

Trabajo Final Integrador

**Estudio de caso: Trastorno de Ansiedad y  
Terapia Cognitiva Conductual para niños  
ansiosos de Philip Kendall.**

Tutora: Dra. Nora Inés Gelassen

Bárbara Abdala Baldomá

## **2. INDICE**

3. Introducción 3

4. Objetivos 3

4.1. Objetivo General 3

4.1.1. Objetivos Específicos 4

5. Marco Teórico 4

5.1. Ansiedad, una emoción existencial 4

5.2. Ansiedad sintomática 5

5.2.1. Trastornos de Ansiedad 6

5.3. Ansiedad en la infancia 7

5.3.1. Síntomas de ansiedad en la infancia 8

5.3.2. Trastornos de Ansiedad en la infancia 9

5.3.3 Contexto familiar y ansiedad en niños 11

5.4. Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en niños 13

5.4.1. Terapia Cognitiva Conductual 14

5.4.1.2. Terapia Cognitiva Conductual para la ansiedad en niños 15

5.4.2. Una herramienta para el trabajo con niños ansioso, “El Gato Valiente” 15

6. Metodología 19

6.1. Tipo de estudio 19

6.2. Participante 19

6.3. Instrumentos 19

6.4. Procedimiento 20

7. Desarrollo 20

7.1. Evaluación psicológica del niño 21

7.1.1. Entrevista semidirigida 21

7.1.2. Test Gestaltico Visomotor de Bender 22

7.1.3. Test de la Familia Kinética actual 23

7.1.4. Test de la Persona Bajo la Lluvia (PBLL) 24

7.1.5. Test de la Casa, el Arbol y la Persona (H-T-P) 25

7.1.6. Escala de ansiedad para niños autoaplicada (SCARed) 26

7.1.7. Conclusión de la evaluación psicológica del niño 27

7.2. El contexto familiar y su relación con la sintomatología ansiosa 28

7.3. Tratamiento basado en la Terapia Cognitiva Conductual para niños

ansiosos de Phillip Kendall	31
7.3.1. Descripción del tratamiento durante las primeras tres sesiones	32
7.3.1.1. Primera sesión de encuentro con los padres	33
7.3.2. Descripción del tratamiento de la quinta a la octava sesión	34
7.3.2.1. Segundo encuentro con los padres	37
7.3.3. Sesión diez, último encuentro	38
8. Conclusión	40
9. Bibliografía	43
10. Anexo	47

### **3. INTRODUCCIÓN**

La Práctica Profesional y Habilitación V se ha desarrollado en el servicio de psicopediatría de un Hospital Interzonal General de Agudos .

Para el cumplimiento de la misma se ha concurrido durante 320 horas los días hábiles de 9 a 12.30 hs.

Las actividades efectuadas han sido coordinadas y supervisadas por la Dra. Nora Gelassen y se han desarrollado de manera individual, grupal e interdisciplinariamente con los médicos.

La práctica consistió en la realización de trabajos dentro del departamento de psicología pediátrica recorriendo las salas de internación para poder obtener datos de los pacientes internados mediante una entrevista psicosocial. Esta permitía identificar la presencia de enfermedades mentales en la familia, adicciones, violencia, redes sociales del paciente y otros datos de relevancia para saber si era necesaria la intervención psicológica.

También, se brindaba apoyo, contención y acompañamiento psicológico tanto a los niños y adolescentes internados como a sus cuidadores. Además, se recibían interconsultas de parte de los médicos cuando éstos consideraban pertinente la intervención del psicólogo para la evolución del paciente.

Otra actividad que se llevaba a cabo era la atención ambulatoria en los consultorios externos en donde se realizaban entrevistas de admisión y se brindaba tratamiento psicológico ambulatorio a niños y adolescentes.

El interés del trabajo final de integración surgió por la participación en la entrevista de admisión y tratamiento de un niño de once años que llamaremos

M. El niño llegó a la consulta derivado por su pediatra porque presentaba

recurrentes síntomas físicos sin causa médica aparente.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir el caso clínico de un niño de once años que presenta sintomatología ansiosa basado en la Terapia Cognitiva Conductual para niños ansiosos de Philip Kendall.

##### **4.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir, a través de la evaluación psicológica, los síntomas ansiosos en el niño.

Analizar el contexto familiar del paciente y su relación con la sintomatología ansiosa.

Describir el tratamiento de la sintomatología ansiosa desde la Terapia cognitivo-conductual para niños ansiosos de Philip Kendall.

#### **5. Marco Teórico**

##### **5.1. Ansiedad, una emoción existencial.**

Cuando se habla de las emociones generalmente se piensa en los estados sentimentales que atraviesan los seres humanos. De acuerdo con Goleman (1996), todas las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado. Estas tendencias biológicas con la que contamos los seres humanos para actuar están moldeadas, además, por nuestras experiencias de vida y por la cultura. Las emociones nos ofrecen la posibilidad de guiarnos cuando debemos enfrentar momentos difíciles y no dejarnos sólo con nuestro intelecto. En diferentes ocasiones, a lo largo de toda la vida, las personas pueden sentir aprensión, inquietud, preocupación y desasosiego. Estas características refieren a un fenómeno esencialmente humano: la emoción de la ansiedad. Según Bulacio (2004) esta emoción le permite al hombre poder anticipar diversas situaciones; algunas relacionadas con la defensa y otras con el ataque. Se la considera una emoción normal debido a su capacidad adaptativa. De acuerdo con el autor, esta emoción se complejiza a partir de los múltiples significados que las personas pueden darle a las experiencias vividas y anticipadas en relación consigo mismo, con los demás y con el mundo que los rodea. De este modo, la actitud de defensa que implica la ansiedad podrá ser ante amenazas inmediatas o amenazas que podrían ocurrir en un tiempo

futuro. Al hablar de amenazas, no sólo se consideran las físicas, sino también las cognitivas (racionales y emocionales). Por lo tanto, la amenaza dependerá de la valoración que el sujeto haga de los estímulos, externos e internos, y de su capacidad de respuesta mediada por la valoración de sus recursos.

Teniendo en cuenta lo planteado por Lazarus y Lazarus (2000), cuando las personas se sienten ansiosas no se pueden relajar y tienen la sensación de que algo va mal en la situación o en la vida en general. Se sienten intranquilas, se preocupan, se encuentran invadidas por pensamientos que no pueden aquietar y que quieren evitar o escapar. En estas situaciones es cuando la ansiedad deja de ser una emoción normal para convertirse en un problema en la vida de las personas.

Cuando la ansiedad adquiere una gran dimensión, sobrepasa determinados límites, se generaliza o se transforma en una respuesta rígida, se convierte en un problema de salud. Interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales o intelectuales impidiendo el bienestar. De esta modo, se transforma en una emoción desadaptativa, disfuncional, es decir, en una emoción patológica (Bulacio, 2004).

## **5.2. Ansiedad sintomática**

Los síntomas de la ansiedad son muy variados y depende de cada sujeto la forma o intensidad con la que estos se presenten. De acuerdo con Lang (1968) y su teoría tripartita de la ansiedad, las manifestaciones pueden ser en tres niveles: fisiológico, cognitivo o conductual.

Según Rojas (1999), los síntomas físicos, provenientes del nivel fisiológico, están producidos por una serie de estructuras cerebrales intermedias donde residen o se asientan las bases neurofisiológicas de las emociones. Los más frecuentes son la taquicardia, palpitaciones, temblores, hiper sudoración, boca seca, dificultad respiratoria, tensión abdominal, náuseas, vómitos, entre otros. Los síntomas psicológicos, derivados del nivel cognitivo, están producidos por una reacción de sobresalto, de incitación a la huida, de participación activa en la percepción de miedos difuminados y etéreos, en donde se presenta un cierto desafío, que es la impresión subjetiva de no quedarse quieto. Los más frecuentes son la anticipación de lo peor, la sensación de que los hechos tienen mayor rapidez que lo habitual, pensamientos negativos sobre ideas de que algo malo va a suceder, sospecha

temerosa, por citar algunos casos. Dentro de este nivel se encuentran también, de acuerdo al autor, los síntomas intelectuales que se manifiestan abarcando el conocimiento. Son los de presentar un pensamiento radical en donde todo se plantea en términos del todo o nada, adelantar conclusiones negativas, presentar generalización excesiva, centrarse en detalles selectivos nocivos para la persona, entre otros.

En el nivel conductual aparecen los síntomas de conducta que se registran mediante el comportamiento de las personas tanto en el aspecto general como en el plano comunicativo. Los más comunes suelen ser el comportamiento de alerta o guardia, hipervigilancia, estado de atención constante, dificultad para la acción, bloqueo o perplejidad, agitación intermitente, disminución o ausencia de eficacia operativa, entre los más destacados (Rojas, 1999).

De acuerdo con Bulacio (2004), otra área que puede verse afectada por la ansiedad es el área social debido a que la irritabilidad, el ensimismamiento, las dificultades para iniciar o seguir una conversación, quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, sumado a la dificultad para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos pueden llevar a un deterioro en las habilidades sociales de las personas.

### 5.2.1. Trastornos de Ansiedad

El impacto de la ansiedad produce una distorsión en toda la psicología del sujeto, afectando las áreas de mayor desempeño como suelen ser las familiares, laborales, sociales o intelectuales. Según el DSM-IV (2004), la ansiedad como respuesta sintomática puede formar parte de numerosos trastornos denominados Trastornos de Ansiedad.

Dentro de ellos se encuentran los siguientes:

- Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)
- Agorafobia
- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo

- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

### **5.3. Ansiedad en la infancia**

De acuerdo con March (1995), el estudio de la ansiedad en los niños presenta una relevancia histórica, ya que el desarrollo de la conceptualización de la ansiedad como origen del concepto de temor en los niños fue trabajado desde el campo del psicoanálisis con el caso del “Pequeño Hans” o “Juanito”, como así también desde el conductismo con el caso de el “Pequeño Alberto”. Teniendo en cuenta lo que establecen los autores Bunge, Gomar y Mandil (2010), los niños presentan numerosos miedos a lo largo de su crecimiento. Estos miedos que aparecen, a veces suelen caracterizarse como transitorios, de intensidades débiles y esperables para la edad de los niños. Los más frecuentes que pueden aparecer teniendo en cuenta el estadio evolutivo del infante que abarca desde el nacimiento hasta los 18 años son los siguientes:

- Nacimiento hasta los seis meses: pérdida de contacto físico con la madre, ruidos intensos.
- Siete a doce meses: personas extrañas
- Año a cinco años: ruidos intensos, animales, oscuridad, monstruos, fantasmas.
- Seis a doce años: daños físicos, ser castigado, fracaso escolar.
- Doce años a dieciocho años: pruebas o exámenes, sentirse socialmente avergonzado o excluido (Dulcan & Popper, 1991).

En palabras de Álvarez y Berazaluce (2003), estos temores frecuentes que surgen en los niños se denominan miedos evolutivos, ya que son específicos de cada etapa y van cambiando de acuerdo con el desarrollo cognitivo del niño. Además, los autores agregan que estos temores implican que el niño pase por una serie de etapas críticas en las que cabe la posibilidad de tener uno u otro tipo de temores, lo cual no significa que todos los infantes los vivan de la misma manera y con la misma intensidad.

#### **5.3.1. Síntomas de ansiedad en la infancia**

En los niños, al igual como suele suceder en el caso de los adultos, los temores frecuentes pueden convertirse en miedos desproporcionados, duraderos, persistentes, que traen como consecuencia limitaciones en la vida cotidiana. Con lo cual, esto posibilita identificar que los trastornos de ansiedad no sólo son diagnosticados en las personas adultas, sino que los miedos, la ansiedad y las preocupaciones son experiencias que pueden aparecer frecuentemente en la infancia. De acuerdo a las consideraciones de Friedberg y McClure (2005), cuando los niños manifiestan ansiedad hay cinco esferas de funcionamiento que se ven alteradas. Una de ellas se encuentra representada mediante los cambios que se producen a nivel fisiológico, en donde las quejas somáticas, como por ejemplo, dolores de cabeza, panza, mareos y tensión muscular son los más frecuentes que aparecen. Reparando en lo que plantean los autores, en la mayoría de los casos, estos síntomas han sido analizados por un pediatra y no se ha encontrado causa médica alguna a los signos manifestados. La segunda esfera que se ve alterada es la emocional, allí los niños muestran preocupación, terror, pánico, miedo e irritabilidad que dan cuenta de cómo se ven afectados por la presencia de ansiedad. También presentan cambios importantes en la esfera cognitiva, aquí los síntomas reflejan la forma en que los niños procesan la información. Entonces, es muy característico que aquellos que presentan ansiedad, estén repletos de diálogos internos, predicciones y expectativas catastróficas de fracaso de afrontamiento. Es así entonces, que sus mentes se bloquean en aspectos que pueden ser potencialmente amenazadores para determinadas situaciones, esperando que pase lo peor y no poder afrontarlo.

Continuando con lo expresado por los autores, la evitación forma parte de la manifestación más clara de la ansiedad y refleja otra de las esferas, la conductual, que se ve afectada por la presencia de la misma. En cuanto a la esfera interpersonal de los niños, generalmente la aparición de ansiedad hace que ellos sean más tímidos y sensibles a la evaluación negativa o examen de los demás.

De acuerdo a lo que exponen Brook, Cohen, Gurley, Ma y Pine (1998), los síntomas en los niños pueden disminuir. Sin embargo, la mayoría de los trastornos de ansiedad que se identifican en la niñez no remiten con el tiempo. Entonces, la identificación temprana y el tratamiento eficaz de estos trastornos



tanto en la infancia como en la juventud son importantes no sólo para mejorar su funcionamiento presente, sino también para proteger su salud y desarrollo a largo plazo.

### 5.3.2. Trastornos de Ansiedad en la infancia.

Los trastornos de ansiedad según Ruiz Sancho y Lago Pita (2005), son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños y adolescentes, significando un problema de salud importante en la población infantojuvenil. De acuerdo a lo expuesto por Barrett (2000), en los niños entre ocho y doce años de edad, se consideran más habituales los trastornos de ansiedad tales como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad por separación, la fobia social, específica, escolar y el trastorno por estrés postraumático. La autora, menciona que las manifestaciones típicas de estos trastornos pueden resumirse en los siguientes síntomas: los temores referentes a una posible separación, daño y/o pérdida de las figuras de apego, la evitación a situaciones sociales y formativas, quejas sobre síntomas físicos como dolor de estómago, náuseas, cefaleas, como algunos de los más característicos. Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (2004), el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, como el rendimiento laboral o escolar, que se prolongan más de seis meses (Criterio A). El individuo que lo padece le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación (Criterio B). La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los siguientes síntomas, donde algunos de los cuales han persistido más de seis meses: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador). En los niños, sólo se requiere uno de estos síntomas (Criterio C). El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno, es decir, que la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o

de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), aumentar de peso (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno por somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés posttraumático (Criterio D). La ansiedad, preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo, o un deterioro social, laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas o fármacos) o a una enfermedad médica, y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico o trastorno generalizado del desarrollo (Criterio F).

Según lo que mencionan las autoras Ruiz Sancho y Lago Pita (2005), los niños que presentan trastorno de ansiedad generalizada muestran un espectro de síntomas más limitado que los adultos. En ellos, es frecuente la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas vagas e inespecíficas que aparecen recurrentemente. Retomando lo enunciado por las autoras, un síntoma característico de este trastorno, es la presencia de la llamada ansiedad flotante, que se caracteriza por ser generalizada, persistente y no estar restringida a una situación particular. Los niños que padecen este trastorno manifiestan preocupaciones múltiples y variadas, sufren constantemente temores poco realistas referidos a su competencia y desempeño pasado o futuro, como así también sobre eventos o situaciones novedosas.

### 5.3.3 Contexto familiar y ansiedad en niños.

La etiología de un trastorno según lo expuesto por Bunge, Gomar y Mandil (2010), se debe a una combinación de elementos. Por un lado, refieren a factores predisponentes como son los genéticos hereditarios. Es decir, que existe una vulnerabilidad biológica en el niño, como suele suceder cuando presentan un bajo umbral de activación del “arousal” afectivo. Pero además, según describen los autores, los niños pueden poseer un procesamiento sesgado de la información. Esto, habitualmente acontece en los casos en que se magnifican los peligros y se desvalorizan los recursos de afrontamiento. Asimismo, indican que otro aspecto a tener en cuenta en la etiología del trastorno, es la experiencia de aprendizaje que tuvo el niño. Frecuentemente,

ocurre en los casos de patrones de apego ansiosos en la crianza, o bien en la transmisión cultural del “sesgo catastrófico” que puede darse dentro de ambientes significativos para el niño como es el caso de la familia. Por otro lado, refieren la existencia de factores precipitantes, es decir, aquellos acontecimientos aversivos actuales en la vida del niño.

Tanto los factores precipitantes como los predisponentes adquieren importancia y sentido entendiéndolos dentro del contexto en el cual el niño, al ser parte de un sistema, se encuentra inmerso. El contexto es considerado como el marco en el cual la conducta y los mensajes verbales y no verbales se hacen significativos. Es decir, que la conducta debe comprenderse dentro del mismo. Entonces, la sintomatología que puede presentar un individuo no sólo es considerada en el contexto de algún tipo de cambio orgánico, sino también en el de su significado dentro de la familia y del medio social en general. (Simon, Stierlin & Wynne, 1997).

El sistema en el cual funciona el niño, involucra a su familia, amigos y escuela. Generalmente, los trastornos de ansiedad suelen tener un impacto negativo en el niño e interfieren en la manera en que éste se relaciona con cada uno de los elementos de su sistema. Al ser el comportamiento del niño caracterizado por la evitación de interacciones o situaciones apropiadas para su edad, necesarias para un desarrollo sano, es frecuente que el malestar no sólo se genere tanto para el propio niño que lo padece, sino también para quienes lo cuidan (Kendall & Verduin, 2008).

Según Greco y Morris (2005), los niños que padecen ansiedad suelen presentar dificultades en las relaciones sociales. Farvolden, Mancini y Van Amerigen (2003) agregan que además puede verse afectado su rendimiento académico como también su futuro bienestar emocional.

Los factores contextuales, de acuerdo con Bunge, Gomar y Mandil (2010), cumplen un rol determinante en todo motivo de consulta. Los niños dependen de sus padres, tutores y allegados significativos. Por esta razón, la familia habitualmente suele ser incluida en todo tipo de tratamiento con niños y adolescentes.

Friedberg y McClure (2005), mencionan que dentro del contexto en el cual se encuentran los niños ansiosos, existe la posibilidad de encontrar dos tipos diferentes de padres. Pueden encontrarse padres que suelen implicarse

demasiado o demasiado poco en la vida de sus hijos. Aquellos padres que se implican poco suelen mostrarse distantes, lejanos y distanciados. De modo contrario sucede con aquellos padres sobreprotectores que se involucran en exceso queriendo proteger a sus hijos de estresores vitales inevitables, desconfiando en la capacidad de afrontamiento de sus hijos y percibiendo una imagen excesivamente frágil de ellos.

Teniendo en cuenta el contexto, la familia y el colegio, las autoras Ruiz Sancho y Lago Pita (2005) explican, que éstos son quienes pueden ayudar a los niños en las situaciones naturales que propician la aparición de la ansiedad. De acuerdo con las palabras de las autoras, es importante el entrenamiento de los padres en respuestas adecuadas de empatía y no intentar solucionar el problema en el momento, ni minimizar su importancia. Incluso, entrenarlos en cómo contarle al niño maneras constructivas y realistas de enfrentarse al problema, ayudarlos a que se frenen en su intento de controlar al niño de culparlo por lo que siente o desvalorizarlo. Otro entrenamiento propicio que proponen es que el colegio, al ser parte del sistema del niño, refuerce sus capacidades y siga con las instrucciones que los terapeutas brindan durante el tratamiento.

#### **5.4. Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en niños.**

El tratamiento que se lleva a cabo es la psicoterapia, es decir, el tratar por medios psicológicos problemáticas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece de manera deliberada una relación profesional con el paciente con el objetivo de suprimir, modificar o paliar los síntomas existentes, intervenir en las pautas distorsionadas de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivos de la personalidad (Feixas & Miró, 1998).

Una de las herramientas más efectivas que se utiliza en campo de la psicoterapia es la evaluación psicológica. De acuerdo a lo que plantea Casullo (1996), es un proceso mediante el cual, a partir de algún modelo o enfoque teórico implícito o explícito, se intenta comprender o analizar un fenómeno concreto, ya sea real o simbólico, en sus aspectos manifiestos y/o latentes. Toda evaluación, según la autora, tiene como objetivo el poder categorizar, comparar, analizar, contrastar, datos de tipo cualitativos como cuantitativos obtenidos mediante la aplicación de técnicas diversas.

Según plantea Fernández Álvarez (2009), los instrumentos de

evaluación psicológica, como las técnicas psicométricas, entrevistas, cuestionarios, escalas, técnicas proyectivas o gráficos, son de gran utilidad para ajustar el juicio clínico. Éstos, le permiten al terapeuta obtener información complementaria a las entrevistas que frecuentemente se aplican al inicio del tratamiento, colaborar en la ponderación de los recursos disponibles por parte de los pacientes y contar con los datos necesarios para un diagnóstico adecuado. Los instrumentos de medición cumplen la función de ayudar al clínico en el diseño y evaluación del proceso terapéutico en su totalidad.

Uno de los métodos más comunes para evaluar la ansiedad en niños y jóvenes son las entrevistas. Estas mismas pueden variar entre estructuradas, semi-estructuradas y no estructuradas. De acuerdo con Casullo (1992), la entrevista clínica semi-estructurada establece una relación fija de categorías para ser investigadas y acompaña a sus instrumentos con definiciones e instrucciones para la comprensión y evaluación de cada síntoma.

Continuando con lo que expresa Fernández Álvarez (2009), en la población infantil, las pruebas psicológicas siguen siendo muy útiles para obtener la información que no puede evaluarse a través de las entrevistas. Las pruebas gráficas y las que evalúan la maduración de las funciones cognitivas son las principales técnicas más utilizadas en esta población. Cuando la evaluación se realiza en niños con posibles trastornos de ansiedad, deberían enfatizarse diversas áreas, tales como el comienzo e historia de desarrollo, contexto de los síntomas, así como la historia médica, familiar, social y académica del niño (Bernstein, Borchart, & Perwein, 1996).

Otro aspecto a tener en cuenta en la evaluación de un niño que presenta trastorno de ansiedad es la conducta. Bunge, Gomar y Mandil (2010) manifiestan que a lo largo del proceso de evaluación, la observación del comportamiento puede brindarle al profesional información muy útil para poder arribar a un diagnóstico específico. Asimismo, agregan que las evaluaciones a padres y maestros, también son herramientas útiles que proveen información adicional sobre el comportamiento del niño en diversos contextos. El tratamiento de los síntomas ansiosos puede abordarse desde diversos tipos de psicoterapias. Teniendo en cuenta lo expresado por los autores, la mayoría de los estudios en psicoterapia para la ansiedad infantil investigan la eficacia que muestra la Terapia Cognitivo Conductual.

#### 5.4.1. Terapia Cognitiva Conductual

A comienzos de los años sesenta y de la mano del Dr. Aaron T. Beck se desarrolla la Terapia Cognitiva Conductual como un tratamiento efectivo para la depresión y ansiedad. Este tratamiento se caracterizaba por ser estructurado, breve, centrado en la problemática presente, destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes (Beck, 2000).

Algunas de las características más destacadas de este modelo son:

- Centrado en el presente, en el problema y solución
- Enfatiza la colaboración y la participación activa del paciente y del terapeuta
- Educativa enseñándole al paciente a ser su propio terapeuta
- Énfasis en la prevención de recaídas
- Estructurada y limitada en el tiempo

#### 5.4.1.2. Terapia Cognitiva Conductual para la ansiedad en niños

La Terapia Cognitiva Conductual para los trastornos de ansiedad en la infancia ha resultado efectiva para problemas específicos y trastornos diagnosticados (Albano et al., 2008).

Teniendo en cuenta que la ansiedad afecta a todas las áreas en las cuales se encuentra inmerso el niño, Barlow (2000) explica que el tratamiento de la sintomatología ansiosa en la infancia se enfoca en múltiples áreas, dependiendo de las vulnerabilidades de cada niño, incluyendo el desarrollo de respuestas de afrontamiento, dominio y sentido de autocontrol.

Kendall (2000) sostiene que el pensamiento de los niños ansiosos sobre sí mismos y sobre el mundo, suele manifestarse como cogniciones desadaptativas, incluyendo temores de ser lastimados o heridos, pensamientos auto críticos y de peligro o amenaza. El objetivo de los tratamientos cognitivos en niños no consiste en reemplazar sus pensamientos por pensamientos positivos, sino en ayudarlos a identificar y cuestionar su pensamiento negativo.

De acuerdo con Kosovsky (2010), la terapia cognitivo conductual pone un gran énfasis en las tareas intra e intersesiones, en donde la experiencia es lo que permite al paciente desarrollar un sentimiento de competencia en el afrontamiento de las situaciones que previamente le provocaban ansiedad.

#### 5.4.2. Una herramienta para el trabajo con niños ansiosos, “El Gato Valiente”

Una versión de la Terapia Cognitiva Conductual para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños es el programa “El Gato Valiente”.

Kosovsky (2010), expresa que el programa es una herramienta muy efectiva para utilizar en la psicoterapia infantil ya que se encuentra basado en el enfoque cognitivo conductual. Entonces, de acuerdo a lo que manifiesta la autora, tiene un énfasis en los factores de procesamiento cognitivos de información asociados a la ansiedad de cada individuo (como por ejemplo angustia, estrés, ansiedad anticipatoria, etc.). También incluye los factores sociales, como son los pares y la familia, al igual que la comprensión de las emociones y las técnicas de manejo de las mismas. Este Programa se encuentra estructurado en 16 sesiones para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, específicamente ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia social en niños y adolescentes. Su objetivo es poder enseñarles a los niños a reconocer los primeros signos de la ansiedad no deseada y poder utilizar los mismos para el uso de estrategias de manejo de ansiedad.

Kendall (2006) establece que el programa “El Gato Valiente” se encuentra dividido en dos partes. La primer parte consta de ocho sesiones que conforman el segmento de entrenamiento del niño. La segunda parte está destinada a técnicas de exposición, es decir, a la práctica. En palabras del autor, durante el segmento de entrenamiento se trabaja con el niño en el reconocimiento de las reacciones corporales, las emociones y las reacciones específicas de la ansiedad. Luego, se lo entrena para aprender a reconocer y modificar su “diálogo interno” ansioso. En tercer lugar, se presenta ante el niño la posibilidad de modificar su diálogo interno ansioso por un diálogo interno de afrontamiento y el desarrollo de planes para afrontar su ansiedad de manera más efectiva en distintas situaciones. El cuarto objetivo dentro del entrenamiento tiene como función que el niño logre realizar auto evaluaciones y recompensas por sus éxitos, incluso cuando éstos sean parciales.

Kendall (1992) sintetiza en el acrónimo FEAR (TEMOR), a la manera de

recordatorio para el paciente, las habilidades requeridas al afrontar una situación estresante:

¿Tienes miedo? : El niño debe reconocer los síntomas físicos de ansiedad.

¿Esperas que pase algo Malo? : El niño debe reconocer los diálogos internos atemorizantes y que lo preocupan.

**Operaciones que ayudan (Actitudes y Acciones):** El niño debe poder reconocer las conductas y enunciados de afrontamiento, basados en la resolución de problemas que podría implementar en las situaciones que le generan ansiedad.

**Resultados y recompensas:** El niño realiza una autoevaluación de acuerdo al esfuerzo realizado y al refuerzo contingente.

La segunda parte del tratamiento según expone el autor, consiste en que el niño pueda aplicar los nuevos conocimientos y habilidades en situaciones que le provoquen cada vez mayor ansiedad. Finalmente, se concluye el tratamiento en la última sesión en donde el niño mediante la filmación de un comercial, realización de un cuento, dibujo o actividad que le parezca interesante, logre compartir y demostrar lo que ha aprendido durante todo el tratamiento.

De acuerdo con Kendall (2006), durante todo el tratamiento, deben tenerse en cuenta seis componentes fundamentales que el terapeuta en su rol de “entrenador” debe enseñarle al niño para poder guiarlo durante la práctica.

Estos componentes son explicados por Bunge, Gomar y Mandil (2010):

**Psicoeducación:** Refiere a la posibilidad de que el niño logre distinguir las primeras señales de ansiedad para saber cómo y cuándo aplicar los mecanismos de autocontrol. Además, tiene como objetivo mostrarle al niño que la ansiedad es una emoción útil que requiere un manejo y no su eliminación.

Para trabajarlo durante el tratamiento, se comienza con la identificación de sentimientos por parte del niño, para luego pasar a trabajar sobre conversaciones más específicas sobre las distintas señales somáticas que se presentan a causa de la ansiedad. Una vez que los niños aprenden a detectarlas y son capaces de diferenciarlas de otras reacciones, pueden reconocer cuándo usar una nueva habilidad, como por ejemplo técnicas de respiración, o aplicar habilidades de afrontamiento que serán aprendidas a lo largo del tratamiento.

**Relajación y Manejo somático:** Los ejercicios de relajación le permiten al



niño aumentar el reconocimiento de las diferentes sensaciones afectivas mediante el incremento de su propio cuerpo. Cuando los niños evocan sentimientos de ansiedad como de relajación a través de la respiración, permite diferenciar la tensión de la relajación en los músculos del cuerpo y facilita al niño la posibilidad de manejar aquellas situaciones que antes le resultaban desconcertantes e inmanejables.

Manejo y Reestructuración cognitiva: El objetivo es enseñarle a los niños o jóvenes a cerca de las auto-verbalizaciones ansiosas para que logren reconocer sus patrones de pensamiento individual, ayudarlos a entender que es posible la modificación de las mismas y también su reestructuración.

Resolución de problemas: El objetivo consiste en que el niño tome un rol activo dentro del proceso afrontamiento del problema. En primer lugar, como manifiestan los autores, lo importante es que el niño reconozca cuál es el problema. Luego, una vez identificado, se deben pensar posibles soluciones a las formas de afrontamiento del mismo y también evaluar cada una de ellas.

Finalmente, se deben probar con el niño las posibles soluciones.

Exposición a situaciones que provocan ansiedad: La exposición es frecuentemente considerada el componente más importante en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Barlow, 2000). Las tareas de exposición son experiencias sistemáticas con situaciones temidas en las que se les brinda a los niños la oportunidad de practicar habilidades de afrontamiento. Además, ayudan al niño a distinguir entre el peligro real y el peligro percibido a través de la experiencia directa. Dentro del Programa “El Gato Valiente”, el terapeuta junto con el niño, adquieren un rol activo en la planificación y realización de las tareas de exposición. También, se considera que la práctica repetida le otorga el niño o joven la posibilidad de construir un repertorio de experiencias exitosas en situaciones que le provocaban ansiedad, haciendo más difícil que en el futuro olvide las experiencias exitosas y así sea más fácil que se generen pensamientos de afrontamiento útiles.

Continuando con las tareas de exposición, Kendall (1992) plantea que existen dos tipos de exposiciones, las imaginarias y las reales. Las primeras, apuntan al juego de rol entre el niño y el terapeuta frente a una situación temida. Las segundas, consisten en la exposición en vivo frente a los estímulos o situaciones que son generadoras de ansiedad o temor en el niño y soportar el

malestar hasta que se logre una disminución de la ansiedad

Prevención de recaídas: En esta fase se refuerza junto con el niño los logros alcanzados y se anticipan posibles altibajos revisando las estrategias implementadas para sortear los obstáculos en el futuro.

Kendall (2006) destaca que el Programa “El Gato Valiente” provee un marco general que permite organizar las estrategias y objetivos a alcanzar durante el transcurso del tratamiento. Además agregan, que su aplicación flexible y creativa permite que se adapte a las particularidades de cada paciente y sus contextos, lo cual incrementa las probabilidades de mejoría. Finalmente Kosovsky (2010) agrega que el programa ha sido evaluado en numerosos ensayos clínicos y los resultados han sido favorables aportando evidencia de la permanencia de los beneficios obtenidos.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 Tipo de estudio**

Descriptivo. Estudio de caso.

### **6.2 Participante**

Se trabajó con un paciente de sexo masculino de once años de edad al que llamaremos M que llegó a la consulta derivado por su médica pediatra ya que presentaba recurrentes síntomas físicos como dolores de estómago, de cabeza, náuseas, entre otros, que habían sido controlados mediante diferentes estudios cuyos resultados médicos eran normales. Su familia estaba compuesta por su Padre (39 años), Madre (39 años), Hermano mayor (13 años) y Hermana menor (6 años). También al momento de la consulta, su familia vivía con su Abuela paterna (63 años) y su Tía paterna (32 años).

### **6.3 Instrumentos**

- Entrevista semidirigida
- Test Gestáltico Visomotor de Bender: Evalúa el patrón de desarrollo y nivel de maduración de cada individuo y su estado patológico funcional u orgánicamente inducido. (Munsterberg Koppitz, 2008)
- Familia Kinética Actual: Permite evaluar no sólo como el niño se ve a sí mismo, si no también a su familia y al lugar que ocupada dentro de ésta. (Munsterberg Koppitz, 2007). Asimismo, ayuda a contextualizar la problemática del sujeto dentro de una perspectiva más amplia que

incluye su particular vivencia del grupo familiar (De Verthely, 1985).

□ Persona Bajo La Lluvia (PBL): Es una técnica gráfica proyectiva cuya consigna inicial invita al evaluado a colocarse bajo condiciones ambientales desagradables para acceder a los pliegues más profundos de la intimidad (Querol & Chaves Paz, 2005). Intenta lograr un retrato de la imagen corporal bajo condiciones desagradables de tensión ambiental representadas por la lluvia (Hammer, 1969).

□ Test de la Casa, el Árbol y la Persona (H-T-P): Evalúa la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y de su ambiente, qué cosas considera importantes, cuales destaca y cuales desecha (Hammer, 1969).

□ Escala de ansiedad para niños autoaplicada (SCAReD): Encuesta en su versión para padres y niños de ocho a dieciocho años. Consiste en un auto-reporte de síntomas que se dividen en 5 grupos, cada uno esbozando un trastorno ansioso específico: fobia escolar, fobia social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, y trastorno de pánico/somatización. Las opciones de respuesta son: 0 “No es cierto”; 1 “Es cierto a veces”; 2 “Es muy cierto” (Birmaher, et al., 1997).

#### **6.4 Procedimiento.**

Se realizaron 10 sesiones semanales de 45 minutos de duración en los consultorios externos del área de Psicología del Servicio de Pediatría. Se trabajó tanto con el niño como con los padres para obtener mayor información sobre la sintomatología ansiosa. Durante las primeras sesiones se le administraron las técnicas proyectivas y la escala de ansiedad. Luego, se comenzó con el tratamiento de Marcos basado en la Terapia Cognitiva Conductual de niños ansiosos de Philip Kendall.

### **7. Desarrollo**

A continuación se describirán los datos obtenidos de M, el paciente con cual se trabajó, a los efectos de poder realizar un análisis pormenorizado de los objetivos del presente trabajo.

#### **7.1. Evaluación psicológica del niño**

Se administraron diversas técnicas para evaluar al paciente a partir de las cuales se pudo obtener información sobre su sintomatología ansiosa y sobre su personalidad.

### 7.1.1. Entrevista semidirigida

De acuerdo a la entrevista de admisión que se llevó a cabo con la madre del niño (ver Anexo) se pudo obtener información sobre M, lo cual posibilitó la conceptualización del caso para luego poder diseñar el proceso terapéutico que el equipo psicológico del hospital llevaría a cabo.

M, al momento de la consulta tenía once años, su familia (madrepadre-hermano mayor y hermana menor) vivía en la casa de su abuela paterna donde también residían junto a su tía. En cuanto a los datos obtenidos acerca del desarrollo e historia del niño, cabe destacar que nació prematuro a los seis meses y estuvo internado durante cinco meses en el hospital ya que frecuentemente se veía afectado por bronquiolitis. La madre lo describió como un nene débil, indefenso, que se enfermaba en reiteradas oportunidades y que se caracterizaba por ser muy miedoso desde pequeño. Marcos presentaba buen comportamiento, lo que más le gustaba hacer era jugar al fútbol, practicaba durante su tiempo libre y concurría dos veces por semana a entrenar a un club. Generalmente, cuando tenía partidos se ponía muy nervioso y se preocupaba demasiado por cómo sería el resultado del mismo. En varias ocasiones, antes de comenzar los partidos solía manifestar dolores de panza y algunos mareos. Otro dato importante a destacar, es que sus padres debían estar presentes durante toda su práctica ya que temía quedarse solo. Al momento de la consulta, M se encontraba cursando 6° grado. Su rendimiento escolar era bueno, aunque solía ponerse demasiado nervioso antes de concurrir a la escuela, en los momentos en que debía participar en clase y a la hora de la salida. Sus principales preocupaciones en este ámbito eran que sus padres olvidaran de buscarlo, vergüenza a participar delante de sus compañeros cuando la maestra lo solicitara y pasar a izar la bandera.

M era un niño que presentaba excesivas preocupaciones y recurrentes miedos que se manifestaban con continuas quejas somáticas que ya habían sido controladas por su pediatra, la cual expresó que el niño a nivel físico se encontraba en perfecto estado. Los componentes fisiológicos de los problemas de M incluían dolores de panza, de cabeza, náuseas, tensión abdominal, y en algunas oportunidades, presentaba sudoración en las manos y sensaciones de ahogo. Los síntomas emocionales se encontraban marcados por la preocupación, el miedo, la anticipación de lo peor y la irritabilidad.

Respecto a su conducta, se mostraba nervioso, inquieto, con atención constante, agitación intermitente, y en algunos momentos evitativo. Los componentes cognitivos comprendían pensamientos como “Le puede pasar algo malo a mi mamá/papá”; “La señorita me va a retar”; “Mis amigos no me van a querer”; “No voy a jugar bien al fútbol”; “Mis papás se van a olvidar de mí y nadie me va a venir a buscar”, por nombrar algunos ejemplos. En cuanto a las relaciones interpersonales de M, se mostraba tímido, sensible a la evaluación negativa y manifestaba dificultad en algunos momentos para expresar sus opiniones.

#### 7.1.2. Test Gestáltico Visomotor de Bender

A partir del análisis cuantitativo de la técnica se pudo adquirir información acerca de los indicadores madurativos y de compromiso orgánico (ver Anexo). La ecuación del puntaje estandarizado  $z$ , utilizando la tabla para Región Pampa- Conurbano, Varón, 11 años (Casullo, 2007) da como resultado la cifra -0.53. Luego, mediante la relación entre el puntaje  $z$  y el percentil se establece que el correspondiente para el evaluado es el percentil 69. Al localizar dicho percentil en la tabla diagnóstica, en relación a los niños de su misma edad cronológica y que habitan en la misma región geográfica, se lo pudo ubicar en el rango Término Medio. Se puede establecer que M alcanzó la maduración necesaria para poder percibir cada una de las figuras de la técnica como un todo limitado, poder iniciar y detener la copia de las figuras a voluntad, copiar en orientación y forma, e integrar las partes de una Gestalt.

**Tabla 1.** Puntajes obtenidos en el Test Gestaltico Visomotor de Bender.

**PB:** puntaje bruto 2

**X:** media 2.9

**s:** desvío 1.7

**Z:** puntaje estandarizado  $Z$  -0.53

**Percentil 69**

Por otro lado, se realiza una evaluación cualitativa teniendo en cuenta los indicadores emocionales que se encuentran presentes en el análisis de la técnica. En los gráficos realizados por M se puede observar un orden confuso en el dibujo, desparramando las figuras de manera arbitraria por toda la hoja. De acuerdo con Munsterberg Koppitz (2008), este indicador es frecuente que aparezca en niños mayores de ocho años que presentan

problemas emocionales; podría estar relacionado con una falta de capacidad para planear, incapacidad para organizar el material y confusión mental. Otro indicador que se encuentra es el micrografismo, es decir, la disminución en el tamaño de los dibujos. Esto estaría asociado con la presencia de ansiedad, constricción, timidez y conducta retraída en los niños. Finalmente, se halla presente el repaso de las figuras y las líneas, esto podría relacionarse con una presencia de agresividad manifiesta e impulsividad en el niño.

### 7.1.3. Test de la Familia Kinética Actual

Con el fin de obtener datos sobre su persona y sobre la relación con su familia se ha aplicado el Test de la Familia Kinética Actual (ver Anexo). Durante la realización de la técnica el niño se mostró inquieto, nervioso y preocupado debido a que manifestaba no saber qué dibujar. El dibujo consistió en el de su familia completa, es decir, padre, madre, hermano mayor y hermana menor. M tituló la acción de cada uno con la frase “Todos están jugando”, sin embargo, cuando se interrogó sobre la acción de los miembros de la familia comentó que su padre, su hermano y él se encontraban jugando al fútbol, mientras que su hermana estaba jugando con su muñeca y su madre limpiando. La configuración que exhibe el dibujo es compacta pero se observa la individualidad que presentan las figuras en un escenario sin detalles. Cabe destacar que el tamaño de las mismas es considerado menor a los 12 cm, lo cual parece indicar la existencia en el niño de un sentimiento de disminución de su Yo y una percepción de la realidad como agresiva y dominante, tratando de evitar o protegerse de recibir estímulos, o bien reaccionando con ansiedad o sumisión frente a los mismos (De Verthely, 1985). Sin embargo, se observó que la primera figura en dibujarse fue la de su persona, siendo ésta la más alta de todas. Todos los dibujos muestran un efecto de rigidez expresando escasa acción tanto individual como grupalmente, esto podría inferir una forma de defensa que presenta el niño ante un ambiente considerado peligroso (De Verthely, 1985). Se destaca en el gráfico la presencia de sombreados, principalmente en la cara (ojos) y en el pelo. Esto podría estar relacionado con una manifestación de angustia y baja autoestima. Un aspecto importante a resaltar es la mirada de todos los integrantes de la familia, ésta es de reojo con ojos grandes y cejas marcadas, lo cual podría estar asociado a la presencia de

cierto nivel de timidez, temor e incomodidad en M. Se observa en todo el dibujo un trazo con líneas desprolijas, entrecortadas, en algunos momentos débiles, que también podrían indicar la existencia de ansiedad, inseguridad y baja autoestima en el niño (De Verthely, 1985). En relación a los vínculos familiares, no se observan omisiones pero sí se destaca la ausencia de interacción entre los miembros familiares. Esto podría indicar un sentimiento de pasividad en el niño. Asimismo, es importante destacar que en el gráfico no se ve reflejado el vínculo sobreprotector que presenta el niño con su madre.

#### 7.1.4. Test de la Persona Bajo La Lluvia (PBLL)

Esta técnica fue administrada para poder ver la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en las que la lluvia representa el elemento perturbador (Hammer, 1969).

En lo que respecta al análisis de los recursos expresivos se observa una repetida aparición de los signos de timidez, falta de confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad, inseguridad, temor, retraimiento y ansiedad que se pueden inferir a partir de la dimensión pequeña del dibujo, los trazos con líneas fragmentadas y la presión que utilizó M al momento de realizar la técnica.

El tiempo de ejecución fue rápido y su secuencia esperable ya que comenzó por la cabeza, luego con el cuerpo y finalmente agregó la lluvia. De acuerdo a lo expresado por el niño se trata de una persona que camina hacia su casa.

En cuanto al análisis del contenido, también se podría destacar la presencia de signos de ansiedad y de baja tolerancia a la frustración ya que se muestran líneas entrecortadas, altamente repasadas en casi toda su totalidad (Hammer, 1969). El niño dibujó una persona con orientación dubitativa, lo que indicaría una falta de decisión. El hecho de no haber dibujado detalles podría suponer una posible sensación de vacío. Es importante destacar que la lluvia representa la hostilidad del medio y, en este caso, está presente en el dibujo.

Un dato interesante es que ésta se encuentra presente en forma de gotas, lo que podría estar indicando la existencia de angustia en M. De acuerdo con Hammer (1969), la ausencia de paraguas en el gráfico; señalaría la falta de defensas para enfrentar las dificultades del entorno (ver Anexo).

#### 7.1.5. Test de la Casa, el Árbol y la Persona (H-T-P)

También han sido utilizados indicadores de este test, que sirvieron para complementar los datos de las técnicas antes mencionadas (ver Anexo).

Teniendo en cuenta las fantasías del autor que se presentan en el techo de la casa, la copa del árbol y la cabeza de la persona, se podría indicar que M parece dedicarle un tiempo prudencial a las mismas, esto se vió reflejado en el techo de la casa que ocupa una gran dimensión. En cuanto a la copa del árbol, al ser enmarañada, señalaría la destrucción de sí mismo por la gran receptividad de vivencias (Hammer, 1969). Continuando con esta línea, la cabeza de la persona al ser tan pequeña, se podría interpretar como un sentimiento de inadecuación intelectual por parte del niño.

La puerta y ventanas junto con las ramas del árbol y las manos de la persona, podrían advertir el estilo de comunicación social que presenta el niño. M dibujó una casa con puerta cerrada, la cual representaría cierto temor a las relaciones interpersonales por inhibición y timidez; al presentar cerrojo en la puerta, se deduciría cierto control y estado de alerta por parte del niño en sus relaciones sociales. Las ventanas están cerradas, entonces podría interpretarse este hecho como una respuesta a temores sobre daños que pueden venir desde afuera (Hammer, 1969). De igual modo, en el caso de la persona, las manos tienen un contorno impreciso que expresaría una inseguridad en las relaciones sociales y en su propia productividad. En cuanto a las raíces del árbol, éstas se encuentran ausentes.

Por otro lado, se destacan las marcas que se ven en el tronco del árbol, que podrían estar conectadas con la posible presencia de situaciones traumáticas o conflictivas. Otro aspecto relevante es que los dibujos se encuentran sobre el margen inferior de la hoja, lo cual indicaría cierta necesidad de apoyo en el niño (Hammer, 1969). El poco movimiento y la rigidez que se presentan en el dibujo, permite la asociación a una personalidad con escasos recursos para poner en juego mecanismos defensivos.

#### 7.1.6. Escala de ansiedad para niños autoaplicada (SCAReD)

Con el propósito de integrar los resultados obtenidos a partir de las técnicas gráficas administradas se aplicó la Escala de ansiedad para niños autoaplicada (Birmaher, et al., 1997) para poder observar qué dimensión se encontraba presente dentro de los trastornos de ansiedad (ver Anexo).

Los resultados arrojados mediante el análisis confirman puntuaciones considerables en casi todas las dimensiones. Aquellas que resultaron más significativas, teniendo en cuenta el punto de corte de la escala, fueron



Pánico/Somatización; Ansiedad Generalizada y Ansiedad por Separación. Los síntomas más preponderantes que se reflejaron en el paciente fueron: “Cuando me asusto mi corazón late más rápido”; “Tengo temblores”; “Cuando me asusto me siento asfixiado”; “Me asusta el tener un ataque de ansiedad o pánico”; “Me preocupo por cosas que están fuera de mi control”; “Soy de preocuparme”; “La gente me dice que me preocupo demasiado”; “Me preocupan cosas que ya han pasado”; “No me gusta estar fuera o sin mi familia”; “Me preocupa que algo malo pueda sucederle a mis padres”. La dimensión Fobia Social también puntuó por encima de lo esperable pero los síntomas que reflejan este trastorno no fueron considerables en el paciente. En el caso de Fobia Escolar, M no arrojó resultados significativos.

**Tabla 2.** Puntajes obtenidos en la Escala de ansiedad para niños autoaplicada.

**Pán/Som A/Gen A/Sep F/Soc F/Esc**

1 1 5 0 4 1 3 0 2 2

6 0 7 1 8 1 10 2 11 0

9 0 14 1 13 0 26 0 17 0

12 0 21 2 16 0 32 0 36 0

15 2 23 2 20 0 39 2

18 2 28 2 25 0 40 0

19 2 33 1 29 2 41 1

22 0 35 0 31 2

24 0 37 2

27 2

30 2

34 0

38 0

**Total: 11 Total: 11 Total: 6 Total: 5 Total: 2**

7.1.7. Conclusión de la evaluación psicológica del niño

Al tener en cuenta estos datos en su conjunto es que puede decirse que la sintomatología ansiosa del paciente se encuentra presente en todas las pruebas administradas. Los síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales que se informaron a partir de la entrevista semidirigida, llevada a cabo con la madre, pueden ser cotejados y complementados mediante la

administración de las pruebas gráficas y la Escala de ansiedad para niños autoaplicada (Birmaher, et al., 1997). En todos los casos, M manifiesta un alto monto de ansiedad, preocupación, temor, conducta retraída y timidez. Esto se evidencia a partir de los trazos caracterizados en todas las técnicas como débiles, entrecortados, desprolijos y en algunos casos altamente repasados. Asimismo, es relevante considerar que el niño además muestra cierto nivel de angustia y sensaciones de inseguridad.

La escala de ansiedad utilizada arroja resultados significativos en las dimensiones concernientes a Ansiedad Generalizada; Ansiedad por Separación y Pánico/Somatización. Si bien este instrumento no permite realizar un diagnóstico clínico, refleja la predominancia en el cuadro de los temores y preocupaciones en grado de intensidad considerable que referían a peligros variados realistas pero poco probables tales como “Me asusta el tener un ataque de ansiedad o pánico”; “Cuando me asusto me siento asfixiado”; “Tengo temblores”; “Soy de preocuparme”; “La gente dice que me preocupo demasiado” que pudieron ser constatados en el paciente a lo largo de la toda la evaluación psicológica realizada.

## **7.2. El contexto familiar y su relación con la sintomatología ansiosa**

A partir de los diferentes encuentros con los padres y las entrevistas realizadas se ha podido obtener información sobre el contexto familiar del paciente y la influencia que el mismo genera en la aparición de sus síntomas.

M era un niño que presentaba un buen vínculo con todos los miembros de su familia. Con su hermano mayor eran muy compañeros, solían compartir salidas y disfrutaban de los mismos intereses: el fútbol y los juegos en computadora. Con su hermana menor a menudo exhibían algunas peleas pero consideradas normales y esperables para la edad de ambos niños.

Generalmente, M y su hermano mayor cuidaban por las tardes a su abuela paterna que había presentado un accidente cerebrovascular hacía un tiempo atrás. Los niños la ayudaban a realizar los ejercicios de rehabilitación ya que las secuelas que presentaba eran parálisis de los miembros inferiores y confusión de nombres. Durante la entrevista de admisión, la madre expresó que esta última secuela a veces generaba tristeza en M porque su nombre era el único que la abuela nunca recordaba y confundía. De acuerdo a los encuentros realizados con la familia, se pudo apreciar que la relación del

niño con sus padres era buena y que mantenían un vínculo estrecho. Su madre se mostraba más alarmada por la situación, en cambio su padre, sin restarle importancia se apreciaba con más calma.

Frecuentemente, la sintomatología ansiosa del paciente se manifestaba con una preocupación desproporcionada a los hechos y una vez que Marcos comenzaba a sentir temor, le resultaba difícil abandonar sus autodiálogos internos. La familia mencionaba que su hijo solía preocuparse por todo. Los acontecimientos que comentaban, a menudo sucedían en el contexto escolar, en donde el niño se inquietaba sobre si sus padres se demoraban a la salida del colegio ya que creía que iban a olvidarlo o que tal vez algo les había sucedido en el camino. En el contexto familiar, su malestar se hacía presente cuando acompañaba a su padre a realizar entregas de pedidos debido a que trabajaba en una agencia de remis. Cuando el padre lo dejaba solo un rato en el auto, M comenzaba a sentirse ansioso, preocupado, con dolores de estómago y con creencias catastróficas acerca de que algo malo podía ocurrirle a su padre, ya sea un robo, alguna pelea, descompensación médica, o bien que nunca regresaría. La misma sintomatología se repetía cuando el niño concurría a fútbol, a cumpleaños de amigos, o a cualquier actividad que sus padres realizaran junto con el niño.

Simon, Stierlin y Wynne (1997) expresan que el contexto tiene un papel significativo a la hora de comprender la sintomatología que se presenta a causa de un trastorno. Las conductas, los mensajes verbales y no verbales adquieren significado en la familia y en el medio social en el cual se encuentran inmersos los niños. En el caso de M, según lo manifestado por el niño, los miedos y las excesivas preocupaciones acompañadas de malestares físicos como recurrentes dolores de panza, de cabeza, tensión muscular y náuseas comienzan cuando los padres inician una crisis matrimonial acompañada de otras situaciones conflictivas que el entorno del niño debía afrontar.

Bunge, Gomar y Mandil (2010) sostienen que la etiología de un trastorno de ansiedad se debe a una combinación de factores precipitantes y factores predisponentes presentes en el sujeto. En relación a lo contextual, Marcos atravesó varios acontecimientos aversivos que se fueron dando de manera inesperada, éstos generaron cambios en su comportamiento al mostrarse más retraído que lo habitual, irritable, preocupado, con mayor tensión muscular y

manifestando frecuentemente sus dolores abdominales. Al momento de la consulta, su madre comentó que hacía pocos meses la familia se había mudado a la casa de su abuela paterna debido a problemas económicos que aparecieron a causa de la pérdida de empleo de su padre. El cambio de locación trajo como consecuencia varios cambios en M y sus hermanos: un nuevo colegio y nuevas actividades extracurriculares. Así comenzó a participar en un nuevo club de fútbol e integrar un nuevo equipo. Por otro lado, continuando con los acontecimientos aversivos, la complicada situación matrimonial de los padres generaba discusiones en la familia, a veces incluyendo situaciones de violencia verbal que los niños presenciaban. A causa de estas discusiones, cierto día el hermano mayor de M amenazó con cortarse las venas delante de todos y fue por este motivo que los padres cesaron con los actos de violencia, según expresaron en las entrevistas realizadas.

En lo que respecta a los factores predisponentes, es decir, aquellos que se consideran genéticos y que representan una alta vulnerabilidad en el niño (Bunge, Gomar & Mandil, 2010), se destaca que la madre de M se encuentra diagnosticada con ataques de pánico desde hace cuatro años (actualmente está con tratamiento psiquiátrico pero sin tratamiento psicológico ya que manifestó “estar mejor”). Siguiendo con lo que indican los autores, los factores predisponentes también pueden incluir las experiencias de aprendizajes que tuvo el niño como la transmisión de “sesgos catastróficos” dentro del ambiente familiar. Esto, se pudo apreciar en palabras de la madre de M cuando contaba al equipo psicológico que ella a causa de los episodios que vivenció en el pasado sentía que le transmitía a su hijo sus propias preocupaciones y sensaciones de temor. Asimismo, se caracterizó como una madre con conductas sobreprotectoras para con el niño ya que consideraba ser la única dentro del ámbito familiar que “comprendía” la sintomatología ansiosa de M.

Las conductas sobreprotectoras de la madre de M reafirman lo postulado por los autores Friedberg y McClure (2005) que consideran que dentro del contexto de un niño con trastorno de ansiedad existe la posibilidad de encontrar padres que se impliquen demasiado o demasiado poco con lo que sus hijos se encuentran padeciendo. La madre de M expresó a lo largo

del tratamiento que se involucraba en exceso con el niño queriéndolo proteger, desconfiando de la capacidad de afrontamiento y percibiéndolo más frágil que el resto de los hermanos desde el nacimiento. Algunas de las conductas que mencionaba tenían que ver con acompañarlo durante el baño ya que el niño temía quedarse sólo con la puerta cerrada, cortarle la comida durante el almuerzo y la cena, ayudarlo a vestirse, facilitarle tareas o situaciones que ella consideraba que podrían resultarle conflictivas o difíciles de resolver, apañarlo frente a las peleas con los hermanos y desautorizar los retos que el padre ejercía cuando el niño se portaba mal o no quería hacer la tarea, anticiparse a sus demandas y fomentarle conductas más infantiles que las que correspondían a su edad. Continuando con esta línea, se podría reparar que la postura que exteriorizaba el padre frente a estas situaciones era opuesta a la de su esposa. De acuerdo a lo referido por él, revelaba encontrarse al tanto de los temores y preocupaciones de su hijo, no obstante estaba en desacuerdo con la forma en que la madre de M procedía ya que según él, el niño lograba desenvolverse correctamente en diferentes contextos. Además, opinaba que M debía exponerse a aquellas situaciones amenazantes para que lograra tomar confianza y darse cuenta que realmente no sucedían cosas tan graves.

### **7.3. Tratamiento basado en la Terapia cognitivo-conductual para niños ansiosos de Philip Kendall.**

El equipo psicológico del hospital decidió trabajar con M durante su tratamiento con un modelo de terapia estructurado para poder brindarle al niño herramientas y recursos de afrontamiento. Debido a esto, seleccionaron como instrumento de trabajo el programa “El Gato Valiente” que permitió trabajar con los procesamientos cognitivos de información asociados a la ansiedad que presentaba el paciente (Kosovsky, 2010).

El tratamiento se llevó a cabo tomando como referencia todas las actividades propuestas en el manual para el terapeuta que formaban parte del programa y mediante las cuales se iba guiando el tratamiento. De igual modo se trabajó con el cuaderno de actividades prácticas para el paciente destinado a ser utilizado en las sesiones y como tareas para el hogar (ver anexo). El tratamiento constó de diez sesiones, ocho con el niño y dos con los padres, es decir, se llevó a cabo hasta la finalización de la primera parte propuesta por el

programa. Las terapeutas, no lograron iniciar con M la etapa de entrenamiento en donde se daba comienzo al trabajo con las técnicas de exposición consideradas de gran relevancia para el trabajo con niños con trastornos de ansiedad (Kendall, 2006). La conclusión del tratamiento fue a causa del abandono del paciente por motivos desconocidos por el equipo psicológico del hospital.

#### 7.3.1. Descripción del tratamiento durante las primeras tres sesiones.

En el comienzo se trabajó con M para crear una buena relación de comunicación entre paciente-terapeutas y orientarlo acerca del tratamiento (Kendall, 2006). Durante la primera sesión, se invitó al niño a jugar con el fin de iniciar un diálogo en donde se pudieran obtener datos personales de M sobre su contexto familiar, social, escolar, hobbies, miedos y preocupaciones, todos considerados relevantes para conocer al niño con el cual iban a trabajar y también para que comience a generarse una relación empática entre M y sus terapeutas. Asimismo, se le administraron las técnicas gráficas y se le solicitó que completara la escala de ansiedad. En este encuentro, también se orientó al niño explicándole brevemente en qué consistía el tratamiento para que tenga información sobre la modalidad de trabajo. Las terapeutas le explicaron a M que juntos serían un equipo que iba a trabajar para poder identificar, regular y afrontar los síntomas de ansiedad que estaban presentes en el paciente. Según Kendall (2006), el terapeuta siempre debe alentar y respaldar la participación del niño en el tratamiento como así también transmitirle que el programa es un esfuerzo conjunto que se da entre ambos. Durante la segunda y tercer sesión, el trabajo con M apuntó a la identificación de los sentimientos de ansiedad y las respuestas somáticas asociadas a la ansiedad (Kosovsky, 2010). Teniendo en cuenta lo planteado por la autora, las terapeutas trabajaron para entrenarlo en el reconocimiento de sus emociones y señales que daban cuenta de cuándo el niño comenzaba a sentirse ansioso (ver anexo). El equipo comenzó solicitándole a M que listara situaciones que le generaban ansiedad y las reacciones o signos que aparecían a causa de la misma. De esta manera, se realizaron diferentes intervenciones como por ejemplo, dibujar en qué parte del cuerpo identificaba o sentía las emociones, dibujar caras que denotaran la diferencia entre una emoción y la otra (amor, odio, tristeza, alegría, ansiedad, asco, etc.), completar

figuras con el objetivo de asociar una emoción específica con determinados eventos. Todas estas actividades administradas en el niño tenían la finalidad de que M pudiera nombrar las emociones, reconocer en qué parte del cuerpo podía identificarlas, la intensidad con las cuales creía que éstas se presentaban, reconocer las propias reacciones somáticas a causa de la ansiedad y normalizar los sentimientos de ansiedad o temor que podía manifestar al explicarle la función normativa y adaptativa de la ansiedad. En el transcurso de estas sesiones se le presentó a M el plan de afrontamiento TEMOR. Las terapeutas trabajaron al inicio con el primer paso “¿Tienes miedo?” (ver anexo). Según Kendall (2006), en este paso el niño puede monitorear sus respuestas somáticas relacionadas con su ansiedad y preguntarse a sí mismo si está sintiendo miedo y cómo se siente su cuerpo. Entonces, siguiendo al autor, el inicio del tratamiento estuvo orientado por las terapeutas hacia la psicoeducación del niño. Como afirma Barrett (2000), éste es uno de los elementos fundamentales que el terapeuta debe enseñarle a los niños que padecen trastornos de ansiedad ya que la ansiedad puede ser considerada una emoción útil que requiere manejo y no eliminación.

#### 7.3.1.1. Primera sesión de encuentro con los padres

Al cumplir la familia un rol determinante en todo motivo de consulta, generalmente es incluida en los tratamientos de niños con trastornos de ansiedad ya que la cooperación de los padres es de vital importancia para que el niño pueda mejorar respecto a sus síntomas (Albano, Barlow & Chorpita, 1996). El equipo, de acuerdo a lo que plantea el programa, durante la cuarta sesión citó a los padres de M para proveerle información sobre el tratamiento, ofrecerles la oportunidad de hablar de sus preocupaciones, aprender más acerca de las situaciones en las que el niño se mostraba ansioso y ofrecerles maneras concretas en las que pudieran formar parte del programa (Kosovsky, 2010). En esta ocasión, sólo la madre fue la que asistió a la consulta. Durante este encuentro, se le explicó la manera en que las terapeutas se encontraban trabajando con el niño. Se informó sobre la aplicación del programa y sobre las distintas etapas por las cuales iba a transitar Marcos durante el tratamiento. También, se le pidió colaboración tanto a ella como a su familia ya que a partir de la sesión cinco, el niño aprendería técnicas de relajación que serían de gran importancia al poder practicarlas en su casa y ser

alentado por su familia cuando notaran que M se encontraba ansioso. Este espacio también sirvió para comprender en qué situación se encontraba la familia del niño. En este sentido, las terapeutas se informaron sobre los problemas económicos que la familia estaba transitando, como así también sobre la aparición de una complicación de salud en la madre del niño. Sumado a esto, los problemas con el hijo adolescente seguían transcurriendo como las polémicas peleas matrimoniales entre los padres de M. Es notable destacar que durante este encuentro se pudo apreciar la imposibilidad de la madre del niño de centrarse en los síntomas de su hijo y no en sus propios síntomas debido al ataque de pánico que había transitado unos años atrás.

### 7.3.2. Descripción del tratamiento desde la quinta a la octava sesión.

Según Kendall (2006), cuando los niños evocan sentimientos de ansiedad como de relajación a través de la respiración, pueden diferenciar la tensión de la relajación en los músculos del cuerpo y les facilita la posibilidad de manejar situaciones que antes les resultaban inmanejables. Debido a esto, a partir de la sesión cinco, se introdujeron las técnicas de relajación como una herramienta dentro del tratamiento para poder complementar el trabajo en relación al manejo somático (Kosovsky, 2010). El equipo le enseñó al niño diferentes técnicas como la relajación muscular progresiva o ejercicios de respiración profunda. Dado que la relajación puede resultar un poco difícil de incorporar en la vida diaria, se le propuso al niño llevarlas a cabo al inicio de cada una de las sesiones. Luego, se le explicaron las funciones que tenían y se lo invitó a desarrollarlas de manera individual en su casa u otros contextos, siempre que identificara situaciones que para él eran consideradas como estresantes.

Al comienzo de la sesión seis, teniendo en cuenta lo planteado por el programa, las terapeutas comenzaron a presentar la función de los pensamientos personales con el fin de que el niño pueda reconocer sus diálogos internos, aquellos que Beck (2000) denomina pensamientos automáticos. De esta manera, se presentó el segundo paso dentro del plan de afrontamiento, el paso “EM” “¿Esperas que pase algo **M**alo?”. Aquí el objetivo estaba orientado a que el paciente lograra diferenciar los diálogos internos de afrontamiento de aquellos diálogos personales que se presentaban en



situaciones de ansiedad en donde el miedo, la preocupación y la evitación eran las principales características. Para llevar a cabo esta sesión, el equipo decidió utilizar intervenciones en donde M observara diferentes dibujos y completara ejemplos de pensamientos posibles para cada situación (ver anexo). También, se trabajó para poder identificar pensamientos en situaciones de poco y mucho estrés para que el niño lograra asociar las distintas sensaciones y acciones que podían derivarse de cada uno de ellos. Bunge, Gomar y Mandil (2010) refieren que este tipo de intervenciones ayudan a los niños a reconocer los patrones de pensamiento individuales y además, a entender que pueden modificar y reestructurar estas autoverbalizaciones. Al comienzo de la sesión siete, las terapeutas trabajaron con M sobre sus “trampas de pensamiento”, es decir, aquellos pensamientos que sólo se enfocaban por expectativas negativas o catastróficas de una situación. Entonces, el objetivo de este encuentro estuvo orientado a la transformación de los diálogos internos ansiosos en diálogos de afrontamiento. Según Barrett (2000), al modificar las percepciones e interpretaciones distorsionadas y remplazar los pensamientos irracionales e inútiles con alternativas más racionales, genera que el niño se transforme en un “afrontador” activo. Las intervenciones llevadas a cabo tenían la intención de que M lograra reflexionar la evidencia a favor y en contra de diferentes pensamientos tratando de eliminar el sentido catastrófico y logrando reformularlo (ver anexo). Barlow (2000) explica que el tratamiento de la sintomatología ansiosa en la infancia se enfoca en las múltiples áreas, incluyendo el desarrollo de respuestas de afrontamiento, dominio y sentido de autocontrol. Considerando lo que explica el autor, en esta sesión también se introdujo el concepto de resolución de problemas para entrenar a M a desarrollar un plan de afrontamiento para cuando identificara sus síntomas de ansiedad. Las actividades llevadas a cabo apuntaron a que el niño pueda aplicar la resolución de problemas con ejemplos poco estresantes y luego con ejemplos en situaciones consideradas para él muy estresantes. En primer lugar, se listaban oraciones con diferentes problemas, luego Marcos junto con las terapeutas pensaba posibles soluciones o formas de afrontamiento. Además, se dialogaba sobre los pros y contras de cada una de estas soluciones. Asimismo, se le pedía al niño que pensara en cuál consideraba que sería más operativo y cuál

creía que podía llegar a tener más éxito. Kosovsky (2010), plantea que en estos ejercicios el terapeuta debe poner énfasis en que poder encontrar habilidades para resolver los problemas de ansiedad, requiere de mucha práctica y que el niño no debe esperar éxito inmediato. Considerando el objetivo de trabajo propuesto en esta sesión, las terapeutas introdujeron el tercer paso “Operaciones que ayudan (Actitudes y Acciones)” del plan de afrontamiento TEMOR (ver anexo). Como afirma Kosovsky (2010), el terapeuta debe explicarle al niño que además de reconocer sus sensaciones de ansiedad y diálogos internos, él puede intentar acciones que ayuden a cambiar las diferentes situaciones para poder seguir adelante a pesar de su experimentar ansiedad.

De acuerdo a lo expuesto en el programa “El Gato Valiente”, la sesión ocho estuvo orientada a la presentación de la auto-evaluación y la autorecompensa. Las terapeutas describieron el significado de cada una de las palabras con ejemplos concretos para que el niño lograra comprenderlos. A partir de este objetivo de trabajo, se presentó el último paso del plan de afrontamiento TEMOR “Resultados y recompensas”. Entonces, se le pidió al niño que listara diferentes recompensas que él consideraba valiosas o importantes. Luego, se lo invitó a mencionar ejemplos en donde recordara que había sido recompensado por alguna actividad. También, se realizaron las actividades propuestas en el programa con el objetivo de que M pudiera practicar la auto-evaluación (ver anexo). Estos conceptos fueron trabajados con varios ejemplos que las terapeutas mencionaban en donde ellas habían experimentado preocupación, pero no resuelto el problema automáticamente, aunque sí afrontado la ansiedad. Entonces, se le explicó la forma de autoevaluarse y recompensarse. Además, se practicó nuevamente el plan de afrontamiento TEMOR en diferentes situaciones imaginarias con el niño. Antes de que finalizara la sesión, se preparó a M para el próximo encuentro en donde comenzarían las técnicas de exposición. Se le explicó que iba a estar presente su madre, se le recordó que la exposición sería gradualmente, que podría ser probable que aumentara su ansiedad en ese momento, que no iban a eliminarla sino a afrontarla y que todo el tiempo aplicarían los pasos del plan de afrontamiento TEMOR con los que habíamos trabajado durante todos los encuentros.

### 7.3.2.1. Segundo encuentro con los padres

El segundo encuentro con los padres se llevó a cabo durante la sesión número nueve. Aquí el propósito del equipo era informarles acerca de la segunda mitad del tratamiento, en donde se comenzarían a aplicar las actividades de exposición. Se invitó a los padres a participar en dichas actividades y a ponerlos en conocimiento de que la práctica comenzaría de forma gradual, es decir situaciones que M considerara poco estresantes hasta situaciones de mayor estrés. Como plantea Kosovsky (2010), es menester informarles a los padres que el tratamiento no consiste en eliminar la ansiedad del niño por completo sino reducirla a niveles normales y que el niño pueda aprender a manejarla. Es importante aclarar que en esta ocasión concurren ambos progenitores, constituyendo esto la posibilidad de conocer al padre que hasta el momento nunca se había presentado. Se habló sobre las preocupaciones de ambos respecto a los problemas económicos que estaban transitando, sobre los conflictos matrimoniales que los padres estaban viviendo y cómo estos afectaban al contexto familiar. Además, su madre se hallaba preocupada ya que, según ella, M estaba “irritable, ansioso, tenso y no observaba mejorías en el niño”. Sin embargo, llamó la atención el comentario del padre acerca de que “M actúa así porque es chico, le faltan límites, la madre lo sobreprotege como una nena y le transmite sus miedos”. El padre consideraba a esto “llamados de atención”. Asimismo, nombró situaciones en donde al retar al niño fue desautorizado por su esposa debido a que ésta siempre defendía las acciones de M justificando ser la única que entendía el sufrimiento del nene por haber presentado ataques de pánico.

El equipo nuevamente resaltó el pedido de colaboración para con la familia. En este caso, además de ser en las técnicas de relajación, se sumó el pedido de repasar los pasos del plan TEMOR. Además, se les sugirió a los padres que comenzaran a brindarle mayor explicaciones al niño sobre sus temores, ya sean posible divorcio de los padres, posible enfermedad de su madre, aclaraciones sobre que no van a olvidarlo en la escuela, y demás explicaciones que Marcos necesite para que baje el nivel de ansiedad. También se los invitó a que comenzaran a recompensar más al niño cuando lograra afrontar determinadas situaciones estresantes y empezar a cortar el circuito sobreprotector de la madre involucrando al padre para realizar mayores

actividades con el niño. La familia aceptó el pedido de las terapeutas, se propuso comenzar a cambiar determinadas actitudes que creían que no eran favorables para el paciente y se comprometió a colaborar para iniciar la segunda parte del tratamiento.

### 7.3.3. Sesión número diez, último encuentro.

En este encuentro el propósito de acuerdo a Kosovsky (2010) es practicar los pasos del plan de afrontamiento TEMOR en situaciones imaginarias, y en vivo que provoquen bajos niveles de ansiedad. Entonces se le propuso al niño realizar un rol playing para revivir un momento que el considerara estresante. Él eligió una situación que había acontecido en el transcurso de aquella semana. La misma se había llevado a cabo en el colegio durante su hora de inglés. La ansiedad comenzó a aparecer cuando su maestra solicitó que leyera el libro con el cual trabajaban y él se lo había olvidado. Motivo por el cual, comenzó a sentir molestias en el estómago, sentirse mal y terminó con vómitos en el baño, con lo cual se fue a su casa. Las terapeutas consideraron que ese hecho no era de bajos niveles de ansiedad pero ya que el niño lo había propuesto decidieron trabajarlo de igual modo. Comenzaron a reconocer los sentimientos de ansiedad, las reacciones físicas que habían aparecido, los pensamientos automáticos que habían devenido en ese momento y luego las posibles soluciones que se podrían haber hecho en lugar de irse a su casa y sobre qué sería lo peor que hubiera pasado. De este modo, se trabajó con otras situaciones que el niño iba seleccionando. También, otra actividad que se realizó fue listar en tres columnas situaciones temerosas y preocupantes para él y colocarlas de acuerdo al título “Me gana el temor y la preocupación”, “Más o menos me ganan”, “Gano yo” (ver anexo). De este modo, él podría elegir una de aquellas en donde el temor y la preocupación ganaran para poder iniciar el trabajo de exposición. Entonces, para comenzar con las tareas que serían el objetivo de la sesión once, es decir, comenzar a practicar la primera exposición, Marcos realizó una lista de jerarquías de miedo del 1 al 10 con la situación “Me da miedo que mamá se aleje del consultorio” (ver anexo).

Se dio por terminada la sesión y, antes de que se alejen del consultorio, el equipo volvió a recordarle a la madre que en el próximo encuentro se comenzaría a trabajar con las técnicas de exposición, la madre contempló esta

información y ambos se retiraron.

Ésta fue la última oportunidad que el equipo tuvo de trabajar con el niño.

A la siguiente sesión el paciente faltó sin aviso. El equipo llamó por teléfono a su madre y la misma comentó que no habían podido asistir ya que había tenido que hacer un trámite y nadie pudo llevar a M hasta el hospital. La semana siguiente, nuevamente, se ausentó sin previo aviso. Con el correr de los días, no hubo noticias de este paciente. De modo que el tratamiento quedó inconcluso; frente a lo cual, el equipo psicológico lo dio por terminado.

## **8. Conclusión**

A lo largo de este trabajo se ha intentado exponer la descripción del tratamiento de un niño de once años que presentaba sintomatología ansiosa basado en la Terapia Cognitiva Conductual para niños ansiosos de Philip Kendall. A partir de los objetivos específicos y en relación a lo que se ha expuesto en el trasfondo teórico, se infiere que M presentó un trastorno de ansiedad generalizada. A través de la evaluación psicológica se han obtenido evidencias de los síntomas de ansiedad, preocupación, temor, timidez e inhibición con los cuales se mostró el paciente al momento de la consulta. La posibilidad de analizar el contexto familiar del niño favoreció a una comprensión holística de la etiología del trastorno de ansiedad que se manifestaba en Marcos. En este sentido, se evidenció nítidamente la vulnerabilidad biológica que aparecía en el paciente al presentar su madre ataques de pánico.

También, se contempló la idea de que el niño mostraba un procesamiento distorsivo de la información íntimamente relacionado con las experiencias de aprendizaje que tuvo a lo largo de su vida. Otra causa que se apreció al tener en cuenta el contexto familiar y los síntomas de ansiedad, es la aceptación de la idea de que existieron varios factores desencadenantes que colaboraron en la activación de esta vulnerabilidad predisponente en el paciente.

La elección de la modalidad de tratamiento se realizó teniendo en cuenta la orientación cognitiva conductual con la que trabajaba la institución en donde se desempeñó la práctica profesional. También, se orientó tomando como referencia los tiempos hospitalarios ya que se pretendía abordar el caso desde una perspectiva focalizada y de rápidos resultados. Así, la opción de la aplicación de este protocolo de tratamiento resultó significativa para poder actuar sobre el trastorno de ansiedad que se había diagnosticado. Una razón

que permitió valorar positivamente este programa fue la oportunidad que brindó de poder formar un equipo entre paciente y terapeutas en donde el niño tomó un rol activo dentro de su propio tratamiento. Asimismo, la organización sesión por sesión estableció un orden que resultó muy útil para las terapeutas como para el paciente. Esta particularidad ha sido beneficiosa para los profesionales que recién comenzaban su labor en el ámbito clínico, como sucedió en el caso del equipo que participó en este tratamiento. Así, contar con esta guía ofreció seguridad, confianza y herramientas para llevar adelante el tratamiento de un trastorno de ansiedad y mantener un orden para introducir la secuencia de conceptos con los cuales se iba a trabajar. En el caso del paciente, la tarea en etapas propició a que poco a poco pudiera aprender a enfrentar sus miedos y preocupaciones; como a saber que la ansiedad era una emoción que no era necesario eliminar sino que era posible mantenerla bajo control.

Sin embargo, es relevante destacar que las limitaciones más significativas que se encontraron en el tratamiento fueron la baja motivación y compromiso por parte de M y su familia; acompañado consecuentemente del abandono del tratamiento. Como se ha explicado, el programa el “Gato Valiente” fue una herramienta organizadora; sin embargo, la falta de experiencia en las pasantes que llevaron a cabo el tratamiento, previamente diagramado por los profesionales del equipo psicológico del hospital, en algunos momentos resultó un aspecto un tanto obstaculizador para llevar adelante el tratamiento de Marcos. En este sentido, las sesiones realizadas con el niño se enfocaban demasiado en lo que el programa postulaba, siendo éstas muy estructuradas, poco flexibles y poco adaptadas a los intereses del paciente. Según esta crítica, se podría inferir que ésta era una de las causas por las que M mostraba poco interés en el tratamiento, convirtiéndose este espacio terapéutico en un espacio aburrido y desmotivante para un chico de once años. También podría deducirse que al tratarse de un niño tímido, el hecho de ser las terapeutas mujeres generaba una situación un poco incómoda para M al estar transitando su pre-adolescencia. Otro de los factores que se estima que atentaron contra el buen curso del tratamiento fue que durante los encuentros con los padres las terapeutas no lograron empatizar con ellos ni pudieron entablar la confianza necesaria para que éstos puedan ser los coterapeutas en el tratamiento de su hijo. Se estima que quizá durante la última

sesión dedicada a la orientación a padres las terapeutas y el padre de M cometieron el error de sobrestimar demasiado a la madre por los síntomas de ansiedad que presentaba el niño. El error se generó al no ser lo suficientemente cuidadosas en no hacerla sentir responsable o criticada inapropiadamente. Como plantea Kosovsky (2010), hubiera sido satisfactorio en estos casos poder enfatizar sus “fortalezas” tanto como sus debilidades potenciales.

Reconocer y aceptar los aspectos negativos y limitaciones permite reflexionar sobre posibles mejorías para tener en cuenta en caso de que se tuviera que abordar nuevamente el tratamiento. Entonces, se sugiere la incorporación de un terapeuta varón con el objetivo de que se establezcan mayores aspectos en común con el niño para así lograr una mejor adherencia al tratamiento; colocar mayor énfasis en la alianza terapéutica; utilización de intervenciones adaptadas los intereses y motivaciones del niño; intervenciones centradas en la familia con el objetivo de favorecer el compromiso familiar con el espacio terapéutico del niño; como así también fomentar en todo momento la participación y el compromiso. De acuerdo con Friedberg y McClure (2005), es menester contar con la participación familiar debido a que aseguran la continuidad del tratamiento, generalización y manutención de procesos orientados al cambio.

Más allá de las dificultades encontradas y la falta de compromiso en algunos momentos del tratamiento, se puede considerar que éste ha sido efectivo durante su transcurso. Las intervenciones llevadas a cabo no fueron en vano sino que dotaron al niño de herramientas para poder controlar sus síntomas de ansiedad y apuntaron a flexibilizar los esquemas rígidos de pensamiento que se encontraban en este paciente internalizador.

El tema abordado en el presente trabajo ha surgido a partir de la experiencia desarrollada durante la Práctica Profesional. Es relevante mencionar que ésta ha sido una gran oportunidad para poder conocer, aprender y adquirir las herramientas y conocimientos para la futura labor como profesional de la salud mental.

## **9. Bibliografía**

Albano, A. M., Birmaher, B., Compton, S., Piacentini, J., Sherrill, J., Walkup, J., et al. (2008). Cognitive-behavioral therapy, sertraline and their combination

- for children and adolescents with anxiety disorders: Acute phase efficacy and safety: The Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS). *New England Journal of Medicine*, 359, 2753-2766.
- Álvarez, E. D. & Berazaluce, E. (2003). A qué tienen miedo los niños. España: Síntesis.
- Barlow, D. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1245-1263.
- Barrett, P. M. (2000). Treatment of childhood anxiety: developmental aspects. *Clinical Psychology Review*, 20, 479-494.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M. & Perwein, A. R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35,1110-1119.
- Birmaher, B., Ketharpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., Neer, S.M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-53.
- Brook, J., Cohen, P., Gurley, D., Ma, Y, & Pine, D. (1998). Risk for early – adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica: Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadía.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2010). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos* (2a. ed.). Buenos Aires: Akadía.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2010). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Casullo, M. M. (1992). *Las técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico*. Buenos Aires: Lugar.
- Casullo, M. M. (1996). *Evaluación psicológica y psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Catálogos.
- Casullo, M. M. (2007). *El test de Bender Infantil: normas regionales*. Buenos



Aires: Guadalupe.

Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: relation to anxiety and family influences. *Journal of Child Psychology*, 25, 170-176.

De Verthely, F. (1985). *Interacción y Proyecto Familiar*. Buenos Aires: Gedisa.

Dulcan, M. & Popper, C. H. (1991). *Child and Adolescent Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.

Farvolden, P., Manicini, C., & Van Amerigen, M. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 561-571.

Feixas, G. & Miró, M. (1998). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Fernandez Álvarez, H. (2009). *Integración y Salud Mental: el proyecto AIGLE 1977-2008 (2a. ed.)*. España: Desclée de Brouwer.

Friedberg, R. & McClure, M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. España: Paidós.

Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional: Por qué es más importante que el cociente intelectual*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor

Greco, L. & Morris, T. (2005). Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: Contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behavior Therapy*, 36, 197-205.

Hammer, E. (1969). *Test proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós.

Kendall, P. (2006). *Terapia para niños y adolescentes: Procedimientos cognitivo-conductuales (3era edición)*. New York: Guilford.

Kendall, P. (2000). *Child and adolescent therapy*. New York: The Guilford Press.

Kendall, P. (1992). *Coping Cat Workbook*. Admore, PA: Workbook Publishing.

Kendall, P. & Verduin, T. L. (2008). Peer perceptions and liking of children with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 459-469.

Kosovsky, R. (2010). *Tratamiento Cognitivo-Conductual para Trastornos de Ansiedad en niños: Manual para el terapeuta*. Buenos Aires: Akadía.

Lago Pita, B. & Ruiz Sancho, A. M. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280.

- Lang, P. (1968). *Fear Reduction and Fear Behavior: Problems in Treating a Construct*. En J.H. Shilen .Research in psychotherapy, Vol. III, Washington: American Psychological Association.
- Lazarus, R. & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones*. España: Paidós.
- March, J. (1995). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Munsterberg Koppitz, E. (2007). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Munsterberg Koppitz, E. (2008). *El Test Gestaltico Visomotor para niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Querol, S.M. & Chaves Paz M.I. (2005). *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar.
- Rojas, E. (1999). *La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Buenos Aires: Planeta.
- Simon, F., Stierlin, H. & Wynne, L. (1997). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

## **10. Anexo**