemente que no están bajo su dominio.

Enfoque cognitivo-conductual:

La aparición de este enfoque se vincula a autores como Bowers, Endler y Magnusson, citados por Sierra et al.(2003), aunando las aportaciones del enfoque cognitivo y del conductual. Así, la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan.

Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad interviene variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias e ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). En el caso de la teoría tridimensional de Lang, citado por Sierra et al.(2003), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras debido a estímulos tanto internos como externos del propio individuo.

Manifestaciones de la ansiedad en niños:

Según McClure y Friedberg (2005) la ansiedad, los miedos y las preocupaciones son experiencias comunes en la infancia. Muchos pequeños ansiosos presentan quejas somáticas. Suelen quejarse de sudores, mareos, tensión muscular, dolores de barriga, palpitaciones, ahogos y problemas digestivos. La preocupación, el terror, el pánico, el miedo y la irritabilidad son componentes emocionales de la ansiedad. Los síntomas conductuales son las manifestaciones más claras de la ansiedad. La evitación es el síntoma más característico. Los niños llegan a terapia porque ya no pueden evitar las circunstancias que temen: deberes de la escuela, problemas de salud, problemas con iguales, problemas familiares, etc o porque su evitación representa un coste demasiado elevado. Morderse las uñas, chuparse el pulgar y actuar de forma compulsiva e hipervigilante son síntomas conductuales muy comunes en los niños ansiosos.

No es extraño que les cueste mantener la atención, que se distraigan fácilmente y que parezcan incansables. Cuando un niño observa su entorno continuamente en busca de posibles peligros, es difícil que se concentre y esté quieto.

Los síntomas cognitivos reflejan la forma en que estos niños procesan la información. Los diálogos internos de los niños ansiosos están repletos de predicciones y expectativas catastróficas de fracasos en el afrontamiento, por ejemplo: “Va a pasar algo malo y no voy a ser capaz de afrontarlo”.

Kashani y Orvaschel, citados por Mcclure y Friedberg (2005) señalan con acierto que la ansiedad deteriora especialmente el área de funcionamiento interpersonal. Leer en voz alta o hablar en clase son actividades que suelen dar miedo a los niños ansiosos, ser asignados a grupos para trabajar en clase, ser escogidos para un equipo, participar en situaciones sociales, etc. Éstos suelen ser tímidos y muy sensibles a la evaluación negativa de los demás.

Los padres de los niños ansiosos suelen implicarse demasiado o muy poco en la vida de sus hijos. Los padres que se implican poco suelen mostrarse distantes y constantemente suelen faltar a las sesiones familiares.

Por otro lado, los padres sobreprotectores que se implican en exceso quieren proteger a sus hijos de estresares inevitables. No confían en la capacidad de afrontamiento de sus hijos y tienen una imagen exclusivamente frágil de ellos (Mcclure y Friedberg, 2005).

La evaluación médica:

Los niños que sufren trastornos de ansiedad pueden presentar muchos trastornos físicos. Al mismo tiempo, hay muchas enfermedades médicas que tienen síntomas parecidos a los que provoca la ansiedad. Por lo tanto, como parte del proceso de evaluación, se recomienda que un pediatra realice un examen médico exhaustivo del niño para descartar problemas físicos que pueden presentarse enmascarados como trastornos de ansiedad.

Además, se pueden encontrar problemas físicos que estén exacerbando la ansiedad. En caso de ansiedad grave, puede estar indicada la medicación para que el niño pueda aprovechar mejor la terapia (Mcclure y Friedberg, 2005).

1.4. Enfoque cognitivo-conductual:

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, citados por Beck, Rush, Shaw y Emery, 2001). Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo en psicopatología; se piensa que la terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta;

(3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus creencias.

Cabe mencionar que uno de los componentes más poderosos del modelo de psicoterapia basado en el aprendizaje es el hecho de que el paciente comienza a incorporar muchas de las técnicas que emplea el terapeuta. Generalmente la terapia individual consta de 15-20 sesiones una vez a la semana. Los casos más graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos semanales durante 4-5 semanas y después, una semanal durante 10-15 semanas. Cuando se finaliza el tratamiento se recomienda seguir con las visitas de seguimiento que pueden programarse de acuerdo a ciertos criterios o dejarse a la elección del propio paciente.

Perspectiva histórica del enfoque cognitivo:

Según Beck et al. (2001), los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los Estoicos, en particular a Zenón de Citio (siglo IV a.C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epícteto y Marco Aurelio.

Epícteto escribió en El Enchiridón: “Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por lo interpretación que de ellas hacen”. Del mismo modo que el Estoicismo, las Filosofías Orientales, como el Taoísmo y el Budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en ideas. El énfasis filosófico en las experiencias subjetivas conscientes surge de los trabajos de Kant, Heidegger, y Husserl. Este movimiento fenomenológico ha contribuido al desarrollo de la psicología moderna.

La influencia de psicólogos del desarrollo como Piaget, citado por Beck et al.(2001) indica que también es evidente en la formulación de la terapia cognitiva. Los últimos avances en la psicología conductual también han hecho hincapié en la importancia de las cogniciones del paciente.

Bowers,citado por Beck et al. (2001), ha defendido un modelo interactivo (características del sujeto y características del ambiente).

Asimismo, ha habido un énfasis creciente en la reestructuración o modificación de las cogniciones que se refleja en el trabajo de Lazarus citado por Beck et al. (2001), quien afirma: “puede decirse que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se centran en la corrección de las ideas erróneas” (pag. 165). Un número creciente de terapeutas americanos han expuesto cómo el terapeuta podría modificar sistemáticamente las cogniciones durante la terapia. Kelly , citado por Beck et al.(2001) ,desarrolló la terapia de los constructos personales para modificar las experiencias cotidianas conscientes de los pacientes. Kelly se refiere principalmente a los supuestos o creencias subyacentes con la denominación de “constructos personales”.

Más recientemente, Berne y Frank, citados por Beck et al. (2001), añadieron métodos y conceptualizaciones diferentes a las terapias encaminados a modificar la experiencia consciente o las cogniciones del paciente. El trabajo de Ellis, citado por Beck et al. (2001), supuso un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivo-conductuales. El objetivo de su terapia Racional Emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de éstas.

Principios de la terapia cognitiva-conductual:

Según Beck (2000), la terapia cognitiva se fundamenta en los siguientes aspectos:

Principio 1: La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas definidos en términos cognitivos.

Principio 2: La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica en donde el terapeuta demuestre ser cálido, empático, interesado, competente y se preocupe genuinamente por su paciente.

Principio 3: La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa. Terapeuta y paciente deciden juntos cosas tales como los temas que trabajar en cada sesión, la frecuencia de los encuentros y las tareas a realizar entre sesión y sesión.

Principio 4: La terapia cognitiva está centrada hacia objetivos y centrada en problemas determinados. El terapeuta puede pedir al paciente que enumere sus problemas y que fije objetivos específicos y el primero ayuda a evaluar los pensamientos que interfieren con sus objetivos y a tomar medidas al respecto.

Principio 5: La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente. El tratamiento de la mayor parte de los pacientes implica poner un fuerte énfasis en los problemas actuales y en las situaciones específicas que alteran al paciente.

Sin embargo, la atención puede centrarse en el pasado bajo tres circunstancias: cuando el trabajo centrado en el presente produce pocos o ningún cambio desde lo cognitivo, conductual y emocional, o cuando el terapeuta considera que es importante comprender cómo y cuándo se forjaron ciertas ideas disfuncionales que afectan al paciente en la actualidad.

Principio 6: La terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.

Principio 7: La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo.

Principio 8: Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas. No importa cuál sea el diagnóstico o la etapa del tratamiento, el terapeuta cognitivo tiende a armar una estructura establecida cada sesión. Contar con un formato ayuda a centrar la atención en lo más importante y maximizar el uso del tiempo.

Principio 9: La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.

Principio 10: La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

El terapeuta selecciona las técnicas según el planteamiento de cada caso y los objetivos que establece para cada sesión.

Estos principios básicos se aplican a todos los pacientes. Sin embargo, la terapia varía considerablemente según los casos, la índole de las dificultades, los objetivos, la capacidad del paciente para establecer un vínculo terapéutico sólido, su motivación para el cambio, su experiencia previa en terapia y sus preferencias. El énfasis que se le da al tratamiento depende del trastorno en particular.

Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad infantil:

McClure y Friedberg (2005), recomiendan escoger el tipo de intervención a realizar en función del nivel de malestar del niño. Cuando se escoge un enfoque de intervención, se debe tener presente la etapa de terapia en la que se encuentra. En las primeras fases de la terapia es probable que se tenga que utilizar técnicas de auto monitorización y procedimientos sencillos. Además, el terapeuta se debe asegurar que el niño es capaz de identificar sus pensamientos, emociones y conductas a través de la automonitorización antes de aplicar otras estrategias de intervención.

La elección también dependerá del objetivo que se tenga en cada momento. Asimismo, se pueden aplicar técnicas de relajación y por último se puede pasar a los enfoques de resolución de problemas, como se describe en el siguiente cuadro:

Proceso terapéutico	Herramienta específica	Descripción de la actividad/objetivo
Automonitorización	Pintar burbujas	Mide unidades subjetivas de malestar. Sirve de base para elaborar una jerarquía de miedo o ansiedad.
	Vías de mis miedos	Identifica los componentes cognitivos, emocionales, interpersonales, fisiológicos y conductuales del miedo. Sirve de base para intervenciones posteriores.
	Termómetro de miedo	Mide grados de miedo y ansiedad. Sirve de base para la intervención.
	Inventarios de autoinforme	Permiten realizar una evaluación cuantitativa y cualitativa de los componentes específicos de los miedos y ansiedades. Permiten obtener objetivos para el tratamiento.

Proceso terapéutico	Herramienta específica	Descripción de la actividad/objetivo
Relajación	Relajación muscular progresiva	Disminuye la tensión muscular y las quejas somáticas.
	Respiración controlada.	Disminuye la tensión y regula la respiración.
Contracondicionamiento	Desensibilización Sistemática	Rompe la asociación entre las claves que producen ansiedad y la respuesta de miedo.
Entrenamiento en habilidades sociales	Juego con muñecos	Permite practicar habilidades sociales de un modo gradual y divertido.
	Banco de niebla	Proporciona a los niños una habilidad verbal que les permite rechazar insultos.
	Ignorar	Proporciona una forma fácil de escapar a circunstancias en las que otras personas se meten con el niño.
Técnicas cognitivas de autocontrol	Observación	Da al niño datos sobre las habilidades sociales disponibles y permite obtener modelos.

Proceso terapéutico	Herramienta específica	Descripción de la actividad/objetivo
Técnicas cognitivas de autocontrol	Hablar con el miedo	Facilita la adquisición y la aplicación de diálogos internos más adaptativos.
	El terrible sospechoso	Contrarresta patrones de pensamiento catastrófico.
	Alarmas verdaderas versus falsas	Facilita a los pequeños una forma de comprobar si sus preocupaciones son adecuadas o no (para los niños más pequeños; de 8 a 11 años)
	Solo porque	Ofrece una manera de diferenciar la opinión de los demás de los hechos.
	Experimentación conductual	Da a los niños la oportunidad de comprobar sus predicciones a través de la práctica.
	Pruebas de evidencia	Permiten estudiar los hechos que apoyan o contradicen las creencias generadoras de ansiedad.

Proceso Terapéutico	Herramienta específica	Descripción de la actividad/objetivo
Procedimientos basados en la ejecución.	Exposición	Facilita datos reales sobre la ejecución, ayuda a los niños a habituarse al miedo y a contrarrestar sus creencias.
	Luz roja/verde	Forma divertida de practicar la exposición: el niño se queda congelado en el sitio para simular la exposición.
Autorrecompensa	Medalla de valor	Recompensa los éxitos.

Mc Clure y Friedberg (2005)

Se concluye que la infancia es la etapa de la vida en donde se forma la personalidad del futuro adulto, por lo que adquiere una importancia significativa. En esta etapa, la familia juega un rol importante; ya que ésta va a ser la entidad en donde el niño obtenga las bases para su desarrollo cognitivo, físico y emocional. Por lo que es probable que un niño que esté privado de su familia o que sea víctima de la disfunción de su entorno familiar, manifieste ansiedad y necesite que se le brinde un espacio en donde pueda obtener las herramientas necesarias de afrontamiento a través de la variedad de terapias psicológicas existentes las cuales le permitirán mejorar su calidad de vida.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Sue et al. (1994), la ansiedad fue reconocida desde hace unos 500 años. Los síntomas de la ansiedad se manifiestan en tres componentes: sensaciones fisiológicas (palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, sensación de cansancio, temblor, nerviosismo, agitación, diarrea, micción frecuente, etc), cognitivas (preocupaciones y aprensión) y conductuales (evitación de las situaciones que causan ansiedad).

Todas las personas la han experimentado en algún momento de su vida. Muchos observadores consideran ésta como una condición básica de la existencia moderna al referir que, “dosis razonables” de ansiedad actúan como salvavidas para evitar que se ignore el peligro y parece tener una función adaptativa. Algo andaría mal si un individuo no sintiera algo de ansiedad al enfrentar eventos estresantes cotidianos. Por ejemplo, muchas personas reportan ansiedad en términos de sobrecarga en el hogar, trabajo o escuela; demandas familiares, preocupaciones financieras y conflictos interpersonales (Bolger y Schilling, citado por Sue et al.,1994). Cuando enfrentan estos estresantes, es probable que los individuos sin un trastorno manejen la situación enfrentándola. Ellos, usan estrategias tales como la relajación y solución de problemas para reducir el estrés (Genest y cols, citado por Sue et al.,1994).

Sin embargo, no todas las personas son capaces de manejar la ansiedad de manera adecuada, por lo que el mal manejo de ésta se puede ver reflejada en posibles distorsiones de la percepción, dificultades en el aprendizaje, disminución de la concentración y el recuerdo, alteraciones de las relaciones interpersonales, problemas para conciliar el sueño, entre otras. Ante tal declaración, cabe mencionar que los niños no son ajenos a presentar ansiedad, ya que también se encuentran inmersos en un mundo que presenta estresantes de la vida moderna tales como las exigencias académicas, las drogas, la violencia, las enfermedades, el divorcio, entre otras. Dominar estas presiones inevitables en la infancia puede ser bastante complicado, por lo que en este trabajo se propone enseñar estrategias de afrontamiento acorde a las características de los niños en donde se les enseñe a

manejar sus pensamientos, y por ende, las sensaciones físicas y conductuales propias de la ansiedad mediante un programa con orientación cognitivo-conductual. Habiendo planteado tal argumento, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Es el programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual eficaz para disminuir el nivel de ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años?.

2.1 Objetivos:

General:

Determinar si el programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual disminuye el nivel de ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años.

Específicos:

- Identificar a los niños que manifiestan síntomas de la ansiedad, a través de una lista de cotejo.
- Evaluar el nivel de ansiedad de un grupo experimental de niños previo a la aplicación del programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual.
- Aplicar el programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual en el grupo experimental de niños para disminuir el nivel de ansiedad.
- Determinar el nivel de ansiedad en el grupo experimental de niños luego de la aplicación del programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual.

2.2. Hipótesis:

General:

Hi1: El programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual disminuye el nivel de ansiedad de los niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años.

Ho1: El programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual no disminuye el nivel de ansiedad de los niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años.

Específicos:

Hi1. Existe diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 en el nivel de ansiedad que presenta el grupo experimental de los niños ansiosos entre la aplicación del pretest y el postest al participar en el programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual.

Ho1: No existe diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 en el nivel de ansiedad que presenta el grupo experimental de los niños ansiosos entre la aplicación del pretest y el postest al participar en el programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual.

2.3 Variables:

Dependiente: Nivel de ansiedad

Independiente: Programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual.

Variables controladas:

Niños y niñas que tengan las siguientes características:

- Oscilen entre las edades de 6 a 8 años.
- Presenten un alto nivel ansiedad.
- Nivel socioeconómico bajo.
- No estén o hayan recibido otro tipo de intervención psicológica.

Variables no controladas:

- Niños que dejen de asistir al programa por alguna situación que se les presente en el transcurso de la aplicación o asistan al programa esporádicamente.

2.4. Definición de variables:

Conceptual:

Nivel de ansiedad:

Según el National Institute of Mental Health (2007),la ansiedad es una reacción normal al estrés. Contribuye a lidiar con las tensiones cotidianas tales como mantenerse enfocado en un discurso importante, manejar las situaciones en el trabajo, las exigencias del estudio etc. Sin embargo, cuando la ansiedad se vuelve excesiva e irracional en cada situación de la persona, se convierte en un trastorno que merece atención clínica.

Asimismo, Kaplan y Sadock (2004) definen la ansiedad como una señal de alerta; advierte sobre peligro inminente y permite que una persona adopte medidas para enfrentar una amenaza. La ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interna, vaga o relacionada con conflictos y sus síntomas se manifiestan bajo tres condiciones: fisiológicas, cognitivas y conductuales.

Programa con orientación cognitivo-conductual:

Beck, citado por Beck (2000), establece que la terapia cognitiva-conductual es un tratamiento estructurado y breve, centrado en los problemas actuales y destinado a resolverlos y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. Además, indica que la terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas

dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus creencias.

Operacional:

Nivel de ansiedad**:** Se evaluó a través de los resultados obtenidos en el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) del autor J.S. Gillis, para niños de 6 a 8 años. Su aplicación se realizó de manera colectiva. Los resultados con altos percentiles, indicaron presencia de ansiedad y éstos fueron los sujetos de interés en la presente investigación.

Programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual: El programa se aplicó como una terapia breve de grupo con niños de una Institución Educativa. La duración fue de 12 sesiones, dos veces por semana, durante una hora. Se aplicaron diversas actividades creativas, en donde el niño identificó sus miedos y preocupaciones (automonitorización), se aplicó técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas cognitivas de autocontrol, exposición de sus miedos y la autorrecompensa por haber logrado enfrentar la ansiedad.

2.5. Alcances y Límites:

La presente investigación abarcó a niños y niñas de una Institución Educativa del sector público. El estudio se llevó a cabo en un contexto urbano con niños/as que oscilan entre las edades de 6 a 8 años y que provenían de un nivel socioeconómico bajo. El programa fue aplicado únicamente a los niños que presentaron ansiedad.
No se presentaron limitantes en el transcurso de la investigación.

2.6. Aportes:

La presente investigación posee un aporte de tipo práctico al aplicar el "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual en niños que han sido vulnerables a padecer ansiedad debido a sus circunstancias. Se contribuyó a dar técnicas específicas de afrontamiento para disminuir la ansiedad de los niños que estudian en la Institución Educativa.

Además, al otorgar los resultados de la investigación a la Institución Educativa éstos podrían interesarse por el tema y continuar con la aplicación del programa a las futuras generaciones de niños. También, se proveen las herramientas de intervención para psicólogos, educadores, padres de familia u otras instituciones que deseen aprovechar el material mediante su aplicación. Asimismo, la lista de cotejo que se elaboró y validó puede ser utilizada como un instrumento anexo para identificar ansiedad en niños.

Por otro lado, se podría dar lugar al comienzo de otros estudios sobre el tema ya que se ha encontrado poca disposición de recursos para intervenciones sobre la ansiedad en niños.

III. MÉTODO

3.1. Sujetos:

El trabajo de investigación se llevó a cabo con niños y niñas de una Institución Educativa y que oscilan entre las edades de 6 a 8 años. Los niños que estuvieron entre las edades de interés fueron localizados en su grado académico. Al grupo que se le aplicó el programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual (grupo experimental), estuvo conformado por una muestra de 12 niños que presentaron un nivel promedio alto y alto de ansiedad.

La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico en donde según Hernández, Fernández y Baptista (2003), las muestras de este tipo no depende de que todos los sujetos tengan la misma probabilidad de ser elegidos sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores. En la presente investigación, los sujetos fueron elegidos mediante la opinión de expertos (docentes) a quienes se les administró una lista de cotejo en donde identificaron los diversos síntomas de la ansiedad de sus alumnos. A los niños que obtuvieron puntajes más altos en la lista de cotejo, se les aplicó el Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS.

A continuación en las tablas 3.1, 3.2 y 3.3 se describen las características de los sujetos del grupo experimental:

Tabla 3.1.

Descripción de los sujetos del grupo experimental según género

Genero	Número de sujetos
Masculino	4
Femenino	8
Total	12

Tabla 3.2.

Descripción de los sujetos del grupo experimental según la edad

Edades	Número de sujetos
6 años	5
7 años	4
8 años	3
Total	12

Tabla 3.3.

Descripción de los sujetos según su género y edad

Sujetos	Género	Edades
1	Masculino	8
2	Masculino	6
3	Masculino	6
4	Masculino	7
5	Femenino	8
6	Femenino	8
7	Femenino	7
8	Femenino	7

Sujetos	Género	Edades
9	Femenino	7
10	Femenino	6
11	Femenino	6
12	Femenino	6

3.2. Instrumento:

Inicialmente, se utilizó una lista de cotejo elaborada por la investigadora, la cual fue respondida por los docentes de los niños. Mediante la lista de cotejo se hizo una pre-selección de los sujetos posiblemente ansiosos, que luego se corroboró con el Cuestionario de Ansiedad Infantil, CAS. Su validación, se realizó mediante el juicio de cuatro expertos en el tema de la ansiedad del área clínica.

El siguiente instrumento que se aplicó a los niños para medir su ansiedad se llama CAS por sus siglas en inglés, “Child Anxiety Scale” y el autor es John Gillis. El CAS se presenta como un instrumento que posibilita a los profesionales efectuar una rigurosa exploración psicológica en sujetos de los primeros niveles de escolaridad. El CAS es una derivación en estructura y formato del test ESPQ, uno de los cuestionarios de personalidad infantil realizados por Cattell.

La prueba CAS contiene 20 reactivos seguidos y cada pregunta mide de manera general la ansiedad. Su aplicación puede ser de forma individual o colectiva. El tiempo aproximado oscila entre 20 y 30 minutos.

Para su aplicación se dan las siguientes instrucciones: “Buenos días, me llamo…y tengo interés en hacerles unas cuantas preguntas para conocer sus opiniones y

preocupaciones. Les pido que contesten las preguntas que les voy a hacer poniendo una X en el lugar que les voy a explicar.

Fíjense que en cada recuadro hay un círculo y un cuadrado y en medio hay un dibujo, una mariposa en el primero, una cuchara en el segundo y así sucesivamente.

Se debe marcar una X en el círculo si están de acuerdo con la primera parte de la pregunta que les voy a decir y pondrán una X en el cuadrado si están de acuerdo con la segunda parte de las preguntas que les haga". Se resolverán cuantas dudas vayan surgiendo y si alguno no entendiera la pregunta se le repite. El tiempo previsto para las instrucciones es de 15 minutos.

La puntuación se determina por el número de la correspondencia de la plantilla con la "X" marcadas en la hoja de respuestas, A mayor número de "X" marcadas mayor será el índice de ansiedad que presenta el niño y cada puntuación directa arrojará un porcentaje de ansiedad en el niño. Se van a buscar las puntuaciones directas y su correspondiente puntuación normativa acorde a dos baremos que presenta el manual: el sexo y el grado escolar (Gillis, 1999).

El índice de confiabilidad del CAS es de 0.65 el cual puede considerarse que supera los niveles críticos previstos por Catell. La validez se determinó a partir de las correlaciones resultantes entre los porcentajes de puntuaciones directas por los sujetos del CAS en el IDAREN-SC2 (ansiedad-rasgo) y en el cuestionario EPQ-J (escala de neuroticismo), de Eysenck. Los coeficientes de las correlaciones oscilan entre 0.30 y 0.37. Dichos resultados confieren al CAS importante validez, al encontrarse dentro del margen de los niveles críticos 0.30 y 0.40 establecidos por Catell para los cuestionarios de personalidad.

3.3. Procedimiento:

1. Se inicio eligiendo el tema de la investigación, estableciendo un perfil preliminar.

2. Luego, se recabó información bibliográfica científica del tema para sustentar teóricamente la investigación.

3. Obtenida la información teórica, se dio inicio al trabajo, comenzando con el planteamiento del problema, la introducción y el método.

4. En la Institución Educativa, se solicitó el permiso a la Directora para la aplicación del programa con orientación cognitivo- conductual a niños que manifestaron alto nivel de ansiedad.

5. Se elaboró el programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual para su posterior aplicación.

6. En la Institución Educativa, se solicitó a los docentes de los niños que respondieran a la lista de cotejo realizada por la investigadora con el fin de seleccionar a los posibles sujetos que manifestasen ansiedad. La lista de cotejo se validó mediante el juicio de expertos en el tema de la ansiedad.

7. A los sujetos identificados con ansiedad por los docentes de la Institución Educativa, se les aplicó el pretest mediante el Cuestionario de Ansiedad Infantil, CAS.

8. Luego, se procedió a la calificación e interpretación del instrumento CAS y se identificó a los niños que presentaron ansiedad.

9. Se asignó a los sujetos con altos niveles de ansiedad para el grupo experimental.

10. Se realizó una conferencia a los padres de familia de los niños del grupo experimental, con el fin de explicar el programa y solicitar su permiso.

11. Al grupo experimental se le aplicó el programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual durante12 sesiones, dos veces por semana en una hora cada sesión.

12. Al finalizar la aplicación del programa, se procedió a la evaluación postest al grupo experimental mediante el Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS.

13. Se calificaron e interpretaron los resultados de la evaluación postest.

14. Luego, se realizó el análisis estadístico de los resultados obtenidos en el pretest y postest para determinar si hubo o no diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad de los niños, debido a la aplicación del programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual.

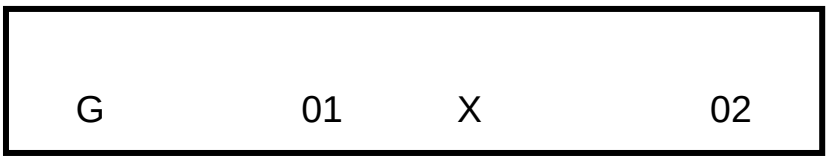
15. Se analizó y discutió los resultados obtenidos en el trabajo de campo y se entregaron los resultados de los sujetos a la Institución Educativa.

16. Se realizaron conclusiones y recomendaciones.

3.4. Diseño:

El presente trabajo de investigación corresponde al diseño preexperimental de preprueba y posprueba con un solo grupo experimental. Según Hernández, Fernández y Baptista (2003) en un estudio experimental se manipulan intencionalmente una o más variables independientes, para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes, dentro de una situación de control para el investigador. En el diseño a utilizar se le aplica una prueba previa al estímulo al grupo experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se aplica una prueba posterior al tratamiento. La ventaja de este diseño es que hay un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en la variable dependiente (ansiedad) antes del estímulo. Es decir, hay un seguimiento del grupo. Sin embargo, el diseño no resulta conveniente para fines científicos porque no hay un grupo de comparación (grupo control), y también pueden actuar varias fuentes de invalidación interna.

Según Hernández et al. (2003) el diseño se diagrama de la siguiente manera:



3.5. Metodología Estadística:

Los resultados del pretest y postest realizados para comparar la eficacia del programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual se realizó a través del análisis estadístico en donde se utilizó la “t” de Student para la diferencia en la media de muestras relacionadas. Según Berenson et al. (2001) este procedimiento se utiliza para analizar la diferencia entre la media de dos grupos que tienen medidas repetidas del mismo conjunto de artículos o individuos y determinar si éstos difieren significativamente.

Además, se utilizaron medidas de tendencia central (la media, mediana, moda) y una medida de variación, la desviación estándar, para describir los resultados. Ritchey (2002) define a la media como la suma de todas las puntuaciones dividida entre el número de puntuaciones observadas; es decir, el tamaño de la muestra. Por otro lado, conceptualiza que la mediana es la puntuación de la mitad en una distribución ordenada en donde la puntuación por arriba de la cual queda la mitad de los casos y por debajo queda la otra mitad e indica que la moda es la puntuación que ocurre con mayor frecuencia en una distribución. Además, define a la desviación estándar como un estadístico de dispersión que evalúa la manera en que fluctúan los valores respecto a la media. Los datos fueron analizados por medio del programa estadístico SPSS para Windows versión 13.

IV. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la lista de cotejo de pre-selección que se realizó con las docentes del grado de interés de los niños que oscilaban entre las edades de 6 a 8 años. A éstos, se les pidió que contestaran a las preguntas de la lista de cotejo. Se seleccionó a los sujetos que tuvieran marcas afirmativas en la mitad o más de las respuestas que revelaran indicadores de ansiedad. Dicha referencia fue utilizada para conocer si podrían ser los sujetos candidatos para el trabajo de investigación. Se muestra en la Tabla 4.1.

Tabla 4.1.

Resultados de la lista de cotejo de pre-selección

Sujeto	Edades	Número de respuestas afirmativas	Califica por número de respuestas afirmativas
1	6 años	10	si
2	6 años	11	si
3	6 años	11	si
4	6 años	13	si
5	6 años	12	si
6	6 años	5	no
7	7 años	12	si
8	7 años	13	si
9	7 años	14	si

Sujeto	Edades	Número de respuestas afirmativas	Califica por número de respuestas afirmativas
10	7 años	15	si
11	7 años	7	no
12	7 años	4	no
13	7 años	6	no
14	8 años	15	si
15	8 años	15	si
16	8 años	11	si
17	8 años	6	si
18	8 años	6	no
19	8 años	5	no

De los 19 niños que fueron referidos por las docentes de grado, 6 fueron eliminados ya que no cumplieron con el total de respuestas afirmativas que se requerían para la pre-selección. Posteriormente, los 13 sujetos que cumplieron con los criterios de selección fueron evaluados con el Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS para corroborar su ansiedad.

A continuación, se describen los resultados del Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS de J.S. Gillis para niños de 6 a 8 años. Los resultados de ansiedad se presentan en percentiles. Para interpretar los percentiles, se tomó en cuenta el criterio de la curva normal, el cual indica que el percentil 50 corresponde al centro de

la distribución normal. Los resultados bajos se encuentran entre los percentiles 1-24. Los resultados promedio bajo corresponden a los percentiles de 25-49 , los de promedio alto son de 50-75 y los resultados de los percentiles de 76 a 99, se consideran altos (Gregory, 2001). El nivel de ansiedad es más alto al encontrarse el resultado en un percentil mayor.

Tabla 4.2.

Resultados del pretest para seleccionar al grupo experimental determinando su nivel de ansiedad

Sujetos	Puntuación directa	Percentil
1	11	89
2	10	83
3	10	78
4	11	85
5	8	53
6	10	66
7	9	53
8	9	53
9	11	78
10	10	66
11	12	87
12	10	66
13	7	42

De los 13 sujetos evaluados con el CAS, (identificados previamente con ansiedad según la lista de cotejo) 6 indicaron alta ansiedad, 6 promedio alto y 1 sujeto presentó un promedio bajo de ansiedad por lo que éste fue eliminado del grupo experimental ya que no lo requería.

Tabla 4.3.

Estadística descriptiva del pretest del grupo experimental

N	M	Mdn	Mo	DE	Minimo	Máximo
12	71.41	72	66	13.69	53	89

Según los resultados obtenidos en la estadística descriptiva, se indica que se evaluó a un número de 12 sujetos. El promedio de puntuaciones obtenidas en el cuestionario fue de 71.42 y los datos se dispersan alrededor de la media en 13.69 puntos de distancia. Además se observa que en un arreglo ordenado de las puntuaciones, 72 es el número que se ubica en el medio de la curva normal. La puntuación que se repitió con mayor frecuencia fue el 66. El valor mínimo de puntuación se ubica en el percentil 53 y el valor máximo se ubica en el percentil 89.

Tabla 4.4.

Resultados del postest del grupo experimental para determinar su nivel de ansiedad

Sujetos	Puntuación directa	Percentil
1	7	89
2	9	83
3	5	42
4	11	19
5	10	13
6	7	53
7	9	66

Sujetos	Puntuación directa	Percentil
8	5	19
9	7	30
10	14	30
11	10	98
12	7	42

De los 12 sujetos que fueron de nuevo evaluados con el Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS, 3 sujetos obtuvieron una puntuación que se ubica en un punteo bajo, 4 se ubicaron en una puntuación que indica promedio bajo, 2 en promedio alto y 3 en el nivel alto de ansiedad.

Tabla 4.5.

Estadística descriptiva del postest del grupo experimental

N	M	Mdn	Mo	DE	Minimo	Máximo
12	48.66	42	42	29.19	13	98

Según los resultados obtenidos en la estadística descriptiva, se indica que se evaluó a un número de 12 sujetos. El promedio de puntuaciones obtenidas en el cuestionario fue de 48.66 y los datos se dispersan alrededor de la media en 29.19 puntos de distancia. Además se observa que en un arreglo ordenado de las puntuaciones, 42 es el número que se ubica en el medio de la curva normal. La puntuación que se repitió con mayor frecuencia fue el 42. El valor mínimo de puntuación se ubica en el percentil 13 y el valor máximo se ubica en el percentil 98.

Tabla 4.6

Comparación de percentiles entre la medición pretest y postest de los sujetos del grupo experimental

Sujetos	Resultados Pretest	Resultados Postest
1	89	89
2	83	83
3	78	42
4	85	19
5	53	13
6	66	53
7	53	66
8	53	19
9	78	30
10	66	30
11	87	98
12	66	42

Según los resultados del pretest y postest obtenidos en percentiles, 9 sujetos disminuyeron su ansiedad en comparación con los resultados del pretest, 2 sujetos permanecieron con el mismo resultado y 1 sujeto aumentó su ansiedad.

Tabla 4.7

Estadística inferencial para comparar los resultados obtenidos de la ansiedad en el pretest y postest

	N	M	DE	t obtenida	t crítica	P 0.05	Prueba de hipótesis
Pretest	12	71.4166	13.69	3.162	2.2009	0.009	Se rechaza Ho
Postest	12	48.6666	29.19				

La comparación entre medias indica que la puntuación promedio para el pretest fue mayor que en el postest, lo cual indica sujetos con puntuaciones más altas de ansiedad en la primera medición. Asimismo, se observa que las puntuaciones estuvieron más variadas en el postest que en el pretest. Finalmente se indica que la hipótesis nula se rechaza ya que la t obtenida supera a la t crítica, por lo que se afirma que existe diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 en el nivel de ansiedad que presenta el grupo experimental de los niños ansiosos entre la aplicación del pretest y el postest al participar en el programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual.

V. DISCUSIÓN

A continuación se presenta un análisis de los resultados obtenidos tras la aplicación del programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años.

Los sujetos del presente estudio fueron pre-seleccionados mediante una lista de cotejo, la cual tenía como objetivo la identificación de sujetos ansiosos que fuesen a ser candidatos del grupo experimental. Dicha lista de cotejo fue administrada a los docentes de grado de la Institución Educativa en donde se obtuvo resultados importantes de mencionar. La mayoría de los docentes identificaron como indicadores de la ansiedad presentes en los sujetos, los síntomas fisiológicos tales como: padecer de problemas digestivos constantemente, estar cansado la mayor parte del tiempo, tener dificultades para respirar cuando se está muy nervioso o preocupado. Lo cual coincide con lo que plantea Mc Clure y Friedberg (2005) quienes afirman que los niños ansiosos presentan quejas somáticas, ya que frecuentemente están inquietos y a veces parecen sentirse incómodos en su propia piel. Además suelen quejarse de sudores, mareos, tensión muscular, dolores de estómago, palpitaciones, ahogos y problemas digestivos. Asimismo, Sue et al (1994) mencionan que el individuo ansioso comúnmente muestra síntomas físicos tales como: ritmo cardiaco acelerado, respiración entrecortada, diarrea, pérdida de apetito, desmayos, mareos, sudoración entre otros.

Se corroboró a través del Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS el nivel de ansiedad de los sujetos pre-seleccionados por los docentes. Los resultados indicaron que de los 13 sujetos evaluados con dicho cuestionario, 12 sujetos fueron seleccionados para ser partícipes del grupo experimental al contar con un nivel promedio alto y alto de ansiedad. Según McClure y Friedberg (2005) la ansiedad, los miedos y las preocupaciones son experiencias comunes en la infancia.

Por ejemplo, muchas personas reportan ansiedad en términos de sobrecarga en el hogar, trabajo o escuela; demandas familiares, preocupaciones financieras y

conflictos interpersonales (Bolger y Schilling, citado por Sue et al.,1994). A su vez, Martínez (2005) indica que las presiones de la vida moderna, hacen que muchos niños experimenten una niñez breve y angustiosa, especialmente si no cuentan con el apoyo de sus padres; ya que según el autor, es dentro de una familia que los niños y niñas obtienen su bienestar emocional y físico, viven su infancia plenamente y son preparados para el futuro. Con el fin de demostrar que la familia repercute sobre la ansiedad del niño. Fernández (2007) realizó una investigación con el objetivo de determinar los patrones de crianza presentes en la educación de niños con síntomas de ansiedad. Los resultados del estudio determinaron que los patrones de crianza presentes en la educación de los niños evaluados que presentan síntomas de ansiedad son el estilo autoritario para el padre y el estilo autoritario para la madre influyendo predominantemente en desencadenamiento de la ansiedad de los niños, el estilo autoritario de la madre. Aunque, en la presente investigación no se obtuvo información acerca de la dinámica familiar en la que vivía cada niño por ser la investigación puramente cuantitativa, se sostiene que se pudo observar atentamente la conducta que los padres de los niños del grupo experimental reflejaron ya que previo al inicio del grupo se les dio a conocer el contenido del programa a través de una conferencia informativa en donde manifestaron su interés, asistiendo, interesándose en el tema y dando su consentimiento para que sus hijos asistieran al programa. Además en el transcurso de la aplicación estuvieron pendientes de los resultados obtenidos.

Posterior a la aplicación del programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual, se aplicó nuevamente el Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS con el fin de determinar si dicho programa había ayudado a disminuir la ansiedad en los sujetos del estudio. Los resultados del postest, indicaron que en comparación con la evaluación pretest, 9 sujetos disminuyeron su ansiedad, 2 permanecieron con el mismo resultado y 1 aumentó su ansiedad por lo que se rechazó la hipótesis nula y se afirmó que la aplicación del programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual contribuyó a que los sujetos disminuyeran su ansiedad.

Al igual que en el presente estudio, otras investigaciones, demuestran que la terapia cognitiva conductual es eficaz para tratar otras problemáticas en niños. Araujo (2007) propone la aplicación de un programa con orientación cognitivo-conductual para reducir la agresividad en niños y niñas de 7 a 12 años. A través del programa los sujetos aprendieron nuevas habilidades de acuerdo a sus particulares dificultades, las cuales comprendían estrategias sociales para comunicarse o resolver conflictos, habilidades cognitivas, y de resolución de problemas, entre otras. Se brindaron herramientas concretas para los niños acerca de cómo trabajar la disminución de la agresividad y lograr un afrontamiento adecuado ante las distintas situaciones cotidianas, tanto en la casa, en la escuela, como en la sociedad en general. Concluyéndose que sí hubo una disminución en varios de los indicadores de agresividad en los sujetos después de la aplicación del programa con orientación cognitivo-conductual para reducir agresividad en niños y niñas de 7 a 12 años. Al igual que en la investigación anterior, en el programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual, los niños fueron capaces de adquirir nuevas habilidades sociales en donde se les enseñó a través de cuentos la importancia de expresar lo que se sienten de manera asertiva.

Asimismo, un estudio realizado en Chile por Pizarro y Valenzuela (2005) examinó la eficacia a corto plazo de un programa con orientación cognitivo-conductual de tratamiento multicomponente (PTM) en el tratamiento de niños diagnosticados con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad. El PTM evidenció mejoras significativas respecto a los síntomas asociados al desorden (especialmente depresión). También demostró ser superior en favorecer el funcionamiento prosocial, autoestima, autoeficacia, relación con padres y actitud hacia profesores. Aunque en el programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo- conductual no se trabajó directamente para favorecer las capacidades mencionadas anteriormente, se considera que las actividades del programa proporcionaban de manera implícita el mejoramiento del funcionamiento prosocial, la autoestima y la autoeficacia en los niños del grupo experimental en cada una de las actividades.

La eficacia de la terapia cognitiva-conductual también coincide con el estudio de Mirón (2006) quien realizó una investigación con el objetivo de determinar si la terapia cognitivo-conductual reducía la ansiedad en un adulto joven que presentaba el trastorno de ansiedad generalizada. Se concluyó que los efectos de la terapia cognitivo- conductual para un joven adulto que padecía del trastorno de ansiedad generalizada fueron satisfactorios ya que el paciente logró modificar los esquemas de pensamiento y disminuir los niveles de ansiedad que provocaban síntomas físicos e inadecuación social. Tales estrategias adquiridas, coinciden con las que se proporcionaron a los niños del grupo experimental del presente estudio ya que algunas actividades tenían como objetivo identificar los esquemas de pensamiento (principalmente en las primeras sesiones) y además elaborar soluciones para afrontar los pensamientos con contenido de ansiedad.

Finalmente, se considera que la terapia cognitivo-conductual puede ser eficaz cuando se aplica de manera adecuada, los sujetos cooperan en el proceso y el entorno familiar que rodea al individuo contribuye al cambio.

VI. CONCLUSIONES

Existe diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 en el nivel de ansiedad que presenta el grupo experimental de los niños ansiosos entre la aplicación del pretest y el postest al participar en el programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual por lo que se rechazó la hipótesis nula.

Los niños del grupo experimental manifestaron niveles más bajos de ansiedad en el postest en comparación con el pretest, concluyendo que la aplicación del programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual disminuyó la ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años del presente estudio.

En los resultados del pretest 6 niños indicaron alta ansiedad y 6 promedio alto. Mientras que en los resultados obtenidos del postest, 3 sujetos obtuvieron una puntuación que se ubica en punteo bajo, 4 en promedio bajo, 2 en promedio alto y 3 en el nivel alto de ansiedad.

La aplicación del programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual se llevo a cabo de manera satisfactoria, desarrollándose las sesiones de manera regular y contando con el apoyo de los padres de familia y niños para que asistiesen fuera del horario escolar.

El apoyo que brindó la Institución Educativa (maestros y directora), padres de familia, e interés de los niños (as) en el programa, contribuyó al éxito de los resultados.

Debido a que el programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual contenía técnicas específicas para disminuir la ansiedad, se lograron cambios satisfactorios.

La terapia cognitivo-conductual ha sido ampliamente estudiada por otros investigadores, indicando que ésta es eficaz para la mayoría de las problemáticas psicológicas tanto para la población infantil como adulta.

VII. RECOMENDACIONES

A las autoridades del hogar:

El programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual puede seguir siendo utilizado con niños entre las edades del estudio (6 a 8 años) o con niños mayores de la Institución Educativa.

A los niños del grupo experimental que no disminuyeron la ansiedad, se les recomienda utilizar otras técnicas de tratamiento como la terapia de juego, de arte, gestalt, terapia individual etc.

El programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual puede seguir siendo aplicado en la Institución Educativa u otros psicólogos pueden utilizarlo como plan de tratamiento grupal.

Debido al interés que mostraron los padres en el programa, se les podría brindar talleres sobre la ansiedad en niños brindándoles técnicas de intervención con el fin de que cambie su entorno. Asimismo, se podría incluir a los maestros en el proceso.

A los profesionales de psicología:

El programa puede ser utilizado por psicólogos (as) como terapia grupal o individual con niños de 6 años en adelante. Se recomienda que involucren en el proceso a los padres de familia con el fin de lograr mejores resultados.

Se recomienda que el (la) terapeuta del niño (a) a quien aplicará el programa, lleve un registro de sus observaciones y cambios de conducta del niño con el fin de ir monitoreando los avances o dificultades que vayan surgiendo durante el proceso.

A otros investigadores:

Otros investigadores pueden aplicar el programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual para corroborar su validez con otro tipo de población.

Los futuros investigadores que deseen aplicar el programa “Medalla de Valor” con orientación cognitivo-conductual pueden utilizar en su diseño de investigación a un grupo control para comparar resultados con el grupo experimental y así enriquecer su investigación.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alchaer, J, Bahsas, F, Nieto, R, y Salinas, P. (1994). Relación entre el funcionalismo familiar, el estrés y la ansiedad. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.3. 81-88.

Altalef, L. (2006). La eficacia de la psicoterapia de grupo breve en un enfoque cognitivo-conductual en la disminución de la depresión en mujeres adultas que presentan depresión mayor. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Alvarado, G. (2006). Masaje integral para la disminución de ansiedad de niños abandonados que se encuentran institucionalizados. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Araujo, C (2007). Aplicación de un programa con orientación cognitivo-conductual para reducir agresividad en niños y niñas de siete a doce años. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización. Barcelona, España: Gedisa

Beck, A., Rush A., Shaw, B y Emery G. (2001). Terapia cognitiva de la depresión. (13ª ed). España: Desclée de Brouwer, S.A.

Berenson, M., Levine, D., Krehbiel, T. (2001). Estadística para Administración. (2da.ed). México: Pearson Prentice Hall.

Corzantes, A. (2005). Aplicación clínica de la terapia cognitiva de Aaron Beck, de los psicólogos clínicos de la ciudad de Guatemala, registrados en la asociación guatemalteca de psicólogos. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Fernández, A. (2007). Patrones de crianza presentes en la educación de niños con síntomas de ansiedad. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Gillis, J. (1999). Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS. (Trad. D. Gómez y T. Pulido). Madrid: TEA.

Gregory, R. (2001). Evaluación Psicológica. Historia, Principios y aplicaciones. México: McGraw-Hill.

Halgin, R y Krauss S. (2003). Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos. (4ª. ed). Distrito Federal, México: Mc Graw Hill.

Hernández, S., Fernández, C., Baptista, L. (2003). Metodología de la Investigación. (3ª.ed). México: Mc Graw Hill.

Kaplan, K y Sadock, B. (1998). Terapia de grupo. (3ª.ed.). España: Médica Panamericana.S.A.

Kaplan-Sadock. (2004). Sinopsis de Psiquiatría. (9na.ed.). España: Waverly Hispánica S.A.

Martínez, C. (2005). Para que la familia funcione bien. La Habana, Cuba: Científico-Técnica.

Martínez, P y Belloch, A. (2004). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondría en los sesgos atencionales. International Journal of Clinical and Health Psychology.4. 299-311.

Mc Clure, J y Friedberg, R. (2005). Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. España: Paidós.

Mirón, A. (2006). Efectos de la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad generalizada en un adulto joven. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

National Institute of Mental Health. (2007). Anxiety Disorders. [En red] Disponible en: http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/anxietymenu.cfm

Pacheco, E. (2007). Incidencia del módulo Me Comunico en los índices de ansiedad de niños institucionalizados de 7 y 8 años. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Papalia, D; Wendkos, S y Duskin, R.(2005). Desarrollo Humano. (9ª ed.). México: Mc Graw-Hill.

Pizarro, A., Valenzuela, C., (2005). Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de niños chilenos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Lilacs. 5. 12-18

Quan, J. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia doméstica por parte del cónyuge: un estudio comparativo. Tésis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Ritchey, F. (2002). Estadística para las Ciencias Sociales, el potencial de la imaginación estadística. México: Mc Graw Hill.

Riveros, A, Cortazar, J, Alcazar, F y Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology.5.10-20.

Ruiz, M. (2000). El psicólogo en el ámbito pediátrico: valoración y abordaje de la ansiedad en niños. Revista Extramuros.1. 1-11.

Sarason, G y Sarason, R (1996). Psicología Anormal: el problema de la conducta inadaptada. (7ª ed). México: Prentice Hall.

Sierra, J.C, Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar e subjetividade, 10-59. [En red] Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/271/27130102.pdf

SOS Kinderdorf Internacional. (2005). Acogimiento familiar, posición central. [En red] Disponible en: http://www.aldeasinfantilessos.org.gt/Documento%20de%20Posicion%20Central.pdf

Sue, D., Sue,. D y Sue, S (1994). Comportamiento Anormal. (4ta. ed.). México: McGraw-Hill.

Tortella, F.M., Servera, M., Balle, M., y Fullana, M.A. (2004). Viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology.4. 371-387

LISTA DE COTEJO

Dirigida a docentes

Mi nombre es Jessica Illescas. Estoy realizando mi trabajo de tesis. El objetivo es identificar a niños que estén manifestando ansiedad para luego aplicarles un programa y así lograr disminuirla. Agradezco su colaboración respondiendo a esta lista de cotejo y le garantizo que se respetará el anonimato.

I. DATOS GENERALES:

Nombre del niño(a): _____

Sexo: _____

Edad: _____

Tiempo que lleva usted de conocer o dar clases al niño/a: _____

II. INSTRUCCIONES:

Marque con una X, la respuesta que considere apropiada.

- ASPECTO COGNITIVO:

El niño/a:

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Dice constantemente que no será capaz de afrontar una situación porque le parece muy atemorizante?		
2. ¿Suele pensar que le sucederá lo peor ante sus problemas?		
3. ¿Se preocupa por casi cualquier cosa?		
4. ¿Se preocupa demasiado por lo que piensen o digan los demás niños de él o ella?.		

- ASPECTO CONDUCTUAL:

El niño/a:

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Es temeroso de situaciones nuevas, nuevas personas o lugares, de ir a la escuela etc?		
2. ¿Presenta dificultades para concentrarse, por estar muy preocupado por algo?		
3. ¿Le es muy difícil tomar decisiones?		
4.¿Permite que los demás lo dominen?		
5. ¿Está la mayor parte del tiempo demasiado preocupado por las situaciones nuevas que se le presentan?		

- ASPECTO EMOCIONAL:

El niño/a:

PREGUNTAS	SI	NO
1.¿Se siente con miedo la mayoría de las veces con o sin razón aparente?		
2.¿Se siente casi todo el tiempo nervioso y tenso?		

- ASPECTO FISIOLÓGICO:

El niño/a:

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Sufre de constantes mareos ?		
2. ¿Tiene dificultades para respirar cuando está muy nervioso o preocupado?		
3. ¿Sufre de sudoraciones, ante los estímulos que percibe como amenazantes?		
4. ¿Padece de problemas digestivos frecuentemente?		
5. ¿Está cansado la mayor parte del tiempo?		

¡GRACIAS, POR SU COLABORACIÓN

Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Guatemala agosto de 2,007

Señores
Miembros del Consejo
Facultad de Humanidades
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
Guatemala, Guatemala

Estimados señores.

Por este medio hago constar que he validado mediante mi juicio como experta en el área de Psicología Clínica, la lista de cotejo que elaboró la alumna Jessica Azucena Illescas Reyes quien se identifica con el carné 1019303 y que actualmente está elaborando su tesis en la Universidad Rafael Landívar.
Dicha lista, tiene como objetivo la identificación de indicadores de ansiedad para la pre-selección de los sujetos de estudio que podrían ser partícipes de un programa con orientación cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años.

Agradeciendo su atención.

Atentamente.

Licda. Linda Illescas
Psicóloga Clínica

Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Guatemala agosto de 2,007

Señores
Miembros del Consejo
Facultad de Humanidades
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
Guatemala, Guatemala

Estimados señores.

Por este medio hago constar que he validado mediante mi juicio como experta en el área de Psicología Clínica, la lista de cotejo que elaboró la alumna Jessica Azucena Illescas Reyes quien se identifica con el carné 1019303 y que actualmente está elaborando su tesis en la Universidad Rafael Landívar.
Dicha lista, tiene como objetivo la identificación de indicadores de ansiedad para la pre-selección de los sujetos de estudio que podrían ser partícipes de un programa con orientación cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años.

Agradeciendo su atención.

Atentamente.

Licda. Helen Muñoz
Psicóloga Clínica

Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Guatemala agosto de 2,007

Señores
Miembros del Consejo
Facultad de Humanidades
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
Guatemala, Guatemala

Estimados señores.

Por este medio hago constar que he validado mediante mi juicio como experta en el área de Psicología Clínica, la lista de cotejo que elaboró la alumna Jessica Azucena Illescas Reyes quien se identifica con el carné 1019303 y que actualmente está elaborando su tesis en la Universidad Rafael Landívar.
Dicha lista, tiene como objetivo la identificación de indicadores de ansiedad para la pre-selección de los sujetos de estudio que podrían ser partícipes de un programa con orientación cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años.

Agradeciendo su atención.

Atentamente.

Licda. Ingrid Ambrosy
Psicóloga Clínica

Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Guatemala agosto de 2,007

Señores
Miembros del Consejo
Facultad de Humanidades
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
Guatemala, Guatemala

Estimados señores.

Por este medio hago constar que he validado mediante mi juicio como experta en el área de Psicología Clínica, la lista de cotejo que elaboró la alumna Jessica Azucena Illescas Reyes quien se identifica con el carné 1019303 y que actualmente está elaborando su tesis en la Universidad Rafael Landívar.
Dicha lista, tiene como objetivo la identificación de indicadores de ansiedad para la pre-selección de los sujetos de estudio que podrían ser partícipes de un programa con orientación cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años.

Agradeciendo su atención.

Atentamente.

Licda. Karla Barrera
Psicóloga Clínica

Guatemala agosto 2,007

Estimados padres de familia:

Por este medio se les informa que dentro de las actividades que desarrollamos en el área de psicología, como parte de la práctica profesional se evaluó los niveles de ansiedad de todos los niños de párvulos, primero y segundo primaria. En estas pruebas, su hijo (a): _____

reflejó altos niveles de ansiedad, es por ello que se desea trabajar algunas actividades mediante un programa las cuales ayudarán a que su hijo(a) desarrolle su potencial académico, social y personal. Dicho programa será impartido por Jessica Illescas quien actualmente está realizando sus prácticas psicológicas en Futuro Vivo. Debido a que el programa se aplicará en un horario fuera de clases se solicita su permiso para que su hijo(a) permanezca en dicha institución en el horario de 1:00p.m a 2:00p.m.

Con el fin de que usted conozca el programa, está cordialmente invitado a participar en una conferencia que se estará dando el día **jueves 30 de agosto a las 18 horas en Futuro Vivo.** Su asistencia es muy importante, ya que se estará dando información sobre el programa y la manera en que su hijo se beneficiará del mismo.

Atentamente,

Jessica Illescas	Hmna. Savina Almonte
Estudiante de Psicología Clínica	Directora de Futuro Vivo

Codo para entregar a la maestra

Yo: _____

acepto que mi hijo(a): _____

asista a dicho programa en el horario establecido.

PROGRAMA "MEDALLA DE VALOR" CON ORIENTACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DISMINUIR EL NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS QUE OSCILAN ENTRE LAS EDADES DE 6 A 8 AÑOS

1. Datos Generales:

Lugar: Institución Educativa

Fecha: Del mes de agosto al mes de octubre

Año: 2,007

Descripción: El programa "Medalla de Valor" con orientación cognitivo-conductual se elaboró con el fin de disminuir el nivel de ansiedad en niños y niñas que la presenten. Dicho programa se llevó a cabo con una serie de actividades que involucran la identificación de los temores, adquisición de técnicas de relajación, la desensiblización sistemática, el entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de autocontrol, exposición de los miedos y la autorrecompensa por haber logrado los objetivos del programa con éxito. Las sesiones se realizaron de manera grupal, en donde se motivó a los niños a que tuvieran una participación activa en el grupo. La fuente consultada para la realización de este programa fue la de los autores Friedberg y Mc Clure (2,005).

2. Objetivos:

Objetivo General:

Desarrollar actividades psicoterapéuticas que brinden a los niños y niñas las herramientas necesarias, que les permitan afrontar sus miedos y preocupaciones con el fin de superar la ansiedad que éstos presentan.

Objetivos Específicos:

- Identificar la ansiedad desde los componentes cognitivos, emocionales, interpersonales, fisiológicos y conductuales.
- Adquirir técnicas de afrontamiento para combatir la ansiedad.
- Proporcionar a los niños la capacidad de autorefuerzo por haber superado la ansiedad.

3. Materiales y recursos:
    - Material didáctico
    - Ejercicios de relajación
    - Hojas de trabajo
    - Crayones
    - Lana
    - Grabadora
    - Música
    - Títeres
    - Lápices
    - Cojines
    - Juguetes
    - Pañuelos para vendar ojos

Actividades:

Sesión 1

DESCUBRIENDO MIS MIEDOS

Tema:	Automonitorización
Objetivo específico:	Medir la subjetividad del malestar y elaborar una jerarquía de miedo o ansiedad en cada niño/a.
Desarrollo:	La terapeuta se presentará ante los niños y les explicará el motivo de su llegada. Además, le pedirá a cada niño que se presente. Se pide a los niños que hagan un círculo. Luego, deberán pasar entre sí una lana y cuando el niño toque la lana dirá cuál es su mayor miedo o preocupación.
Recursos:	Lana
Tiempo	1 hora

Sesión 2

EL TERMÓMETRO DEL MIEDO

Tema:	Automonitorización
Objetivo específico:	Medir el grado de miedo y ansiedad.
Desarrollo:	La terapeuta dibujará un termómetro gigante en el que cada niño deberá indicar cuánto miedo siente cuando está ansioso, luego se les proporcionara una hoja de trabajo (ver anexos) en donde deberán pintar su grado de ansiedad en el termómetro y responder a las preguntas.
Recursos:	Dibujo de termómetro Hoja de trabajo Crayones
Tiempo	1 hora

Sesión 3

LAS VÍAS DE MIS MIEDOS

Tema:	Automonitorización
Objetivo específico:	Identificar los componentes cognitivos, emocionales, interpersonales, fisiológicos y conductuales del miedo.
Desarrollo:	Se les pedirá a los niños que se sienten en círculo. Se utilizará la metáfora del tren, en donde cada niño será una estación. El tren hará un recorrido por varias estaciones. El tren hará una parada en cada una de las estaciones y se le hará un cuestionamiento a cada niño, según la estación. Las estaciones son las siguientes: Estación de la mente: ¿Qué te pasa por la cabeza cuando tienes miedo? Estación donde: ¿ En qué lugares tienes miedo? Estación del cuerpo: ¿Qué sensaciones tienes en tu cuerpo cuando tienes miedo? Estación quién: ¿Quién está ahí cuando tienes miedo? Estación de la acción: ¿Qué haces cuando tienes miedo? Estación de la emoción: ¿Cómo te sientes cuando tienes miedo?
Recursos:	Juguete de un tren
Tiempo	1 hora

Sesión 4

IMAGINERÍA Y MEDITACIÓN

Tema:	Relajación
Objetivo específico:	Disminuir la tensión muscular y las quejas somáticas que provocan la ansiedad.
Desarrollo:	En un ambiente agradable y con música suave, se les pedirá a los niños que tomen una posición que consideren cómoda. Luego se les pedirá que cierren sus ojos y la terapeuta les leerá unos ejercicios de relajación. (ver ejercicios en los anexos). Finalmente, se les preguntará cómo se sintieron con el ejercicio y se les enseñará a utilizar estos ejercicios cuando se sientan ansiosos. (ver actividades en anexos)
Recursos:	Grabadora Música Cojines
Tiempo	1 hora

Sesión 5

APRENDIENDO A ENFRENTAR MIS MIEDOS

Tema:	Desensibilización Sistemática
Objetivo específico:	Enfrentar los miedos, rompiendo la asociación entre las claves que producen la ansiedad y la respuesta de miedo.
Desarrollo:	Pedirle al niño que cierre los ojos y que se coloque en una posición cómoda. Ahora, con sus ojos cerrados, pedirle que se recuerde de la situación que le causa miedo. Se le puede hacer las siguientes preguntas: ¿Qué personas hay a tu alrededor? ¿Cómo son esas personas? ¿Qué te imaginas que están pensando? ¿Cómo es la habitación? ¿Qué sensaciones corporales tienes? ¿Qué olores hay en ese lugar? ¿Qué sonidos hay? ¿Cómo te estás sintiendo?, hasta que estemos seguros que el niño tiene en su mente la imagen completa de la situación. La terapeuta, deberá entonces fomentar la relajación cuando perciba que los niños están ansiosos. Al final, se le puede pedir al niño que imagine un lugar agradable para que el niño se sienta seguro al abrir sus ojos de nuevo. <u>Para los niños más pequeños</u> se sugiere seguir el mismo procedimiento que con los mayores , pero con las siguientes variaciones: -taparles los ojos con una venda (opcional) -sentarlo en un lugar cómodo -pedirle que dibuje la escena haciendo las mismas preguntas anteriores. -cuando el niño se vea y sienta ansioso utilizar técnicas de relajación enseñadas anteriormente. -al final, también se le puede pedir al niño que imagine un lugar agradable para que el niño se sienta seguro al salir de la imaginería o se le puede llevar a un lugar placentero.
Recursos:	Grabadora Música Pañuelo para vendar los ojos (opcional) Hojas lápices
Tiempo	1 hora

Sesión 6

NO TE QUEDES CALLADO

Tema:	Entrenamiento en habilidades sociales
Objetivo específico:	Proporcionar a los niños, una habilidad verbal que les permita rechazar los insultos de los demás.
Desarrollo:	Contar a los niños una historia que trata sobre la importancia de expresar sus pensamientos y sentimientos a los demás, cuando algo no los hace sentir bien. Luego se realizará una hoja de trabajo sobre la historia contada. Para reafirmar el mensaje, se cantará la canción "Lo que sientes" y se les preguntará a los niños si en alguna ocasión ha callado algo que querían expresar. Explicar a los niños que cuando se acumulan los disgustos y sentimientos que les molestan, pueden explotar y manifestarlos en forma de enfermedades, haciendo sufrir a los demás y a ellos mismos porque se sienten insatisfechos. (ver cuento en anexos).
Recursos:	Material didáctico para contar la historia Hoja de trabajo Grabadora Disco Crayones lápices
Tiempo	1 hora

"*Si un niño calla es porque no le hemos permitido hablar o porque no tenemos interés en escucharlo". LUMI*

Sesión 7

HABLAR CON EL MIEDO

Tema:	Técnicas cognitivas de autocontrol
Objetivo específico:	Facilitar la adquisición y la aplicación de diálogos internos más adaptativos ante la ansiedad.
Desarrollo:	Al comenzar la sesión, informarles a los niños que los miedos se pueden afrontar cuando se es capaz de hablarle al miedo. Contarles a los niños por medio de títeres, una situación que causa ansiedad. Sentar a los niños en círculo y pedirles que sugieran lo que le podrían decir al títere para que supere su miedo. Luego, se les dará una hoja de trabajo en donde deberán dibujar o escribir la situación en la cual han sentido miedo. Luego escribir lo que éste le dice y responder con repuestas adaptativas que ayuden a manejarlo, así como estrategias, sugerencias, ideas útiles, las cuales podrá colocar en sus tarjetas de apoyo y leerlas por lo menos dos veces al día o cuando las necesiten.
Recursos:	Títeres Hoja de trabajo Lápices Tarjetas de apoyo
Tiempo	1 hora

Sesión 8

EL TERRIBLE SOSPECHOSO

Tema:	Técnicas cognitivas de autocontrol
Objetivo específico:	Contrarrestar patrones de pensamiento catastrófico.
Desarrollo:	Se le contará a los niños una historia en donde el personaje principal tiene un pensamiento catastrófico, luego se les cuestionará con las siguientes preguntas: ¿Crees que las cosas terribles de la historia en realidad sucederán? ¿Qué tan probable crees que serán? ¿Cómo crees que el personaje convirtió lo sucedido en algo terrible o catastrófico?. Luego se discutirá el pensamiento catastrófico con vivencias de los niños.
Recursos:	Material didáctico para contar la historia
Tiempo	1 hora

Sesión 9

APRENDO A VENCER MIS TERRIBLES SOSPECHAS

Tema:	Técnicas cognitivas de autocontrol
Objetivo específico:	Enseñar al niño que es capaz de vencer sus pensamientos negativos cuando se le presentan.
Desarrollo:	Pedirle al niño que haga un dibujo de lo que lo aterroriza, luego se le dará una bolsa de papel craft en donde deberá pegar su dibujo. Además se le pedirá que se dibuje a sí mismo y también deberá pegarlo en una bolsa de papel craft. Luego se hará una dramatización en la que cada niño hablará con sus terribles sospechas. Por ejemplo, el muñeco del niño y el muñeco de las terribles sospechas pueden enzarzarse en una discusión animada en la que el retrato del niño replique a las sopechas, además los demás niños y la terapeuta pueden intervenir en la discusión para replicar el miedo.
Recursos:	Hojas en blanco Bolsas de papel craft Tijeras Goma Crayones Lápices
Tiempo	1 hora

Sesión 10

EXPOSICIÓN

Tema:	Procedimientos basados en la ejecución
Objetivo específico:	Facilita datos reales sobre la ejecución, ayuda a los niños a habituarse al miedo y a contrastar sus creencias.
Desarrollo:	Muchos niños temen a no cumplir con sus metas, por lo que en esta sesión se realizará un proyecto con los niños. Al niño se le dará un juguete que deberá armar, diciéndole que debe acabarlo en la sesión. Si manifiesta algún miedo sobre la ejecución de la tarea, se sugiere pedirle que replique a su miedo como aprendió en las sesiones pasadas. A medida que el niño va realizando el proyecto, se deberá procesar sus pensamientos y emociones en él. Por ejemplo: Terapeuta: Niños, quiero que intenten hacer esta manualidad hoy. Van a tener que seguir ustedes solos las instrucciones y averiguar cómo se hace. Yo los estaré observando y les iré preguntando cómo se sienten y qué es lo que les pasa por la cabeza. Es importante que la terapeuta no ayude al niño a realizar la tarea si el niño se lo pide, ya que el objetivo es que si el niño se muestra ansioso, la terapeuta ayude al niño a persistir en la tarea, procesando la experiencia a través de la identificación de sus pensamientos y emociones.
Recursos:	Juguete para armar
Tiempo	1 hora

Sesión 11

UN, DOS, TRES, PICA PARED

Tema:	Procedimientos basados en la ejecución
Objetivo específico:	Proporcionar al niño, la oportunidad de enfrentar el miedo.
Desarrollo:	Los niños se ponen unos al lado de los otros, tan lejos de quien dirige el juego como el espacio lo permita, y el líder dice, “un, dos, tres, pica pared” de espalda a ellos. Cuando el líder se pone de cara a la pared, los niños pueden avanzar, acercándose a él. Y, al contrario, cuando el líder acaba de decir la frase y se gira, los niños deben quedarse congelados en su sitio. Cuando el niño gira, puede servir para varias cosas. Cuando los niños se quedan parados en su sitio, se les puede hablar de los efectos de la ansiedad. El hecho de quedarse congelados refleja simbólicamente la tensión que produce el miedo y representa la parálisis emocional que suele acompañar la ansiedad. Se puede pedir a los niños que busquen signos de tensión en sus cuerpos. La capacidad que los niños desarrollan para identificar estos focos de tensión puede servir como base para el entrenamiento en relajación. Cuando los niños se quedan congelados se puede aprovechar la oportunidad para hacer una exposición, Por ejemplo, para un niño que tema al ridículo, la evaluación negativa y el bochorno, se construye una imagen en la que se exponga a las críticas de los demás. Se le puede pedir que se imagine a sí mismo levantando la mano en clase, y olvidando la respuesta cuando el profesor señale. El niño tendría que aplicar una habilidad de afrontamiento cuando la terapeuta introdujera la imagen generadora de ansiedad. En un entorno grupal, como es el caso, los otros niños pueden ayudar si el pequeño es incapaz de desarrollar habilidades de afrontamiento. Por ejemplo, se puede pedir que piensen algo que el niño pueda decirse a sí mismo para descongelarse.
Recursos:	Niños
Tiempo	1 hora

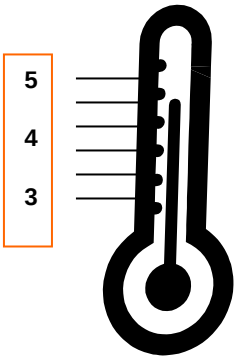
Sesión 12

MI MEDALLA DE VALOR

Tema:	Autorrecompensa
Objetivo específico:	Recompensar al niño por haber afrontado y controlado su ansiedad con éxito.
Desarrollo:	Se les dará a los niños una hoja de trabajo en donde deberán responder las siguientes preguntas: ¿Qué miedos he podido vencer? ¿En cuánto tiempo los he vencido? ¿Cuántas veces los he podido afrontar? ¿Qué me ha ayudado a afrontarlos? Y luego deberá escoger una carita (alegre, triste, enojada, serio) sobre cómo se siente por lo que logró. (ver anexos) Finalmente, se le hará a cada niño un reconocimiento ante sus demás compañeros, en donde se le dará una medalla de valor que llevará consigo.
Recursos:	Hoja de trabajo Medalla Ganchos de ropa para colocar la medalla.
Tiempo	1 hora

TERMÓMETRO

El niño deberá pintar el grado de ansiedad que le provoca alguna situación, y cómo se siente ante esa situación.



Me siento así cuando:

_____

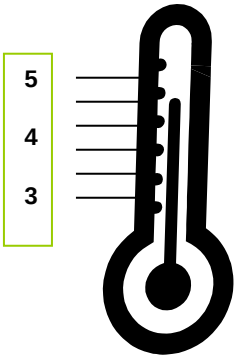
_____

_____

¿Qué haces cuando te sientes así?

_____

_____



Me siento así cuando:

_____

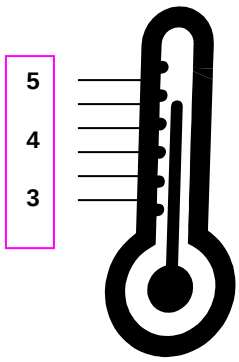
_____

_____

¿Qué haces cuando te sientes así?

_____

_____



Me siento así cuando:

_____
_____
_____

¿Qué haces cuando te sientes así?

_____
_____

LISTADO DE EJERCICOS DE RELAJACIÓN

A veces lo niños necesitan tanta ayuda como los adultos para aprender a relajarse. Los niños aprietan los músculos, se ponen tensos, sufren de dolores de cabeza y estómago, se sienten cansados o irritados. La tensión física y emocional se expresa a través de conductas que a primera vista parecen irracionales. Si uno le enseña a los niños a relajarse, ello puede aliviar su tensión y a menudo les ayuda a expresar la fuente de está.

- **El bosque tranquilo**

Puede imaginar que usted (terapeuta) y el niño son un par de árboles. Situados de cuclillas sobre el suelo imaginan su crecimiento. Esta fantasía guía su incorporación, una incorporación lenta hasta las nubes... Una vez de pié, procurarán crecer aún más, estirando sus brazos con la intención de tocar el cielo. Se estirarán a más no poder, todo que permitan sus cuerpos. Luego, tras los estiramientos, el árbol florece y las hojas caen hacia el suelo. Lo hacen con suavidad. Así, se van bajando poco a poco los brazos. La brisa mece con suavidad, y se imita el movimiento de los árboles movidos por el viento. Se procurará que en todo momento los movimientos sean suaves y hermosos.

- **La tortuguita**

Se le cuenta al niño la historia de una tortuguita que se enfadaba con facilidad. Cansada ya de pelearse con sus amigos, decidió un día que, cada vez que se enfadara, se metería muy dentro de su concha y solo saldría cuando su enfado hubiera pasado.

Cada vez que el niño escuche la palabra "*tortuguita*" debe hacer como ella. Pegar con fuerza los brazos a su cuerpo y meter la cabeza entre los hombros, sintiéndose muy tenso. Tras un breve momento de tensión la tortuguita asoma la cabeza, ahora muy relajada y feliz.

- **Combinación de respiraciones Y relajación Muscular**

Deben imaginar que son globos llenándose de aire. Mientras cuenta hasta cinco, lentamente van inflando sus globos al aspirar, estirando y apretando sus músculos. Que retengan el aire durante unos segundos. Luego al contar de regreso hacia el uno, diles que saquen el aire y que relajen sus músculos como si el globo se estuviera desinflando.

- **Imaginería**

1. Finge ser un mono de nieve. Fuiste hecho por algunos niños y ahora te han dejado en el parque. Tienes cabeza, cuerpo, dos brazos que sobresalen y te paras sobre unas fuertes piernas. La mañana esta hermosa, el sol está brillando. Pronto el sol se pone demasiado caluroso, sientes que te estás derritiendo. Primero se derrite tu cabeza, luego un brazo, después el otro. Poco a poco empieza a derretirse tu cuerpo. Ahora solo te quedan los pies y éstos también comienzan a derretirse. Pronto eres poza de agua en el suelo.

2. Simularemos que somos las velitas de una torta. Puedes elegir el color que quieras. Primero estamos de pie, altos y rectos. Parecemos soldaditos de madera. Nuestros cuerpos están rígidos como las velas. Ahora está saliendo un sol muy cálido. Empiezas a derretirte. Primero se inclina tu cabeza…luego tus hombros…después tus brazos…tu cera está derritiendo lentamente. Tus piernas se doblan…lentamente….hasta que estás completamente derretido y no eres más que cera derretida en el suelo.

- **Meditación:**

Cierra los ojos y siente que estás en un océano de luz azul; siente y cree que estás en una ola en ese océano y que flotas arriba y abajo, suavemente arriba y abajo, tal como una ola. Ahora siente que te disuelves y desapareces en ese océano tal como la ola, aahhh. Siéntela relajándote.

Ahora eres uno con el océano de luz azul y no hay ninguna ola, ninguna diferencia entre ti y el océano. Ahora escucha…muy tranquilamente dentro de ti…oye el ruido del mar dentro de tu cabeza y siente que te estás haciendo uno con ese sonido. Ahora el sonido esta desapareciendo y la ola comienza a volver, tal como la ola en el océano regresa después de haber desaparecido y se convierte en otra ola y otra y otra hasta que baña la playa y nosotros abrimos los ojos.

- **Técnica de relajación progresiva de Jacobson:**

Se inicia con el paciente en una posición cómoda, ojos cerrados, centrando la atención en la respiración, de tal manera que con cada inhalación se introduce aire y una sensación de relajación que fluye a través del cuerpo y, con cada exhalación se expulsa la tensión. Luego, se dan instrucciones para tensar y relajar 14 grupos musculares. Se debe mantener un nivel de tensión muscular que no provoque dolor durante unos 5 a 7 segundos y luego una relajación muscular de 10 a 20 segundos. La tensión-relajación se repetirá dos veces por cada grupo muscular, focalizando la atención en las sensaciones de tensión y relajación respectivamente, con frases y tonalidad de voz adecuadas. Si el paciente no es capaz de relajar algún músculo, se le indicará que centre su atención en la zona y repita la tensión-relajación. También hay que observar que no tense otros músculos automáticamente y que focalice su atención en el grupo muscular indicado. Cuando los 14 grupos musculares estén relajados, se centrará la atención en la sensación de relajación de todo el cuerpo utilizando como foco la respiración. Para completar la relajación se centrará la atención del paciente en una escena agradable, que previamente se habrá comentado.

Para terminar, se invita al paciente a volver paulatinamente a un estado de alerta, conservando la sensación de agradable relajación.

CUENTO

QUEDARSE CALLADO

Un día, Raúl estaba escribiendo: hacía su tarea con mucho cuidado. Le faltaba poco y quería acabar pronto para ir a jugar. Por fin-se dijo-ya terminé, voy a guardar mis cosas y a jugar…Recogió todo, acomodó sus útiles y se disponía a hacerlo cuando su mamá lo llamó:

Raúl, por favor ayúdame a regar las plantas. "¿Las plantas? Pensó el niño; bueno, al fin que después voy a jugar". Sí, mamá, ya voy-contestó animoso. Fue por la regadera y se puso a regarlas. Después de un rato, las plantas estaban cubiertas de agua y Raúl fue a guardar la regadera; entonces, escuchó la voz de su abuelita que lo llamaba: Raúl, hijito, ven, te voy a contar un cuento.

-¡Un cuento! Yo quería jugar- exclamó entre dientes Raúl.

-¡Qué dices, hijito?-preguntó la abuelita.

Nada, abuelita, ya voy-contestó.

Se sentó y escuchó el cuento con atención. Cuando terminó, dio un beso y las gracias a su abuelita y salió rápidamente pensando: "¡ Ahora sí, a JUGAR…! Corrió por sus juguetes…ya los estaba sacando y en ese momento…llegó su papá. El niño soltó los juguetes y lo saludó con cariño. Su mamá intervino diciendo: -Ya es hora de cenar, pasen al comedor por favor. Nuevamente tuvo que dejarlos…y cenar. Lo hizo rápido para ver si le quedaba un rato para jugar, pero los adultos no terminaban; hablaban y hablaban…

Por fin, el papá de Raúl se puso de pie y la sobremesa terminó. Iba a jugar ya! -Raúl, ve a preparar tu cosas para mañana, lávate los dientes y ponte la pijama-le dijo su mamá. "Esto es el colmo-pensó Raúl-, por más que me apuro y hago lo que me dicen, no logro jugar. Yo lo que quiero es: ¡JUGAAR!".

Caminó lentamente; se sentía triste porque no había logrado que lo entendieran. Se lavó los dientes, se puso la pijama y se acostó a dormir. Pero no podía conciliar el sueño, daba vueltas de una lado a otro. Cuando su mamá entró a darle las buenas noches, notó que algo inquietaba a su hijo.

-¡Qué te pasa, Raúl?-le preguntó.

-Nada mamá-contestó el niño.

Su madre se despidió y salió de la recámara. El niño se sentó en la cama. Desesperado, miraba sus juguetes y pensaba: "Por qúe no hablé? Por qué no le conté a mi mamá lo que quería hacer…?"

De pronto se abrió la puerta; como no sabía quién era, se escondió entre las sábanas. Su mamá, que lo había visto preocupado, regresó a averiguar qué le pasaba y alcanzó a ver lo que hacía.

-Hijito, ¿qué haces, no puedes dormir?. Cuéntame qué te inquieta-dijo cariñosa.

-Mami-contestó el chico entre sollozos-, es que no puedo jugar. Me apuro a hacer la tarea y me mandas a regar; acabo y mi abuelita me cuenta cuentos; termino y llega papá, cenamos y nos vamos a dormir. Y yo quería jugar.

-¿Y por qué no me lo dijiste desde que regaste las plantas?-preguntó su mamá-, yo lo hubiera hecho. Si te quedas callado no puedo saber cuáles son tus necesidades. Hay que hablar. Qué bueno que me lo contaste ahora porque, además de no darme cuenta, tu estarías sin dormir hasta muy tarde y con ese disgusto en tu interior. Quedarse callado cuando uno debería hablar es un gran obstáculo para la comunicación: así no te puedo ayudar y tú no puedes solucionar lo que te pasa. Te daré permiso de jugar veinte minutos y luego, ¡a la cama!. Pero, recuerda, manifiesta lo que deseas de buena manera y te ahorrarás muchos problemas-aclaró la madre.

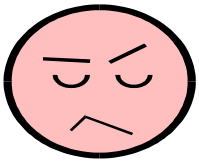
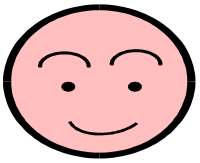
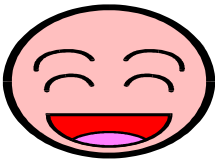
-Sí, mamá, gracias- Raúl le dio beso y saltó de la cama a ¡JUGAR!.

Su mamá lo vio tan contento que salió tranquila de la habitación dejando al niño con sus juguetes. La comunicación ha ocurrido.

Los niños aprendieron por medio de ejercicios que cuando uno tiene un problema, lo mejor es contarlo; si no lo hacemos, vamos guardando en nuestro interior rencor, coraje o tristeza y esto nos daña más que el problema mismo.

REFUERZOS

El niño deberá responder las siguientes preguntas y luego, reflexionar cómo se siente ante las respuestas, deberá escoger una carita que lo refleje y así se deberá reforzar sus logros.

¿Qué miedos he podido vencer?	• • •
¿Cuánto tiempo los he vencido?	
¿Cuántas veces lo he podido afrontar?	
¿Qué me ha ayudado a afrontarlos?	

Me siento: