



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

La ansiedad en la infancia y la adolescencia. Un
análisis de casos y propuestas de prevención desde
la Escuela

Anxiety in childhood and adolescence. An analysis on past cases and
prevention proposals from the faculty's perspective

Autor/es

Aurora Learte Remón

Director/es

Santos Orejudo Hernández

Facultad de Educación, Zaragoza

2019

ÍNDICE

Resumen/Abstract	p. 2
2. Introducción.....	p. 3
3. Marco teórico	
3.1 Concepto de ansiedad.....	p. 5
3.1.1 Concepto de ansiedad, fobia y miedo	
3.2 Tipologías de la ansiedad.....	p. 7
3.2.1 Trastorno de ansiedad por separación.....	p. 7
3.2.2 Trastorno de hipersensibilidad social (en la infancia)....	p. 8
3.2.3. Trastorno de ansiedad fóbica.....	p. 9
3.2.4 Trastorno de fobia escolar	p. 10
3.2.5 Trastorno de ansiedad ante los exámenes.....	p. 11
3.2.6 Fobia social.....	p. 12
3.2.7 Trastorno de ansiedad generalizada	p. 12
3.2.8 Trastorno de pánico.....	p. 13
3.2.9 Mutismo selectivo.....	p. 14
3.3 Datos de incidencia de los trastornos.....	p. 15
3.4 Teorías explicativas.....	p. 16
3.5 Factores de riesgo	p. 23
3.6 Tratamiento y técnicas.....	p. 24
3.7 Prevención.....	p. 30
3.7.1 La prevención de la ansiedad.....	p. 30
3.7.2 Prevención de ansiedad en la escuela	p. 34
4. Trabajo práctico	
4.1 Análisis de casos.....	p. 37
4.2 Análisis de programas.....	p. 41
5. Conclusión final.....	p. 42
6. Bibliografía.....	p. 48
7. Anexos	
7.1 Anexo I programas.....	p. 52
7.1 Anexo II casos.....	p. 61

RESUMEN

Para conseguir un desarrollo integral de todos los alumnos, es imprescindible la atención a todo tipo de dificultades y comportamientos, incluyendo problemas menos visibles como la ansiedad. Esta última tiene importantes repercusiones en el desarrollo personal, y su evolución depende tanto de la escuela como de las familias. En este trabajo de fin de grado se plantea un análisis de los problemas más frecuentes en educación primaria y se revisan cómo se atienden los casos clínicos y el papel del maestro. La revisión teórica incluye la delimitación de los trastornos más frecuentes según el DSM-V, las principales teorías explicativas, los factores de riesgo y las técnicas de intervención. El análisis de casos incluye ansiedad por separación, mutismo selectivo, ansiedad generalizada, fobia social, fobia escolar y resistencia a irse a la cama. Por último, se plantea la prevención para este tipo de problemas. En la misma, la escuela puede tener un papel fundamental, sobre todo a través del desarrollo de competencias personales como queda recogido en la revisión de programas que se incluye en este apartado. Con este trabajo, se delimita la actuación del maestro tanto especialista como tutor en el abordaje de los problemas de ansiedad en la escuela.

ABSTRACT

In order to achieve a holistic development for all pupils, it is of the utmost importance to pay close attention to all sorts of difficulties and behaviors. This includes less visible problems such as anxiety, which has serious implications on personal development, and its evolution depends both on the school and on the families. This end-of-degree project presents an analysis of the most frequent problems in primary education. In addition, it also discusses the role of the teacher, and how anxiety is addressed in clinical cases. The theoretical review includes the delimitation of the most frequent disorders as per the DSM-V, the main theories on the subject, key risk factors and interventional techniques. The review of the clinical cases studies separation anxiety, selective mutism, generalized anxiety, social phobia, school phobia and resistance to going to bed. Lastly, this project poses prevention for this type of problems where the school can play a critical role. An example of this could be through the development of personal skills, as it is included in this section's programs review. All in all, this project aims at defining the expected actions from both, the specialized teacher and the form tutor when it comes to tackle anxiety problems in school.

2. JUSTIFICACIÓN

Uno de los hechos que llaman la atención en nuestra sociedad actual, es la cantidad de niños y adolescentes que están en las escuelas y sufren problemas y síntomas de distintos tipos de ansiedad. Muchas veces, ni las familias ni los docentes somos del todo conscientes de la existencia de estos problemas y su posible repercusión en todos los ámbitos de la persona.

La realización de este trabajo se ha centrado por ello, en la importancia de la concienciación de los problemas que puede llegar a producir la ansiedad a niños y adolescentes, teniendo en cuenta la posible futura repercusión en la vida adulta.

En muchos casos, los síntomas de patologías ansiosas pasan más desapercibidos que los síntomas de otras patologías, y así, por ejemplo, calificamos a un niño de tímido o retraído (comportamientos interiorizados), obviando quizá un posible problema de ansiedad más profundo. En otras ocasiones, calificamos a niños como rebeldes (comportamientos exteriorizados), sin darnos cuenta que estos comportamientos pueden ser respuestas de ansiedad.

También, en la mayoría de los casos, los niños e incluso adolescentes, no son capaces de pedir ayuda por sí mismos. Aquí entra en juego el papel de la familias y docentes, quienes deben estar alerta ante los problemas sociales y comportamentales, que pueden reflejar la presencia de un trastorno de ansiedad. Además observamos padres que se niegan a admitir patologías ante conductas problemáticas de sus hijos u otros problemas, confiando en que desaparecerán con el tiempo, y no prestando la debida atención y/o tratamiento.

De aquí deducimos que el papel de la familia, y especialmente el de la escuela como agente educador, tienen una importancia fundamental en la prevención, detección y tratamiento de trastornos.

La escuela tiene como objetivo el desarrollo integral del niño, y a este respecto la normativa se refiere a las competencias como capacidades que nos permitan aplicar los conocimientos adquiridos de forma integrada y nos ayuden a la resolución eficaz de problemas complejos. Así, el currículo de primaria, propone unos objetivos de competencia social y cívica (Resolución del 12 de abril de 2016), que recogen los aspectos fundamentales de la educación emocional y habilidades sociales. Los objetivos

citados en dicha resolución, hacen referencia al desarrollo del conocimiento de uno mismo y de los demás, autoestima, autonomía personal, en el incremento de las habilidades emocionales comunicativas y sociales, en desarrollar hábitos de trabajo individual y en equipo, actitudes de confianza en uno mismo, adquisición de habilidades para la prevención y resolución de conflictos y en la relación con grupos sociales y habilidades para la vida.

El sistema educativo tiene en cuenta en su currículo la educación emocional y las habilidades sociales, contemplan la orientación escolar, incide en la prevención para anticipar desajustes en el proceso educativo y da importancia a la atención a la diversidad y a los alumnos con patologías de necesidades educativas especiales (ACNEAEs, TEAs), sin embargo, desde mi punto de vista, no se atiende explícitamente a la ansiedad, quedando quizá esta en un segundo plano.

Por esta razón, mi intención en este trabajo es hacer más visible la ansiedad, intentando que el maestro sea consciente de la problemática y se forme para poder ofrecer a sus alumnos la prevención o el tratamiento necesario, coordinándose con las familias y con los especialistas correspondientes. No toda la labor en el tratamiento de patologías debe recaer sobre el especialista de P.T. (Pedagogía Terapéutica) en la escuela, el tutor es la persona más cercana al niño, y es quién mejor puede detectar la presencia de problemas y ayudar a su resolución.

Valero y Ruiz (2003) señalan que en la infancia y adolescencia, los trastornos de comportamiento muestran un índice elevado con un 14,6% de depresión y un 13,3% de ansiedad. Este hecho es más que significativo para que la escuela aplique manuales y modelos preventivos, relativos a la educación emocional y habilidades sociales.

Por todo ello, en este trabajo tienen tanta relevancia los programas de prevención, y así mismo el posible tratamiento y uso de técnicas de relajación y otras técnicas cognitivo-conductuales en la intervención de casos ansiosos patológicos.

A continuación se podrá observar un análisis de casos de ansiedad y de programas de prevención de ansiedad y depresión, debido a su gran comorbilidad.

He decidido seleccionar los casos a tratar intentando abarcar diferentes problemas o trastornos de la ansiedad, diferentes edades (dentro de la infancia y adolescencia) y diferentes modos de actuar por parte de la escuela o familia. En relación

a los programas de prevención, la selección fue realizada basándome en los resultados de dichos programas, y teniendo en cuenta que cada uno de ellos tiene una base específica diferente a los demás.

Tras este planteamiento, este trabajo persigue como principales objetivos:

- Analizar casos de sujetos con trastornos ansiedad.
- Revisar y analizar algunos programas de prevención de la ansiedad.
- Realizar una base teórica sobre la ansiedad y sus trastornos.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTO DE ANSIEDAD

3.1.1 Concepto de ansiedad, fobia y miedo

Es difícil establecer la frontera entre miedo, ansiedad y fobia, depende de la edad, de la situación aversiva, frecuencia, intensidad, grado de incapacitación, etc. (Bastida de Miguel, 2011).

El miedo es una emoción necesaria y adaptativa que experimentamos ante determinados estímulos, un sistema de alarma que nos ayuda a evitar peligros. Suele ser pasajero y correspondiente con una etapa evolutiva. El desarrollo propio de las diferentes etapas evolutivas, explica la desaparición de unos miedos y la aparición de otros nuevos para adaptarse al medio (Pelechano, 1981, citado en Méndez et al., 2014). Es común experimentar ciertos miedos en concordancia con la edad: hasta los 2 años suelen aparecer miedos a ruidos fuertes, a extraños, o a la separación de las figuras de apego. De 2-6 años miedos a monstruos, animales, oscuridad y al colegio. A partir de los 6 años aparece el miedo a la sangre, al daño físico o al ridículo, desapareciendo el miedo a lo fantástico. Algo más tarde el miedo a las enfermedades y la muerte, al fracaso, a la separación de los padres, a la propia imagen o al rendimiento académico. De los 12 a los 18 años suelen aparecer miedos al rechazo, fracaso y a las relaciones interpersonales (Echeburúa, 1993; Méndez, Inglés e Hidalgo, 2002, citado en Méndez et al., 2014). En general, los miedos físicos (animales, tormentas, daño, etc.) disminuyen,

mientras que se acentúan los miedos sociales (ridículo, rechazo, hablar en público, etc.) (Graziano, DeGeovanni y García, 1979, citado en Méndez et al., 2014).

La mayoría de los niños van superando sus miedos en su proceso de crecimiento, pero hay casos en que estos no se superan y pueden aparecer las fobias. La fobia aparece cuando la ansiedad o el miedo superan el umbral de tolerancia, y se manifiesta con respuestas excesivas y desproporcionadas, con una gran ansiedad que se prolonga en el tiempo y produce malestar, interfiriendo en el funcionamiento adaptativo y normal (Bastida de Miguel, 2011), siendo injustificables estas reacciones de miedo por la falta de razones objetivas suficientes (Marks, 1987, citado en Sierra et al., 2003).

La ansiedad es un estado de agitación e inquietud por la anticipación del peligro, que produce síntomas psíquicos y pensamientos catastrofistas, combinando síntomas cognitivos y fisiológicos, provocando una reacción donde el individuo busca solucionar ese peligro (Sierra et al., 2003). La ansiedad es una respuesta adaptativa para que el organismo se active e incluye: síntomas neurovegetativos (inquietud, desasosiego, taquicardia, sudoración...), cognitivos, somáticos (Ochando, y Peris, 2017, citado en Mendez et al., 2014).

La ansiedad y el miedo tienen manifestaciones parecidas: pensamientos de peligro, reacciones fisiológicas y respuestas motoras, por lo que algunos autores usan estos términos de manera indistinta (Cambell, 1986; Thyer, 1987, citado en Sierra et al., 2003). Los dos son mecanismos de adaptación para la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987, citado en Sierra et al., 2003). Otros autores hacen una diferencia más precisa, considerando el miedo como manifestación ante estímulos presentes y la ansiedad como anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986, citado en Sierra et al., 2003).

Hay que distinguir entre ansiedad normal y trastorno de ansiedad. Cuando la ansiedad es excesiva en intensidad, frecuencia y/o duración o aparece ante estímulos no aversivos, produciendo malestar e interfiriendo en la actividad de un sujeto, entonces provoca manifestaciones patológicas a nivel emocional y funcional y hablamos de trastornos de ansiedad (Vila, 1984, citado en Sierra et al., 2003).

Estos trastornos y sus tipologías se recogen en el DSM-V y en la CIE-10.

3.2 TIPOLOGÍAS DE LA ANSIEDAD

Las dos clasificaciones internacionales, CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y DSM-V (Diagnostic and Statistical Classification of Diseases) explican la existencia de algunos trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y adolescencia, basados en cuatro razones:

- Muy pocas personas con trastorno de ansiedad acaba sufriendo algún trastorno en la vida adulta.
- Muchos de los trastornos emocionales pueden interpretarse como respuestas exageradas, pero normales en un niño.
- Las causas y mecanismos que la provocan podrían ser varias.
- Los trastornos emocionales son más difíciles de diferenciar en la niñez que en la etapa adulta.

Estas ideas, son algunas de las diferencias que podemos encontrar entre los trastornos en la infancia y los trastornos en la vida adulta.

La CIE-10 clasifica los trastornos de ansiedad de la infancia y adolescencia en; ansiedad de separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad entre hermanos. El DSM-5 clasifica los trastornos de ansiedad en niños en: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada. Se ha excluido del mismo el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático (incluidos en el DSM-IV).

Así, algunos de los principales trastornos que se recogen en la CIE-10 y el DSM-V son:

3.2.1 Trastorno de ansiedad por separación

Se sufre en situaciones de separación de los padres o de figuras de íntimo vínculo, provocando una ansiedad excesiva, siendo diagnosticada cuando el nivel de ansiedad no corresponde con la etapa evolutiva. A la edad de tres años y progresivamente disminuyendo hasta los cinco, los niños comienzan a percibir la separación como algo temporal y tienen una imagen de la persona de estrecho vínculo

en su mente durante su ausencia (Ruiz & Lago, 2015). En niños y adolescentes, el miedo o ansiedad debe estar presente un mínimo de 4 semanas para ser diagnosticado (Tortella-Feliu, 2014).

Los síntomas que caracterizan el trastorno son: preocupación o malestar excesivos al separarse de su hogar o de las figuras vinculares principales, miedo a perder a los padres o a que les pase algo malo, miedo a una separación (ser secuestrado o extraviarse), resistencia a ir a la escuela u otro sitio, a estar solo y tener pesadillas de raptos, accidentes, pérdidas. Actualmente, en el DSM-V, se considera por primera vez la posibilidad de sufrir ansiedad de separación después de los 18 años (DSM-V, 2014).

En cuanto a los efectos que produce esta ansiedad en edad temprana, suele representarse en el ámbito fisiológico con síntomas somáticos (vómitos, dolores de abdomen, temblores, cefaleas, conductas de evitación, cogniciones anormales, vértigos...) (Ruiz & Lago, 2015).

Existe un peor pronóstico cuando la edad de comienzo es más tardía. También cuando existe psicopatología familiar, absentismo escolar y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

En los hijos de padres divorciados hay mayor riesgo de padecer este trastorno, los niños pueden vivirlo como algo traumático. "Los hijos de padres separados o divorciados presentan más problemas de conducta y que se agudiza cuando la separación o divorcio se desarrolla de forma contenciosa." (Cartón, Cortés y Justicia 2002, citado en Orgilés, Espada y Méndez 2008, p. 383).

3.2.2 Trastorno por hipersensibilidad social en la infancia

Consiste en la continua tendencia del niño de evitar cualquier contacto con desconocidos. Debe presentarse esta situación durante al menos 6 meses para ser diagnosticado (Ruiz & Lago, 2015).

Suele iniciarse a partir de los 2 años y medio, etapa en la que evolutivamente desaparece el miedo a los extraños. Suele coincidir con el inicio de escolarización (Ruiz & Lago, 2015).

La ansiedad que le produce el posible contacto con desconocidos hace que se muestre excesivamente tímido y retraído, haciéndole incluso incapaz de articular palabra. Esto hace posible el desarrollo de ciertos trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (Ruiz & Lago, 2015).

Esta evitación hacia los extraños interfiere negativamente en el normodesarrollo de su vida social y provoca angustia excesiva cuando el sujeto se siente presionado a tener contacto con ciertas personas. Por el contrario, surge un deseo en el individuo de mantener relaciones muy estrechas con familiares y amigos, manifestando continuamente cariño hacia esas personas.

3.2.3 Trastorno de ansiedad fóbica

El diagnóstico del trastorno fóbico en niños se realiza cuando se manifiesta un miedo persistente, en una etapa apropiada del desarrollo pero en un grado anormal ante un objeto o situación específica, haciendo que se produzca una gran ansiedad acompañada de la evitación de este estímulo y provocando a su vez cambios en el normal funcionamiento de la persona. Para ser diagnosticado debe prevalecer durante un mínimo de 6 meses (Tortella-Feliu, 2014; Ruiz & Lago, 2015).

A la hora de establecer el diagnóstico se debe tener en cuenta que los niños no suelen percibir esos miedos como irracionales, a diferencia de los adultos y adolescentes. Por ello muchas de las fobias específicas pasan desapercibidas en la infancia y son diagnosticadas en la vida adulta (Ruiz & Lago, 2015).

En cuanto a los valores de prevalencia en la niñez y adolescencia, "se estiman alrededor de un 2%." (Ruiz & Lago, 2015, p.271).

Existen ciertos estímulos que son interpretados como fóbicos en multitud de casos: animales, médicos, espacios cerrados, alturas, aviones, rayos, sangre, dolor corporal, insectos y oscuridad son algunos de ellos. Los cuatro últimos nombrados suelen aparecer antes de cumplir los 7 años (Tortella-Feliu, 2014).

Dentro del trastorno de ansiedad fóbica podemos encontrar como trastorno diferenciado el trastorno de evitación escolar o fobia escolar.

3.2.4 Trastorno de evitación escolar: fobia escolar

Se trata de un temor irracional a la asistencia a la escuela, lo que suele provocar un absentismo de tipo parcial o total. La mayoría de estos niños tienen síntomas de ansiedad, y estos síntomas se incrementan desde que el sujeto se despierta por la mañana (Ruiz & Lago, 2015). Para su diagnóstico, las respuestas deben repetirse durante 6 o más meses (Tortella-Feliu, 2014).

Existen casos en lo que es el niño quien comunica su miedo a asistir a la escuela, pero en muchos otros ese miedo se expresa a modo de síntomas fisiológicos, así como dolor de abdomen, cabeza, náuseas, vómitos, palpitaciones u otras enfermedades. Una vez diagnosticada la fobia, se observa que esos síntomas solo aparecen los días de escuela, y no en fines de semana y periodos vacacionales. No se trata de una fobia social, ya que el sujeto no tiene problemas a la hora de quedar con amigos a jugar o ir a dormir a casas de familiares o amigos (Ruiz & Lago, 2015).

La aparición de la fobia escolar suele coincidir con periodos de enfermedad, absentismo justificado a la escuela, cambio de colegio o de etapa educativa (paso a primaria, secundaria...). Suele estar más presente en niños de 11 a 14 años y respecto al género, no existen diferencias en la aparición de esta fobia. (Ruiz & Lago, 2015).

Suele presentarse en niños que no han tenido problemas anteriormente en la escuela, tímidos, retraídos, y con buen historial escolar. Algunos de los posibles antecedentes o causas de la fobia escolar suelen ser problemas escolares (así como el bullying, relaciones negativas con profesores, situaciones problemáticas con compañeros...), relaciones demasiado estrechas con el padre o la madre siendo un niño sobreprotegido o mimado y en muchos casos hijo único, un nacimiento prematuro, o la pasividad o ausencia de un miembro importante de la familia o con papel secundario en la crianza (Ruiz & Lago, 2015).

La fobia escolar puede estar relacionada con el trastorno de ansiedad por separación, pero hay ocasiones en que se diagnostica como entidad diferenciada si no existe miedo a la separación.

3.2.5 Trastorno de ansiedad ante los exámenes

En relación a los trastornos ansioso que afectan en el ámbito escolar, encontramos la ansiedad ante los exámenes, diagnosticado como fobia específica. Es un comportamiento bastante común, especialmente en personas que tienen presión social y fijación por la obtención de éxito académico. (Rosário, et al., 2008). Para su diagnóstico, las respuestas deben repetirse durante 6 o más meses (Tortella-Feliu, 2014).

En este tipo de ansiedad, conviene tener en cuenta multitud de variables, como la autoexigencia, la procrastinación académica (dejar algo para mañana), variables personales, familiares, nivel de estudios de los padres, contexto escolar, asignaturas superadas o no, el género, carácter familiar, tolerancia a la frustración y al fracaso, etc. Conocer los determinantes de sus comportamientos y estilos de vida es necesario para la selección y utilización de estrategias preventivas adecuadas.

En cuanto a la diferencia de género, el femenino tiene mayor predisposición a padecer ansiedad ante exámenes, ya que suelen percibir estas situaciones más amenazantes por exigencias sociales de implicación y responsabilidad de tareas. (Magalhães, 2007; Spielberger, 1980).

Spielberger y Vagg (1995, citado en Rosario et al., 2008), contemplan la ansiedad ante los exámenes como una característica específica, o rasgo, de personalidad. Es una disposición individual para exhibir estados de ansiedad más intensa y frecuente de lo habitual, con preocupaciones, pensamientos irrelevantes que interfieren con la atención, concentración y realización en los exámenes. (p. 563)

Es decir, los alumnos pueden percibir las situaciones de examen más o menos amenazantes según las diferencias individuales y factores situacionales (los objetivos o metas, el interés, dominio del tema, competencias de estudio...).

"Anderson y Sauser (1995) sugieren que los estudiantes con buenas competencias de afrontamiento ven los exámenes como menos amenazadores que los alumnos menos competentes." (Rosário, et al., 2008, p. 564). Ciertamente, en esta afirmación no se valora la posible alta intensidad del nivel propio de autoexigencia, ya

que en muchos casos, el hecho de tener un alto rendimiento académico con buenos resultados, puede provocar en la persona un decrecimiento de la tolerancia al fracaso.

Un hecho muy común que precede la aparición de la ansiedad ante un examen es el bloqueo creado por el desconocimiento de las primeras preguntas del examen, ya que si el alumno lee las primeras preguntas y es consciente o cree que no sabe responderla, puede dar paso a una crisis o ataque de ansiedad (Rosário, et al., 2008).

3.2.6. Fobia social

La fobia social aparece cuando el sujeto sufre una ansiedad excesiva ante la expectativa de actuar de una manera que pueda resultar humillante. Supone un miedo a hablar en público e incluso comer en público, hablar a los adultos o personas de autoridad, relacionarse con iguales en fiestas... temiendo que los juzguen negativamente (Tortella-Feliu, 2014). A veces tienen ansiedad o miedo ante los síntomas, miedo a la propia ansiedad ("si me preguntan no sabré responder, me pondré nervioso y colorado"). El miedo o la ansiedad debe estar presente al menos durante 6 meses para su diagnóstico (Tortella-Feliu, 2014).

Estos trastornos suelen comenzar en la adolescencia, pero hay casos de niños más pequeños. Generalmente se desarrolla de forma gradual y es muy común que el sujeto haya pasado una experiencia negativa con anterioridad. La mayoría de los expertos afirman que una vez adquirida esta ansiedad, dura toda la vida si no se trata.

Los sujetos deben enfrentarse a su propio miedo para poder superar la ansiedad, pero generalmente evitan las situaciones comprometidas para escapar y no sufrir el efecto negativo temido.

3.2.7 Trastorno de ansiedad generalizada

Se define como una preocupación excesiva y descontrolada (anticipación aprensiva) que padecen los sujetos habitualmente y ocurre al menos durante seis meses y casi todos los días (aunque en los niños solo se requiere un mes) (Ruiz & Lago, 2015).

La ansiedad o miedo deben estar presente la mayoría de los días durante al menos 6 meses (Tortella-Feliu, 2014).

Los síntomas de esta ansiedad están relacionados con la actividad del sistema simpático. En los niños se manifiesta mediante inquietud o sensación de estar atrapado, fatiga, dificultad de concentrarse o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño. En ellos es difícil de detectar y son frecuentes las quejas somáticas y necesidad de seguridad. Muchos niños se preocupan ante las situaciones novedosas.

Las consecuencias derivadas de este tipo de ansiedad son el aislamiento social, evitar compañeros y situaciones, inhibición y timidez, relación con niños más pequeños a los que pueden someter. Evitan peleas y agresiones y a veces pueden derivar o generar trastornos negativistas desafiantes o reacciones pasivo-agresivas en el hogar.

En los niños, los comportamientos son más llamativos (juego solitario, no practicar deportes, aficiones independientes), y en niñas destacan comportamientos menos llamativos (relaciones de dependencia con niñas protectoras o asumir ese papel con otras). En la adolescencia es más común en las chicas que en los chicos.

3.2.8 Trastorno de pánico

Es un trastorno que se manifiesta con ataques de pánico intensos, imprevistos y recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y, en ese tiempo, se producen cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblores, asfixia, ahogo, dolores en el tórax, náuseas, mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o calores, parestesias, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o "volverse loco" y miedo a morir (Ruiz & Lago, 2015). A estos ataques le ha seguido durante un mes o más: preocupación habitual sobre otro nuevo ataque de pánico o sus consecuencias, o una evitación de las situaciones relacionadas con el ataque de pánico.

Hay síntomas específicos (dolor de cuello, cabeza, gritos o llanto incontrolable), que aunque aparecen no cuentan como uno de los cuatro requeridos. La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o de ansiedad, con un inicio brusco, alcanzando una intensidad máxima en unos 10 minutos.

A los ataques les suele acompañar durante un mes o más, la sensación o miedo a otro posible ataque de pánico o de sus consecuencias o, un cambio significativo en la manera de comportarse en ciertas situaciones, o evitarlas. Algunos trastornos, relacionados y no relacionados con la ansiedad, están unidos a los ataques de pánico, por ello este trastorno tiene comorbilidad con muchos otros.

Actualmente, existen estudios que dan índices de un 16% de jóvenes de 12 a 17 años que han sufrido este tipo de crisis y son más comunes en el sexo femenino (Ruiz & Lago, 2015). En adolescentes, estos ataques, pueden desencadenarse debido a situaciones de miedo o separación. Muchos de los ataques de pánico pueden no tener causa aparente. Las primeras crisis se viven como una experiencia extremadamente negativa, y por ello, se adquieren conductas de evitación ante las situaciones aversivas.

3.2.9 Mutismo selectivo

El mutismo selectivo es un problema conductual caracterizado por la inhibición selectiva del habla, es decir, fracaso en situaciones con expectativa por hablar, a pesar de poder hacerlo en otras situaciones. Esta alteración interfiere en logros académicos, laborales y sociales. La duración debe ser de al menos un mes, sin contar el primer mes de escuela (Rodríguez-Menchón y Saval-Manera, 2017). La negación al habla no se origina por desconocimiento del lenguaje o ausencia de conocimientos, la alteración no se debe a un Trastorno de Comunicación, Trastorno Psicótico ni Trastorno Generalizado del Desarrollo (DSM-V, 2017). La presión a la que se ven sometidos estos sujetos, les hace sufrir bloqueos, situaciones de ansiedad e incluso ataques de pánico. Por todo ello, estas personas tienden a la evitación de situaciones de habla similares.

"Este trastorno resulta poco frecuente, ya que su prevalencia es de 1 por cada 1000 niños" (Kumpulainen, Rasanene, Rasca, & Samppi, 1998; Steinhausen & Juzi, 1996, citado en Rodríguez-Menchón y Saval-Manera, 2017). Se dan más casos en el contexto escolar que en muestras clínicas y predomina en el sexo femenino.

Según el Olivares et al. (2002), el mutismo selectivo puede considerarse como,

...un descenso generalizado (hasta su anulación) de la frecuencia de ocurrencia de la conducta verbal (negativa persistente a hablar) en situaciones sociales

específicas o con carácter general ante personas ajenas al ámbito íntimo (excepción hecha de algún amigo y/o familiar, generalmente la madre); todo ello sin que, por otra parte, se haya podido encontrar ningún otro problema de orden psicológico, o somático, que pudiera justificarlo (Olivares, Rosa & Piqueras, 2005, p. 212).

Este trastorno se ve acompañado de una serie de características y comportamientos que acompañan a la persona: excesiva timidez, aislamiento social, ansiedad, tartamudeo, negativismo y conductas manipuladoras u opositoras, particularmente en el contexto del hogar. (APA, 2002, citado en Olivares, Rosa & Piqueras, 2006).

3.3 DATOS DE INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS

Alday y otros (2005) y Pedreira y Sardinero, (1996) dijeron que,

según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia oscila entre el 10 y el 20%, existiendo importante variabilidad en las cifras encontradas en diversos estudios (Alday et al., 2005; Pedreira y Sardinero, 1996), variando entre el 7 y el 30,2%. (Navarro-Pardo et al., 2012, p. 377)

Valero y Ruiz (2003) señalan que en la infancia y adolescencia hay un mayor índice de trastornos de comportamiento. En otro estudio llevado a cabo por Aláez y otros (2000), en niños y adolescentes, concluyeron que un 23% de los trastornos son de conducta, un 14,6% de depresión, un 13,3% de ansiedad, un 12,7% específicos del desarrollo y un 9,7% de eliminación.

"Respecto a los trastornos depresivos y de ansiedad, si tomamos en conjunto las dos categorías, dada su alta comorbilidad, existe en torno a un 28% de sujetos con ambos diagnósticos." (Aláez et al., 2000, p. 378).

Navarro-Pardo y otros (2012) realizaron un estudio con pacientes de 18 años, de la Unidad de Salud Mental de Infancia y Adolescencia de Valencia. La experiencia contó con 588 sujetos, de los que un 20,1 % no presentaban diagnóstico psiquiátrico y el

resto sí, y los dividieron en cuatro grupos de edad. A los sujetos que tenían síntomas de ansiedad se les evaluó mediante el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS).

Según los resultados obtenidos, los trastornos de conducta obtienen el mayor porcentaje, siguiéndole los trastornos de ansiedad, TDAH y eliminación. Los trastornos de ansiedad tienen más incidencia desde los 12 a los 18 años (21,35 de 12-15 años y 15,44% de 15-18 años), observándose así su prevalencia durante la adolescencia. Sin embargo, hasta los 5 años, la ansiedad tiene un porcentaje de 5,56%, y de los 6 a los 11 años, el índice aumenta a 12,32%.

Obtienen resultados similares otros estudios, así como Bragado y otros (1995); Aláez y otros (2000), que demuestran que los trastornos con más prevalencia son los conductuales, seguidos de los de ansiedad y eliminación.

En relación a la diferencia de género, se puede observar claramente que la ansiedad prevalece en el género femenino (24,6%) frente al género masculino (11,5%), observando que el sexo femenino suele mostrar una sintomatología internalizante frente a una externalizante en el sexo masculino.

En cuanto a la incidencia de los distintos trastornos de ansiedad en personas que los sufren, la ansiedad generalizada es más propensa a estar presente en la infancia (hasta los 5 años). A partir de los 5 y hasta los 12 años, los trastornos ansiosos más propensos a prevalecer son la ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias específicas. En la etapa adolescente (a partir de los 12 años) predomina la fobia social y los trastornos propios del adulto (Ruiz et al., 2005).

3.4 TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA ANSIEDAD

Según Sandín y otros (2009), en la década de los años 20, Freud (1964, citado en Sandín et al., 2009) estudió la ansiedad y afirmó que estaba basada en impulsos y vivencias internas. Para él era una señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo.

En los años 50 aparecen las teorías de aprendizaje, que consideran la ansiedad como una respuesta aprendida de naturaleza anticipatoria. Estas teorías son ampliadas y

completadas con las teorías de la incubación de Eysenck (1975, 1989, citado en Sandín et al., 2009) y de la preparación de Seligman (1971) y Öhman (1976), citado en Sandín et al., (2009).

Las primeras teorías del aprendizaje siguen el modelo condicionado. Entre ellas destacan el Condicionamiento Clásico (CC), o modelo de Watson y Rayner (1920, citado en Sandín et al., 2009), y el modelo bifactorial mediacional de Mowrer (1939,1960 citado en Sandín et al., 2009).

El primer modelo fue el Condicionamiento Clásico (1920), que defiende que la ansiedad es una respuesta condicionada al asociar un estímulo neutro con un suceso aversivo. Cualquier estímulo inicialmente neutro (EC) puede adquirir la propiedad de causar respuestas de miedo (RC) por su asociación con estímulos nocivos traumáticos (EI) y esta propiedad puede generalizarse a otros estímulos (Sandín et al., 2009).

El segundo modelo se trata del modelo bifactorial o Condicionamiento clásico y operante de Mowrer (1939, 1960, citado en Sandín et al., 2009). Sigue el modelo anterior y añade el condicionamiento instrumental, es decir una respuesta de evitación del estímulo aversivo y estímulos reforzantes de dicha respuesta. La evitación o escape de la exposición al estímulo EC, que le avisa de algo malo, produce una reducción del miedo, con lo que la respuesta de evitación o escape queda reforzada negativamente. Sigue el esquema estímulo-respuesta-reforzador (Sandín et al., 2009).

Más tarde, Seligman (1970, citado en Sandín et al., 2009) postuló la Teoría de la preparación, según la cual estamos preparados para asociar unos estímulos con más facilidad y otros con más dificultad. Existe una predisposición biológica a responder con temor o ansiedad a estímulos, que en algún momento de la evolución han puesto en peligro la supervivencia de la especie. Así explica las fobias, por una capacidad innata de aprendizaje biológico-evolutivo (Sandín et al., 2009).

Öhman (1986, 1987, citado en Sandín et al., 2009) amplía esta teoría y postula que las conductas de distintos tipos de fobias pueden tener orígenes evolutivos diferentes. Los miedos no comunicativos aparecen en las fobias a las alturas y a espacios cerrados, los miedos comunicativos en fobias a animales y fobias sociales, los miedos interespecíficos en fobias a animales, y los miedos intraespecíficos en fobias sociales (Sandín et al., 2009).

Esta teoría de la preparación establece diferencias sobre el comienzo de las fobias: La fobia a los animales comienza sobre los 7 años, las sociales en la adolescencia (edades de riesgo), y la agorafobia en edad adulta.

Eysenck (1979, 1985, citado en Sandín et al., 2009) aportó el concepto de incubación. Defiende que si la respuesta condicionada de ansiedad tiene propiedades motivacionales, el EC produce aumento de respuesta de ansiedad, (efecto incubación). Esta teoría es considerada el tercer gran modelo de condicionamiento y explica por qué no se produce la extinción en las fobias. Si exponemos a un sujeto al estímulo condicionado sin la presencia del incondicionado, no se extingue la respuesta, por lo tanto esta RC actúa como reforzador por su parecido a la RI. Eysenck y Kelly (1987, citado en Sandín et al., 2009) experimentaron con animales y concluyen que el efecto de incubación está mediado por procesos neuroendocrinos. Las neurohormonas (neuropéptidos) ejercen influencia sobre el efecto de incubación (las hormonas ACTH, MSH y vasopresina, aumentan la atención y provocan cambios en la asociabilidad del EC para producir excitación o inhibición) (Sandín et al., 2009).

Eysenck (1987, citado en Sandín et al., 2009) defenderá que hay rasgos de la personalidad relacionados con la mayor o menor tendencia a responder con ansiedad. Existe una predisposición del sujeto para responder de forma ansiosa ante situaciones adversas, pero aunque esta tendencia favorezca, no determina la ansiedad, para ello hace falta aprendizaje. Tiene en cuenta factores genéticos y ambientales para determinar la conducta (Sandín et al., 2009).

Todas estas teorías conductistas que defienden el aprendizaje, fueron ampliadas por la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977, citado en Torres, 2014), la cual sostiene que la ansiedad puede desarrollarse no solo a través de experiencias traumáticas, sino que también puede ser provocada por aprendizaje observacional, es decir observando a otros. Aprendemos de las experiencias sociales. Este aspecto será retomado y modificado por los defensores de la teoría cognitivo-social.

Tras los modelos de condicionamiento, se dio una gran importancia a los modelos cognitivos, discutiendo si solo son un componente más de las respuestas de ansiedad, un aspecto moderador o son la causa de la misma. Son modelos basados en el

neocondicionamiento (los estímulos son unidades de información y como tales representados cognitivamente) (Sandín et al., 2009).

Las teorías cognitivas subrayan la importancia del componente cognitivo (ideas, creencias, pensamientos, esquemas, percepciones e interpretaciones, expectativas, etc.) que juegan un papel relevante en el inicio y mantenimiento de la ansiedad desadaptativa. El sujeto "etiqueta" mentalmente una situación y si la percibe como peligrosa o de alarma, se provoca una respuesta de ansiedad (Sandín et al., 2009).

Seligman y Johnston (1973, citados en Sandín et al., 2009), parten del concepto de expectativas de resultado. El individuo va formando expectativas entre respuesta y resultado. En una situación de evitación, se forma dos expectativas negativas: una sobre las consecuencias de su respuesta ante el peligro y otra sobre las consecuencias de no responder a ese peligro. Una vez formadas, su conducta no cambia hasta que alguna de las expectativas desaparezca por una modificación experimental o terapéutica (Sandín et al., 2009).

Otro concepto introducido por Seligman y Johnston (1973, citados en Sandín et al., 2009) es el de preferencia, donde el ser controla sus respuestas sobre los resultados esperados. El organismo posee una preferencia innata, y en el aprendizaje de evitación se adquieren dos tipos de expectativa de resultado, la de ejecución y la de no ejecución (Sandín et al., 2009).

Bandura (1977, citado en Sandín et al., 2009) postula la teoría de la autoeficacia: percepción de la propia capacidad para realizar acciones específicas de forma exitosa. Establece 4 vías para conseguirla: experiencia vicaria (de otro), experiencia directa sobre el éxito de sus acciones, información verbal (persuasión) y conciencia de la propia activación emocional. "La teoría quizá sólo pueda ser de utilidad para explicar el mantenimiento de la ansiedad (el propio autor ha asumido que con ella no pretende explicar la adquisición de la ansiedad)" (Sandín et al., 2009, p. 106). Bandura critica el conductismo porque solo tiene en cuenta estímulos externos, y cree que son tan o más importantes los estímulos internos y los sociales. Su teoría cognitiva-social (1980) dice que aprendemos por imitación, pero extraemos una reglas y nos formamos expectativas de éxito o fracaso. Le da importancia a los procesos cognitivos en el aprendizaje social

y sostiene que la conducta es el resultado de las presiones o situaciones externas y de los factores personales (Sandín et al., 2009).

Reiss (1980, 1991, citado en Sandín et al., 2009) también introduce el Modelo de expectativa de la ansiedad. No es necesario asociar por contigüidad EI_EC para explicar la adquisición del miedo, tienen más valor las expectativas. Reiss y McNally (1985, citado en Sandín et al., 2009) introducen la variable sensibilidad a la ansiedad (SA), o miedo a los síntomas o sensaciones de ansiedad, al creer que tienen consecuencias somáticas, sociales o psicológicas negativas. (Sandín et al., 2009)

Reiss, se plantea el miedo a determinado estímulo o situación como función de dos componentes: las expectativas y las sensibilidades. Distingue entre Expectativa de peligro (probabilidad de un daño), Sensibilidad al daño físico, Expectativa de ansiedad (posibilidad de experimentar ansiedad), Sensibilidad a la ansiedad (a experimentar ansiedad. Ej: “puedo tener un ataque al corazón si experimento pánico”), Expectativa de evaluación social (reaccionar de forma negativa no siendo capaz de controlar un miedo) y sensibilidad a la evaluación social (a la evaluación negativa. ej: “siento vergüenza cuando fallo en algo”). Según Reiss, la sensibilidad a la ansiedad es un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad. Existe una asociación entre tener sensibilidad a la ansiedad y la tendencia a experimentar miedo. La presencia elevada de sensibilidad a la ansiedad es propia de la agorafobia o pánico. También aparece una elevada sensibilidad a la ansiedad en el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social o el trastorno de estrés postraumático. (Sandín et al., 2009)

Davey (1992, citado en Sandín et al., 2009) también intenta explicar el mantenimiento e incubación de la ansiedad e integra el concepto de Expectativa del resultado: los sujetos asimilan una información relevante y sobre ella construyen una expectativa de resultado. Esta información puede incluir información de una situación anterior, información transmitida verbalmente y las creencias existentes. Las variables que influyen en la fuerza de la respuesta son las estrategias personales de afrontamiento, la información verbal y la autoobservación (Sandín et al., 2009).

De estas teorías deducimos la importancia que tiene para el sujeto la adquisición de estrategias y habilidades que puede proporcionarnos el seguimiento de programas de inteligencia emocional, de los que más adelante hablaremos.

En los últimos años, se ha hecho hincapié en el Procesamiento de la información. Se ha inspirado en estudios experimentales sobre procesos atencionales, perceptivos, de memoria y comprensión (Musa y Lépine, 2000, citado en Sandín et al., 2009) y postula que el mecanismo consiste en un procesamiento selectivo de la información que lleva a la persona a percibirla como amenazante (Kimbrel, 2009, citado en Sandín et al., 2009).

El procesamiento bioinformacional (Lang, 1977, 1979, citado en Sandín et al., 2009) dice que toda la información es codificada en el cerebro. La información sobre la ansiedad es almacenada en la memoria en redes emocionales que pueden ser activadas por inputs (experiencias perceptivas directas o imágenes). Cuando la red es activada, da lugar a una variedad de conductas y experiencias denominadas emoción. Es decir, tenemos una memoria emocional que contiene tres tipos de información: sobre estímulos externos_(características físicas de los estímulos externos), sobre las respuestas (expresión facial o conducta verbal, acciones de aproximación o evitación, y los cambios viscerales y somáticos) y proposiciones semánticas (Información que define el significado de la situación, de las respuestas y las consecuencias de la acción) (Sandín et al., 2009).

Destacamos la importancia de trabajar programas que nos proporcionen recursos de conciencia y competencia emocional.

No hay que olvidar los enfoques que estudian la ansiedad desde el punto de vista biológico: estudios psicofisiológicos, neurofisiológicos y neuroendocrinos, así como datos sobre predisposición genética y familiar.

La ansiedad está relacionada con la activación del sistema nervioso, bien activado por estímulos externos o bien como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La ansiedad clínica se ha asociado a hiperactividad del sistema nervioso autónomo y somático.

En cuanto a aspectos psicofisiológicos, la hiperactivación provoca respuestas de actividad electrodermal, cardíaca, incremento de actividad muscular, respiratoria y eléctrica cerebral, dilatación pupilar y cambios en el PH sanguíneo.

El sistema neuroendocrino se relaciona con la ansiedad. Un incremento de ansiedad supone mayor segregación de tiroxina, cortisol, catecolaminas y otras hormonas hipofisarias (prolactina, vasopresina, hormona del crecimiento). La ansiedad y el estrés incrementan la activación del sistema hipotálamo–hipofiso–suprarrenal. La activación córtico-suprarrenal se asocia con depresión.

Y en cuanto a los aspectos neurobiológicos, la ansiedad se relaciona con la hiperactividad del locus coeruleus. La estimulación eléctrica del locus coeruleus induce respuestas de ansiedad y ataques de pánico (Sandín et al., 2009)

Sandín, en su estudio sobre la transmisión genética de los trastornos de ansiedad llegó a la conclusión de que en estos parece existir un importante componente de transmisión familiar de tipo hereditario (excepto en el TAG). Lo que se hereda es una vulnerabilidad (diátesis) para desarrollar un trastorno de ansiedad, no se hereda un trastorno específico en sí mismo.

Lang (1968, citado en Sandín et al., 2009) propuso su modelo del triple sistema, para atender al plano fisiológico, conductual y cognitivo: técnicas de relajación, desensibilización o biofeedback (aspecto fisiológico), práctica reforzada, o entrenamiento de Habilidades Sociales (aspecto conductual) y reestructuración cognitiva y autoinstrucciones (aspecto cognitivo) (Sandín et al., 2009).

Parece ser que durante un tiempo la ansiedad se consideró un fenómeno unidimensional. En la actualidad ha habido un acercamiento entre diferentes posiciones y la ansiedad se considera una respuesta emocional múltiple, en la que influyen factores cognitivos, fisiológicos y conductuales o motores. El enfoque cognitivo-conductual modifica el concepto de ansiedad y la considera como un sistema de triple de respuesta y combina las diferentes técnicas en los programas destinados a la prevención y al tratamiento de esta patología.

3.5 FACTORES DE RIESGO

Hemos visto que en la conducta influyen muchos factores como los rasgos de la personalidad del sujeto, su predisposición genética, sus estructuras cognitivas, sus habilidades, los modelos sociales que le rodean...

Hay factores protectores que favorecen el desarrollo adaptativo, y son aquellos recursos propios del niño o de su entorno que ayudan a actuar con menos ansiedad, y a mejorar sus expectativas. (Garmezy, 1991; Garmezy & Masten, 1994; Lazarus & Folkman, 1986, citado en Simón, 2016). Por el contrario, también hay factores de riesgo que condicionan negativamente el comportamiento del sujeto.

Según Ochando y peris (2010), la etiología de los trastornos de ansiedad tiene muchos factores de tipo genéticos, temperamentales, familiares, ambientales y sociales. Los factores etiopatogénicos que podemos encontrar son:

- **Factores genéticos:** algunos trastornos de ansiedad suelen tenerlos varios miembros de una familia, aunque ha sido imposible establecer si la transmisión se debe a factores genéticos o ambientales. La presencia de ciertos trastornos en los familiares pone al niño en riesgo ambiental, además de contar ya con el riesgo genético.
- **Rasgos temperamentales del niño.** Los niños que desde pequeños suelen ser más inhibidos, retraídos y tímidos pueden tener una mayor tendencia hacia el desarrollo de ciertos trastornos de ansiedad en las siguientes etapas de su crecimiento.
- **Estilos de crianza parental.** Algunas formas de educación hacia los hijos, así como una sobreprotección excesiva, estilos educativos muy disciplinarios y el hecho de transmitir ciertos miedos de padres a hijos, son claros factores de riesgo para padecer trastornos de ansiedad. No olvidemos también que los mensajes verbales recibidos de nuestras personas más cercanas afectan a las creencias o expectativas del niño.
- **Los acontecimientos vitales estresantes:** ciertos acontecimientos como las discusiones en el colegio, con la familia, pérdida de seres queridos, situaciones que crean traumas, cambio de ciudad, colegio... suelen acelerar la aparición de trastornos ansiosos o en ciertos casos actuar como factores mantenedores de dichos trastornos.

- **Familias con condiciones desfavorables de salud:** ciertas enfermedades crónicas, conductuales, trastornos mentales, altos niveles de violencia o incluso escasas habilidades de afrontamiento en la familia actúan como grandes factores de riesgo.
- **Situación social desfavorable:** los problemas económicos, sociales, condiciones de vida desfavorables, etc., tienden a crear altos niveles de inseguridad haciendo así más vulnerable a la persona ante el desarrollo de ciertos trastornos.

3.6 TRATAMIENTO Y TÉCNICAS

Según Ruiz y Lago (2005), el tratamiento de la ansiedad de niños y adolescentes tiene muchos tipos de intervenciones, las cuales suelen compaginar componentes farmacológicos y psicosociales (los medicamentos mayormente se introducen cuando el caso de ansiedad es grave y la intervención psicoterapéutica resulta insuficiente).

Es interesante comenzar el tratamiento con sesiones informativas para tratar de reducir las situaciones de estrés, centrándose en los factores estresantes del sujeto. Se debe mejorar la comunicación del sujeto y la familia, además de trabajar la gestión y expresión de las emociones.

Lo primero a tener en cuenta es la detección del problema. La evaluación y consiguiente posible tratamiento debe comenzar cuando los niños muestran frecuentes quejas físicas, excesiva preocupación o ansiedad, constante inquietud, pesadillas, mayor agresividad, rabietas inexplicables, bajo rendimiento escolar, problemas para enfrentarse a determinadas actividades, aislamiento social y consumo de drogas.

La ansiedad afecta a diferentes aspectos de la persona: fisiológicos, conductuales y cognitivos, por ello los tratamientos o terapias más utilizadas en el tratamiento de la ansiedad son las que atienden a técnicas cognitivo-conductuales.

Aznar (2014), defiende que hay que proporcionar al sujeto estrategias para detectar los síntomas físicos de ansiedad y proporcionar diferentes técnicas para reducir y eliminar esta ansiedad. Los contenidos de las sesiones de tratamiento de la ansiedad deben recoger técnicas de psicoeducación (profundizar en el concepto de emoción, definir ansiedad, identificar respuestas de ansiedad...), técnicas de relajación

(respiración diafragmática y relajación muscular progresiva), técnicas de reestructuración cognitiva (distinguir pensamientos positivos y negativos y sus efectos sobre las emociones y acciones, conocer la distorsión cognitiva y sustituir pensamientos por otros más adecuados) y técnicas de resolución de problemas y toma de decisiones.

Según Bastida de Miguel (2019), en la terapia cognitivo-conductual, para tratar la ansiedad es aconsejable combinar técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, exposición y enfrentamiento a situaciones adversas, desensibilización, biofeedback..., para adquirir recursos, estrategias y habilidades que ayuden a resolver problemas que anteriormente no era posible por los múltiples trastornos psicológicos y somáticos, que aparecen con el tiempo.

Es importante la reestructuración cognitiva. Hay que actuar sobre los pensamientos ansiógenos o negativos (podemos usar palabras como basta, vale y así intentar detenerlos) y modificarlos buscando otras alternativas ("¿por qué pienso que siempre lo hago mal?. Quizá si hago esto me saldrá mejor."). Debemos pensar que en ellos hay ideas preconcebidas, exageradas y que con toda seguridad hay otras interpretaciones sencillas y positivas. El sujeto debe concienciarse de que las situaciones que percibe como amenazantes, deben ser vistas como un problema a resolver. Debe ser capaz de identificar las preocupaciones o pensamientos que desencadenan su ansiedad, es decir, el niño debe ser consciente de la base del problema, para poder actuar.

Es importante controlar nuestros pensamientos y podemos valernos de las autoinstrucciones que nos induzcan a pensamientos y conductas positivas. Acevedo afirma que,

la técnica de reestructuración cognitiva tiene como objetivo hacer que el consultante comprenda, se apropie e integre la relación manifiesta entre los pensamientos, los comportamientos y las emociones, de tal manera que pueda identificar la función que tienen los pensamientos distorsionados sobre su desempeño social, se busca que el consultante pueda monitorear esas cogniciones negativas y una vez identificadas, reemplazarlas por pensamientos más funcionales, a partir de contrastar esos pensamientos desadaptativos con la realidad lógica. (2014, p. 25)

Entre las técnicas dentro de la terapia cognitivo conductual pueden utilizarse el modelado (imitación de modelos o aprendizaje social que le sirve para ir adquiriendo nuevos comportamientos, recomendado por Bandura). La imitación y representación de conductas conduce a modificar los comportamientos ansiosos.

Otra técnica es la exposición a situaciones traumáticas. " La exposición tiene tal acogida en función de sus resultados, que se plantea como una técnica de intervención fundamental en casi todo los tipos de trastornos" (Labrador & Ballesteros, 2011, p. 22). "La exposición suele ser una elección indispensable como alternativa de tratamiento en el trastorno de ansiedad social para cualquier terapeuta" (Pérez & Redondo, 2002, p. 21). "La exposición gradual y sistemática al estímulo fóbico es otra de las estrategias terapéuticas dentro del tratamiento cognitivo-conductual, para el trastorno de ansiedad social" (Acevedo, 2014, p. 24), debemos procurar que la aproximación sea sucesiva, controlando las situaciones que provocan estrés o ansiedad. Pueden ser al principio exposiciones simuladas para pasar al exposiciones en vivo. Hay que explicar al sujeto que debe intentar enfrentarse a las situaciones que le causan miedo o provocan ansiedad para ver cómo va reaccionando, pues esto le va hacer adquirir recursos que le ayuden a superarlo.

Para ello es recomendable utilizar autorregistros donde anotar los miedos a los que se enfrenta y las estrategias usadas, autorregistros de éxitos tras la exposición que recojan sus conductas y le motiven a seguir enfrentándose a sus miedos, aumentando la confianza del sujeto en sí mismo y haciéndole consciente de sus propias capacidades y habilidades. Un recurso reforzante es compensar al sujeto cuando cumpla con el plan establecido.

Dentro del tratamiento cognitivo-conductual, las técnicas que gozan de mayor efectividad según Méndez, Sánchez y Moreno (2001), son la exposición, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales.

"El déficit en habilidades sociales, es un factor determinante en la adquisición y mantenimiento de la fobia social en niños y adolescentes y se relaciona con la depresión" (Miers, Blote & Westenberg, 2010, p. 22). Pennebaker y Beall (1986), defienden que existe una estrecha relación entre la expresión emocional y el sistema inmunológico y debe darse un ajuste emocional y psicológico en la persona (Jones,

2009). Por ello es imprescindible incluir en el tratamiento de la ansiedad el entrenamiento en habilidades sociales.

Según Caballo (1993) el entrenamiento de estas habilidades consiste en enseñar conductas que se practican hasta quedar integradas en el repertorio conductual de la persona. Pérez (2009), propone el desarrollo de sesiones siguiendo los siguientes pasos para el entrenamiento de las habilidades sociales: Instrucción verbal (explicar aquellas habilidades que se pretenden enseñar y su importancia para la vida del sujeto), modelado (observación de modelos que le muestren la actuación correcta), imitación, ensayo de conducta o role playing (practicar los comportamientos a aprender, modificando los modos de respuesta no adaptativos), retroalimentación o feedback (proporcionar a la persona información relacionada con su modo de responder para que conozca lo que ha hecho bien y lo que debe mejorar), reforzamiento y mantenimiento y generalización (poner en práctica sus habilidades adquiridas con tareas o deberes para la casa que le ayudan a practicar las habilidades aprendidas, pueden ser supervisadas, y promueven el autocontrol y la autoevaluación).

Podemos mencionar también el entrenamiento en solución de problemas. Para ello seguiremos unos pasos: identificación de situaciones de conflicto interpersonal (identificación del problema), capacidad para buscar posibles soluciones, es decir, generar numerosas alternativas, anticipar las posibles consecuencias de esas alternativas y elegir la alternativa más adecuada y ponerla en práctica (ejecución) (Caballo, 1993).

Como podemos observar hay diferentes y variadas técnicas para el tratamiento de la ansiedad, de hecho no se utiliza una sola técnica, sino que se combinan. Para disminuir la respuesta fisiológica se suelen practicar ciertas estrategias y ejercicios, así como ejercicios de relajación y desensibilización. Con los niños, una buena manera de realizarlos es introduciendo juegos o historias de relajación (estamos en un prado, la brisa acaricia nuestra cara...). Son eficaces juegos de dramatización o role-play. Es conveniente, para disminuir las respuesta fisiológicas, escribir sobre la ansiedad y ser consciente de ella. También es fundamental entrenar estrategias de afrontamiento, técnicas de estudio, habilidades sociales, etc. Un ejemplo de esto, sería el trabajo de habilidades sociales para el afrontamiento de una exposición ante público, adquiriendo estrategias o pautas a la hora de organizarse la información, estrategias de corrección

ante un exceso de rapidez al hablar en la exposición, técnicas de distensión y respiración para antes de la exposición y el posible momento de pánico a la hora de realizarla, etc.

La intervención terapéutica, debe centrarse en el trabajo con el niño y las personas que forman su círculo o ámbito familiar y escolar. Ante cualquier intervención es primordial el trabajo con las familias (terapias para la resolución de problemas, entrenamiento de padres ante el control del niño y mejora de las respuestas...) y la coordinación con el centro escolar (colaboración para mantener las pautas y estrategias ya establecidas por el terapeuta y para el reforzamiento de capacidades y habilidades).

En resumen, se pueden utilizar una serie de técnicas para reducir y combatir la ansiedad:

- Técnicas de respiración y relajación muscular (como las de Jacobson).
- Modelado: imitación, práctica y ensayo de modelos positivos, seguidos de retroalimentación y generalización de tareas (tareas para casa).
- Autoinstrucciones: instrucciones de un guía, que luego el sujeto va reproduciendo en voz alta, voz baja y mentalmente, de forma progresiva.
- Psicoeducación: entender y profundizar en el concepto de ansiedad, emoción...para poder identificar las propias respuestas o pensamientos y así poder actuar sobre ellos.
- Técnicas de exposición ficticia y exposición en vivo, o desensibilización sistemática, jerarquizando las exposiciones a los estímulos o situaciones aversivas.
- Técnicas de reestructuración cognitiva: detectar pensamientos automáticos negativos y sustituirlos por otros positivos, utilizando alternativas optimistas y evitando la manera de pensar catastrofista.
- Técnicas operantes para modificación de conductas: rectificación de conductas por medio de refuerzo positivo.
- Autocontrol: modificar patrones de conducta disminuyendo la impulsividad, pensando en las posibles consecuencias.

- Técnicas de resolución de problemas: buscar alternativas a un problema o situación, tomar la decisión que se considere más adecuada y llevarla a la práctica y evaluarla.

Además son aconsejables el trabajo de la competencia emocional y habilidades para la vida.

El tratamiento más aconsejable en estas patologías es la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. Algunas de las más eficaces en cada una de las tipologías son:

Trastorno de Ansiedad por Separación	Técnicas de relajación y respiración	- Entrenamiento de padres - Técnicas de modelado - Autoinstrucciones
Trastorno de Hipersensibilidad Social en la infancia	Exposición en vivo y/o ficticia/ desensibilización progresiva	- Entrenamiento de padres - Modelado - Autoinstrucciones
Fobia o Ansiedad Social		- Autoinstrucciones - Modelado
Trastorno de Ansiedad fóbica		- Autoinstrucciones - Modelado
Fobia Escolar		Reestructuración cognitiva - Competencia emocional - Autoinstrucciones - Psicoeducación
Ansiedad ante Exámenes	Reforzamiento positivo	- Psicoeducación - Técnicas de resolución de problemas - Técnicas de autocontrol
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Entrenamiento en HHSS y educación emocional	- Técnicas de resolución de problemas - Psicoeducación - Autocontrol - Modelado
Trastorno de Pánico		- Técnicas de resolución de problemas - Distensión - Autocontrol
Mutismo Selectivo		- Modelado - Jerarquía de contestaciones progresivas - Psicoeducación

3.7 PREVENCIÓN

3.7.1 La prevención de la ansiedad

Tan importante como el tratamiento de los trastornos es la prevención de los mismos. Somos conscientes de que hay muchos casos diagnosticados, pero otros no, porque en muchas ocasiones no es tan fácil detectarlo. Este simple argumento debería bastar para que tomásemos conciencia de la importancia de los programas preventivos con niños y adolescentes para evitar la aparición y desarrollo de trastornos. Los programas de prevención y tratamiento de la ansiedad y depresión ofrecen una serie de técnicas a usar durante toda la vida, que contribuyen a lograr un mayor conocimiento y dominio de sí mismo, a modificar pensamientos negativos que nos causan ansiedad, por otros positivos que nos producen bienestar, buscar soluciones y tener recursos para enfrentarnos a una situación problemática con éxito.

La ansiedad puede ser definida como respuesta emocional a ciertas situaciones, pensamientos, imágenes, etc. percibidos como aversivos, que desatan síntomas desagradables, a nivel cognitivo, fisiológico y motor, provocando actuaciones y comportamientos poco adaptativos en el individuo. También entran en juego las características de la persona, que son determinantes a la hora de presentar reacciones de ansiedad (Miguel-Tobal, 1990).

Las características personales del sujeto que pueden actuar como preventivas, una vez trabajadas y fortalecidas, son las competencias emocionales y las competencias sociales, haciendo referencia así a las habilidades a la hora de resolver problemas, a los altos propósitos, habilidades sociales, autoestima y autoeficacia, y efectivas habilidades de comunicación.

En las emociones podemos encontrar tres componentes: el componente conductual, el neurofisiológico (respuestas fisiológicas como palpitaciones, parestesias, sudoraciones, hipertensión, rubor, respiración o sensación de ahogo, cambios en los neurotransmisores...) y el cognitivo (sentimientos: miedo, malestar, angustia...). Todas estas respuestas son involuntarias (Bisquerra, 2003).

Para el posible control de estas respuestas a nivel psicológico, fisiológico y comportamental, resultan muy adecuados el uso de técnicas de relajación y respiración,

las habilidades sociales, y recursos provenientes de la inteligencia emocional y del pensamiento positivo

Fredrickson (2005) afirma que las emociones positivas amplían el repertorio de pensamientos y conductas, proporcionando recursos para el afrontamiento que se mantienen a lo largo del tiempo. Además, hay que considerar que los afectos positivos se relacionan con la conservación de los esfuerzos para alcanzar objetivos.

La inteligencia emocional, según el artículo de Mayer, Salovey y Caruso (2000) tiene cuatro vías que están relacionadas entre ellas: la percepción emocional (la percepción y expresión de las emociones), la integración emocional (las emociones actúan como señales que entran en la cognición influenciándola), comprensión emocional (las señales emocionales influyen en las relaciones interpersonales), y regulación emocional. La regulación emocional atiende a la propia regulación de los sentimientos y emociones, haciendo referencia a la tolerancia hacia la frustración, la prevención de pensamientos negativos y control de la impulsividad (Simón, 2016).

Simón (2016) cita en su estudio que,

desde el punto de vista de Goleman (1995) probablemente sea el que se haya difundido más. Recogiendo las aportaciones de Salovey y Mayer (1990), considera que la inteligencia emocional es: 1) Conocer las propias emociones: tener conciencia de ellas para reconocer un sentimiento en el momento en que nos ocurre. 2) Manejar las emociones: controlar los propios sentimientos para que se expresen de forma apropiada, esto se fundamenta en la toma de conciencia de las propias emociones. 3) Motivarse a sí mismo: una emoción tiende a impulsar una acción. Por eso, las emociones y la motivación están muy conectados. El autocontrol emocional tolera retrasar las gratificaciones y dominar la impulsividad, lo cual favorece el logro de muchos de nuestros objetivos. 4) Reconocer las emociones de los demás: la empatía se basa en el conocimiento de las propias emociones. Las personas empáticas se adaptan mejor a las señales que indican lo que los demás necesitan o desean. (p. 32)

La competencia emocional, es decir, las capacidades, habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para hacer frente a las emociones, está dividida en dos grupos: la inteligencia interpersonal (capacidad para saber qué piensan o sienten los demás) y la

autoreflexión o inteligencia intrapersonal (autorregulación de emociones). Por lo tanto, saber gestionar y controlar nuestros sentimientos y emociones a través de los recursos que nos proporcionan las técnicas de la Inteligencia Emocional nos ayuda sin duda, a prevenir o paliar respuestas de ansiedad. Por ello, es conveniente realizar actividades de educación emocional desde edades tempranas.

Muchos autores han investigado la conveniencia de trabajar las HHSS en los niños desde edades tempranas. Goldstein y Cols (1989) proponen un listado de Habilidades sociales y de conducta a trabajar con niños y adolescentes: primeras habilidades, habilidades avanzadas, relación con los sentimientos, alternativas a la agresión, para hacer frente al estrés y habilidades de planificación (Torees, 2014).

Es fundamental trabajar la competencia social,

la competencia social tiene una importancia crítica tanto en el funcionamiento presente como en el desarrollo futuro de la niña y el niño. La adecuada competencia social en la infancia está asociada con logros escolares y sociales superiores y con ajuste personal y social en la infancia y la vida adulta (Cartledge y Milburn, 1983). (Monjas, 2006, p. 26)

La teoría del aprendizaje social defiende que la inhabilidad social se explica mediante dos modelos: el modelo de déficit (ausencia de habilidades y conductas que requiere la situación social, por inadecuado reforzamiento, ausencia de modelos, falta de estimulación o oportunidades de aprendizaje) y modelo de interferencia o déficit de ejecución (sí hay habilidades sociales pero no se sabe emplearlas, porque factores emocionales, cognitivos o motores interfieren en su ejecución creando pensamientos depresivos, ansiedad, expectativas negativas...)" (Torres, 2014)

Existen varias habilidades que se pueden trabajar y fortalecer a modo de defensa o prevención ante patologías como la ansiedad. Algunas de ellas son las habilidades de afrontamiento (capacidad de afrontar y regular las emociones negativas), la actitud positiva (automotivación), el sentido constructivo de uno mismo y de la sociedad (optimismo y creencia de potencialidad), y habilidades de vida y bienestar (capacidad para acoger conductas apropiadas a la hora de resolver problemas en todos los ámbitos: personal, familiar, social, profesional..., para conseguir el propio bienestar).

Existen numerosos programas que se basan en la adquisición de competencias emocionales, habilidades sociales y psicología positiva u otras técnicas cognitivas encaminadas a la modificación y dominio del pensamiento. Entre ellos cabe destacar los programas PEHIS, FRIENDS, PENNSYLVANIA, Programa de Educación Emocional para la Educación Primaria e Infantil de Agnès Renom y FORTIUS, que se analizarán en el ANEXO I.

Hay numerosas técnicas y modelos que podemos usar como educadores o como padres. Dentro de la psicología positiva Albert Ellis (2003), citado en Seligman (2014), fundador de la terapia cognitiva, desarrolló el modelo ACC. Es un modelo que hace reflexionar sobre tus propias creencias. Para el adulto recomienda usar una especie de diario, donde ante una situación adversa, anotas la adversidad, la consecuencia (cómo te has sentido y cuál ha sido tu respuesta ante la situación), y las creencias o pensamiento que te condiciona para sentirte así. Es importante detectar esas creencias "soy un desastre", "no sé hacer nada bien", puesto que estos pensamientos hacen que te sientas de una forma u otra y condicionan tu respuesta. Este modelo es aplicable para niños con adaptaciones a base de historietas. (Seligman, 2014).

Existe pues una clara relación entre la ansiedad y las estrategias o recursos que tiene la persona para combatirla. Estos recursos se fortalecen con la educación emocional y adquiriendo habilidades sociales, haciendo así evidente la relación entre estas y la prevención de la ansiedad.

Padres y educadores debemos favorecer la adquisición de habilidades sociales, debemos cuidar la educación emocional y social de nuestros niños y fomentar su resiliencia, como herramientas y recursos que favorezcan el desarrollo integral de niños y adolescentes en cada una de las dimensiones de la persona: cognitiva, físico motora, psicológica, social y afectivo-emocional.

Para finalizar, añadir que los estudios empíricos han ofrecido resultados muy claros y existen muchas experiencias que confirman que la aplicación de estos programas han causado efectos significativamente positivos.

Cabe destacar el análisis sobre la eficacia de 213 programas universales de Educación Emocional y Social Escolar (Durlak, 2015). Se trata de un estudio realizado con 270.034 alumnos de edades comprendidas desde infantil hasta la ESO, que

demuestra el aumento significativo de puntuaciones en competencias, actitudes y conductas socio-emocionales, e incluso en rendimiento escolar, del grupo de aplicación del programa (Social and Emotional Learning, SEL) respecto al grupo de control.

Durlak (2015) recogió los resultados y afirma que para lograr el éxito en los resultados de las 6 categorías analizadas (habilidades SEL, actitudes, conducta social positiva, problemas de conducta, malestar emocional y rendimiento académico) deben respetarse rigurosamente dos condiciones: las 4 medidas para el desarrollo de habilidades (secuenciar gradualmente las sesiones, forma de aprendizaje activa, tiempo de atención adecuado y exclusivo, y enseñanza de habilidades concretas) y que los programas no presenten problemas en su ejecución (falta de fidelidad al ejecutar el programa, inestabilidad del profesorado o problemas de coordinación o gestión de la intervención).

Los programas que no cumplen las 4 medidas solo tuvieron resultados positivos en 3 categorías: actitudes, problemas conductuales y rendimiento académico. Los programas que sí las cumplen (Programas SAFE) en todas las categorías. Durlak refleja en la tabla los resultados, y en ella se observa que el malestar o estrés emocional (tamaño medio del efecto TE 0,24), medido en un total de 49 estudios, mejora significativamente con aplicación de programas de Inteligencia Emocional. Por lo tanto, podemos afirmar que la Inteligencia Emocional está estrechamente relacionada con la ansiedad y la depresión.

3.7.2 La prevención de la ansiedad en la escuela

Según Torrella-Feliu y otros (2004), no se ha dedicado mucho a los estudios preventivos de trastornos internalizantes, donde tienen mucha relevancia los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Los trastornos de ansiedad tienen una gran prevalencia en la sociedad, incluyendo así la etapa de la infancia, y traen consigo una gran cantidad de consecuencias negativas aparte del malestar (problemas en el rendimiento académico, en las relaciones personales, depresión, etc).

"La presencia de sintomatología ansiosa en la infancia predice, en un elevado porcentaje de casos, el posterior desarrollo de un trastorno de ansiedad (Dadds, Spence, Holland, Barrett y Laurens, 1997)." (Tortella-Feliu, 2003, p. 373). Un alto porcentaje de trastornos de ansiedad en la vida adulta, viene iniciado desde la infancia o adolescencia. Por todo ello es primordial la atención a este tipo de psicopatologías desde su inicio, es decir, desde la escuela. "Existen evidencias de que la ansiedad en la infancia juega un papel determinante en la génesis de problemas depresivos durante la adolescencia y en la primera edad adulta (Cole, Peeke, Martin, Truglio y Seroczynski, 1998)." (Tortella-Feliu, 2003, p. 373).

Quizá la sociedad no es del todo consciente de la importancia de este problema, y no se presta la suficiente atención a esta necesidad. "A pesar de su elevada prevalencia, relativa cronicidad y de actuar como factor predisponente para el desarrollo de otras alteraciones, muchos de los sujetos con esta problemática no reciben, por motivos diversos, asistencia especializada alguna (Donovan y Spence, 2000)." (Tortella-Feliu, 2003, p. 373).

De aquí se deduce, como se ha nombrado reiteradamente, lo beneficioso que resulta para todos los alumnos trabajar la prevención. Se ha demostrado la eficacia de aplicar programas secuenciados y pautados a largo plazo, pero también se han llevado a cabo estudios aplicando programas de prevención breve, en los cuales se ha observado resultados similares o mayores. Estos pueden ser más eficaces en la prevención de dificultades, ya que disminuye la cantidad de abandonos, además de conllevar costes reducidos. Estos programas de prevención breves son una buena propuesta a implantar en los centros escolares.

Reiteramos la importancia del trabajo de competencias emocionales y sociales de los alumnos desde la escuela (aunque sea susceptible de mejora), ya que ayudan a adquirir fortalezas y habilidades a la hora de enfrentarse a situaciones, resolver problemas y tomar decisiones, aumentar la tolerancia a la frustración, promover el pensamiento positivo y erradicar las ideas catastrofistas, y el derrotismo propio de la escuela tradicional.

Es muy importante en este sentido el papel de los docentes como promotores y mediadores del aprendizaje y su continua coordinación y colaboración. Los profesores van a ser guías, dinamizadores de grupo, motivadores y portadores de modelos de

actuación y estrategias para el futuro enfrentamiento de los alumnos ante determinadas situaciones, además de llevar a cabo la labor de recogida de datos tanto a nivel general del aula como individualizado (Renom, 2003).

El docente debe conseguir facilitar la acción de los niños, motivar, suscitar su interés, favorecer el pensamiento y la reflexión, hacerles sentir parte del grupo, mejorar las relaciones socializando el pensamiento y ofrecer estrategias de mejora. Las actividades deben estar diseñadas para mejorar la comunicación, las relaciones y la empatía (Renom, 2003).

En el aula debe haber un continuo trabajo (frente a uno esporádico y breve), basado en el aprendizaje de la identificación de las diferentes emociones y sentimientos que pueden llegar a atravesar, para así saber ponerles nombre, comprender como se sienten, y saber cómo pueden actuar ante ellas. Así se consigue un control y erradicación de un negativo desarrollo de estas, además de mejorar las relaciones interpersonales. "Son las emociones las que mueven el mundo" (Romera, 2018)

Los profesores deben ser continuos ejemplos para los alumnos, por ello hay que garantizar "el equilibrio emocional de los docentes", aspecto que no debe de olvidarse en la práctica. "Los niños y las niñas no aprenden nada de lo que les enseñamos, nos aprenden a nosotros" (Romera, 2018).

Para ello, el trabajo emocional y de la empatía mediante juegos de roles o situaciones, es un buen método de aprendizaje, haciendo participes a los alumnos y enfrentándoles o exponiéndoles a diferentes situaciones de la vida cotidiana.

No es menos importante el trabajo y coordinación con las familias, ya que de poco sirve trabajar en la escuela, si después no se refuerza y lleva a la práctica en el ámbito familiar y diario. Existen algunos manuales y capítulos de programas destinados al trabajo en casa, mencionando como ejemplo el programa FORTIUS (2012), que ofrece diversas tareas para casa y guías prácticas de instrucciones, tanto para los niños como para los padres. El programa también ofrece modelos para los padres de recogida de datos.

Por último, destacar la importancia del PT en la escuela. El PT es el principal encargado en la prevención y tratamiento de dificultades de aprendizaje y de la orientación a los docentes sobre el tratamiento de estas.

El PT debe dotar a los profesores que requieran su ayuda de herramientas que ayuden a la recogida de información, mediante la observación directa en la vida habitual del niño. Debe encargarse de realizar entrevistas u otros test que le indiquen la posible patología. En el caso de aparición de síntomas, indicios o problemas relacionados con cualquier patología, incluyendo la ansiedad, es el PT quien debe tomar las debidas precauciones y medidas de tratamiento, para evitar alcanzar un grado mayor de riesgo y conseguir el normodesarrollo del sujeto.

El especialista de pedagogía terapéutica debe así mismo, dotar a los tutores de recursos, formación e incluso manuales de actuación de carácter preventivo, a aplicar con todo el aula para reforzar y adquirir competencias emocionales y habilidades para la vida, es decir, estrategias que evitan la ansiedad y otras patologías.

Por ello es imprescindible la coordinación del PT y el docente, para llevar un correcto seguimiento, recogida de datos y tratamiento del alumno.

4. TRABAJO PRÁCTICO

4.1 ANÁLISIS DE CASOS RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD

Como hemos visto, hay un extenso abanico de alteraciones que tienen repercusión en niños y adolescentes, provocando malestar físico, problemas a nivel social, dificultades de adaptación o rechazo a la escuela, entre otros.

He seleccionado seis casos de diferentes trastornos de ansiedad, intentando reflejar en cada uno de ellos su diagnóstico, evaluación y tratamiento, relacionándolos con teorías explicativas y analizando su repercusión en la escuela, la actuación del maestro y las conclusiones y valoraciones derivadas del estudio de estos casos.

En primer lugar he elegido un caso realizado por Fdez-Zúñiga & Cogolludo (2012), de una niña de 3 años, adoptada, que sufre ansiedad por separación en ausencia de su madre, e incluso jugando con otros niños en presencia de la misma. Las conductas

de ansiedad de la niña tienen repercusión en el colegio y en las relaciones con los otros niños. Aquí, la escuela tiene un papel primordial, tanto en la detección del trastorno, como en la recogida de datos y, fundamentalmente en la concienciación de la familia y en el asesoramiento de pautas de actuación y aplicación de técnicas cognitivo-conductuales para la disminución y erradicación del trastorno. Debido a la edad de la niña, se realiza un entrenamiento de los padres, pues son los agentes fundamentales para colaborar en la modificación del problema. Una de las técnicas aplicadas es la exposición a situaciones adversas, reforzando las conductas positivas y obviando la negativas. Según la teoría del Condicionamiento Operante, no se debe prestar atención a su comportamiento adverso, evitando así su reforzamiento y favoreciendo paulatinamente su extinción.

El resultado fue positivo: a los pocos meses la niña toleraba cada vez más la ausencia de la madre y mejoró de manera significativa su comunicación y la relación con sus iguales.

El segundo caso (Olivares, et al., 2016) describe la evaluación y tratamiento de una niña de 6 años con mutismo selectivo, que sufre síntomas físicos como enrojecimiento, sudoración y palpitaciones a la hora de intervenir en público o colaborar y relacionarse con compañeros y profesores. Tras confirmar la existencia del trastorno, mediante el DSM-IV-TR, se procedió a aplicar técnicas de reestructuración cognitiva mediante instrucciones y modelado de conductas. Las teorías cognitivas defienden que las conductas ansiosas son conductas aprendidas y pueden modificarse y sustituirse. Para ello se contó con una estrecha colaboración entre familia y escuela, y fue esencial la labor del tutor que realizó sesiones individualizadas con la niña, a las que van incorporándose otros alumnos de forma progresiva, estrategias como juego de puzles, etc. y refuerzo positivo. Una segunda parte del tratamiento consistió en la aplicación de técnicas de desvanecimiento estimular, instigación verbal, exposición simbólica, economía de fichas y refuerzo positivo para desinhibición del habla.

Los resultados fueron positivos y la niña normalizó su habla espontánea en clase, y el habla y participación en los juegos.

El siguiente caso elegido (Padilla, 2014), ha sido un caso de un adolescente de 12 años que cumple los criterios de trastorno de ansiedad generalizada, según el DSM-IV-TR. Los síntomas son dolores abdominales y de cabeza ante determinados

acontecimientos (examen) y preocupaciones. Un dato relevante es que la madre ha tenido cuadros de depresión, por lo que puede haber cierta predisposición genética. Hay rasgos de la personalidad que tienden a responder con mayor ansiedad (Eysenck, 1944), pero esta predisposición no determina la ansiedad generalizada, ya que también existe un aprendizaje. Los síntomas interfieren en su vida diaria en la escuela, interfiriendo en la asistencia escolar y en respuestas de evitación ante los exámenes y realización de tareas importantes. En el estudio no aparece el rol del maestro, ni de la escuela, sin embargo, juegan un papel muy importante en el tratamiento de esta patología. Se llevó a cabo un tratamiento cognitivo-conductual de 16 sesiones de una hora, en el cual se le enseñó a identificar la ansiedad, y a reducir su nivel de activación siguiendo el modelo de Kendall (1990). Se realizaron técnicas de afrontamiento, utilizando juegos, debates y tareas para casa (Rodríguez de kissack y Martínez-León, 2000, citado en Padilla, 2014).

La valoración final fue positiva. Se redujeron significativamente sus preocupaciones y mejoró su capacidad para relajarse y afrontar los problemas, logrando pensamientos positivos y disminuyendo su respuestas de escape ante los exámenes y otras preocupaciones.

Se seleccionó otro caso de ansiedad social con CIL (coeficiente intelectual límite). Se trata de una niña de 11 años con un CI de 83, con algunos problemas de concentración, que ha sufrido un leve acoso escolar el año anterior al estudio. Es una niña que tiene pensamientos negativos (cree que cae mal a los demás y que continuamente se van a reír de ella), su autoestima es baja, sufre síntomas físicos y realiza conductas de evitación en la relación con los demás. Aunque en el estudio no menciona el papel de la escuela como tal, sí apunta que en ella se hicieron entrevistas a la niña y se le pasaron cuestionarios de ansiedad y depresión, diagnosticándole fobia social, según DSM-V. Este tipo de ansiedad social se genera y mantiene debido a las bajas expectativas que mantiene de sí misma, y puede relacionarse con el modelo de Reiss (1980,1991). Según Reiss, el miedo a una situación está determinado por dos componentes, las expectativas (expectativa de peligro y expectativa de ansiedad) y las sensibilidades, sensibilidad a la ansiedad y sensibilidad a la evaluación social. Esta ansiedad socioevaluativa precisa de técnicas como la terapia cognitiva, entrenamiento en autoinstrucciones, exposición en vivo, terapia emocional, entrenamiento en HHSS, y relajación.

El resultado de este caso muestra una reducción notable de la ansiedad social tras tres meses de tratamiento, aumentando su autoestima, mejorando el concepto de sí misma y eliminando los pensamientos negativos.

El siguiente caso estudiado (Barris y Batlle, 2007), trata sobre un chico de 13 años que presenta fobia escolar y un trastorno adaptativo, que se manifiesta en conductas disruptivas en el colegio y dificultades en su proceso de aprendizaje. El cambio de instituto aumentó su rechazo a la escuela, aumentando su continua evitación (ir al baño), hasta llegar al absentismo. El primer diagnóstico se encaminó hacia la fobia escolar, pero detectaron una comorbilidad con otro problema, el afrontamiento a nuevas situaciones, diagnosticándole trastorno adaptativo mixto. El papel de la maestra se ve reflejado en la ayuda a la incorporación a clase, facilitándosela y permitiendo sus conductas de escape parcial, procurando a su vez un reforzamiento positivo, apoyo y ánimo, para que el chico reduzca su malestar emocional. El mantenimiento de estas conductas se explica por el reforzamiento negativo que se produce cuando se reduce el malestar emocional, al evitar las situaciones aversivas (Condicionamiento operante). Para su tratamiento se planteó un acercamiento progresivo (exposición en vivo) a las clases, y la aplicación de técnicas cognitivas para modificar los pensamientos desadaptativos (autoinstrucciones), hecho que mejora sus respuestas adaptativas.

Los resultados no reflejaron apenas la disminución del índice de ansiedad, por lo que se planteó combinarlo con fármacos.

El último estudio elegido (Molina, 1998), se trata de un caso de resistencia a irse solo a la cama. Es un niño de 2 años que había establecido su patrón de sueño y tiene un desarrollo normal, hasta que comenzó a mostrar síntomas de ansiedad en el momento de acostarse, llegando a dormir únicamente si se sentía acompañado por sus padres. Es un caso en el que no se establece ningún diagnóstico de patología, se trata más bien de una reconducción conductual volviendo a establecer los patrones de sueño que tenía anteriormente. Los padres deben ignorar las llamadas de atención y pataletas a la hora de acostarlo, y adoptar un reforzamiento positivo ante los logros o buenas conductas. Si este problema continúa podría derivar en problemas de separación y en una pérdida de la autonomía repercutiendo negativamente en la evolución escolar del niño. Desde la escuela sería aconsejable trabajar programas de prevención, incidiendo en las habilidades emocionales.

El resultado obtenido al restaurar las anteriores pautas de actuación fue positivo al séptimo día del tratamiento, y el comportamiento correcto se fue manteniendo.

El análisis de casos concretos se muestra en el ANEXO II.

4.2 ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Se han seleccionado, debido a sus buenos resultados en su aplicación, los siguientes programas de prevención de la ansiedad y depresión. A continuación observaremos un resumen de los mismos, analizados en el ANEXO I.

El programa PENNSYLVANIA (1990), avalado por estudios y basado en la Psicología positiva, es eficaz para la prevención de ansiedad y depresión. Usa terapias cognitivas basadas en 4 técnicas de optimismo: detectar pensamientos automáticos (aprender a reconocer pensamientos que nos rondan en la cabeza cuando no nos sentimos bien), buscar pruebas (lo que pensamos son solo hipótesis sobre nosotros o el mundo, no tienen porqué ser verdad), generar alternativas y pensar de manera no catastrofista (Seligman, 2014).

El programa PEHIS (2006), atiende a treinta habilidades sociales referidas a: habilidades básicas de interacción social, habilidades para hacer amigos, habilidades conversacionales, habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones, habilidades de solución de problemas interpersonales y habilidades para relacionarse con los adultos. Está pensado para niños en edad escolar (desde infantil a secundaria) y puede llevarse a cabo en la escuela y en los hogares. Ofrece un manual con fichas guiadas para trabajar cada una de las habilidades. En cada ficha, referida a una habilidad, propone unas actividades, marcando los pasos a seguir aplicando las técnicas de instrucción, modelado, representación de la conducta, retroalimentación y generalización o fase de tareas (Monjas, 2006).

El programa FRIENDS fue dirigido por la doctora Paula Barret en Australia (1996). Significa AMISTAD; A: Andas preocupado, M: Mantente relajado, ten un momento de quietud, I: ideas positivas, S: soluciones y planes para afrontar, T: Trabajaste muy bien, prémiate!, A: Acuérdate de practicar, D: Descansa, sonríe y habla con tus redes de apoyo. Es un programa de técnicas cognitivo-conductuales en el que se

integran cuatro componentes: fisiológico, afectivo, conductual y cognitivo-motivacional.

El programa FRIENDS pretende incrementar las habilidades cognitivas y la fortaleza emocional para evitar el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Sigue procedimientos cognitivo-conductuales: educación sobre la ansiedad, entrenamiento de técnicas de control de la actividad, detección y sustitución de pensamientos negativos, autorreforzamiento activo y encubierto, entrenamiento en solución de problemas y exposición gradual. También ofrece manual de instrucciones para profesores y padre y cuadernillo para los estudiantes (Barret, 1996).

El programa FORTIUS se centra en trabajar la fortaleza emocional, conductual y cognitiva, integrando el enfoque de psicología positiva, para prevenir las dificultades emocionales y para la consecución del bienestar y el desarrollo personal. También integra el enfoque de la psicología clínica, para la reducción del malestar y la resolución de problemas, incluyendo diversos materiales. Los materiales incluyen una guía donde se especifican los pasos a seguir para conseguir una adecuada relajación, orientaciones para los padres, tareas para casa con instrucciones precisas, etc. (Méndez, et al., 2012).

Se han publicado materiales que pueden servir de apoyo y guía al profesorado, como los manuales de EDUCACIÓN EMOCIONAL del grupo GROP de Orientaciones Pedagógicas coordinado por Rafael Bisquerra. Es una buena herramienta para educadores que debe tomarse como un programa integrado que forme parte del currículo y adaptarlo al grupo con el que se va a llevar a cabo, teniendo en cuenta sus necesidades. Ofrece actividades para trabajar atendiendo a cinco bloques: conciencia emocional, regulación de las emociones, autoestima, habilidades socio-emocionales y habilidades de la vida (Renom, 2003).

5. CONCLUSIONES

Es un hecho real que al analizar nuestra sociedad, la mayor parte de la población sufre episodios de estrés, y una gran parte de ellos de manera continuada. En la población infantil y adolescente, según un estudio de "Cinfasalud", existe un porcentaje de 56,6% de estudiantes que sufren estrés. En general, los síntomas más frecuentes del

estrés son la irritabilidad, la ansiedad, insomnio, dolores de cabeza y musculares y fatiga física (Cinfasalud, 2017).

De los índices de este y otros estudios, cabe pensar que gran parte de la población adulta sufre síntomas de estrés, ansiedad y depresión, y por ello, la escuela puede dar respuesta a este problema trabajando el desarrollo de la inteligencia emocional, resolución de problemas y habilidades y estrategias para la vida. De aquí se deduce la importancia de la prevención en la infancia. Se infiere así mismo, que en muchos de los casos patológicos, quizá existía la patología desde la niñez o adolescencia y no fue tratada en su momento.

Partiendo de los objetivos de este trabajo, se ha intentado analizar algunos casos que nos sirven de muestra, relacionándolos con aquellos programas o técnicas que sirven para reducir la ansiedad. Estos programas y técnicas tienen como base las teorías explicativas de la ansiedad.

Las teorías explicativas sobre la ansiedad son la base fundamental en la que se han basado psicólogos, psiquiatras y expertos para elaborar programas y técnicas de prevención e intervención. Los diferentes autores, a lo largo de la historia han postulado teorías sobre el origen y el mantenimiento de la ansiedad. Las teorías de tipo conductista postulan que la ansiedad es un aprendizaje, es decir, que en ellas el factor predominante es el medio que nos rodea, y la ansiedad es una respuesta a ciertos estímulos externos. Por otra parte, hay teorías que defienden que en la ansiedad tienen un papel fundamental los aspectos hereditarios y biológicos. Otros autores dan más importancia al aspecto cognoscitivo, a cómo nuestra mente genera pensamientos y creencias partiendo de la información percibida por propia experiencia o por aprendizaje vicario, etc.

Actualmente, se concibe la ansiedad y otros trastornos, como un proceso de adquisición y mantenimiento multifactorial, es decir, que atañen a todos los aspectos de la persona (fisiológico, afectivo, conductual y cognitivo-motivacional). En este sentido, Lang (1968), modificó el concepto de ansiedad y la considero como un sistema triple de respuesta (a nivel fisiológico, conductal o motor, y cognitivo). Barlow (1988) estableció un modelo sobre la ansiedad en el que integraba diferentes estrategias: relajación, exposición y estrategias cognitivas, para tratar el comportamiento ansiógeno, los pensamientos automáticos y los síntomas fisiológicos (Benedito & Botella, 1992).

La prevención debe atender entonces a trabajar todos estos aspectos de la persona, y los tratamientos de patologías, deben centrarse en técnicas de reducción de la ansiedad de forma más individualizada, atendiendo al componente cognitivo, fisiológico... que predomine a la hora de provocar ansiedad en el sujeto. Sirva de ejemplo un sujeto que tiene ansiedad ante los exámenes, su tratamiento atenderá a aspectos relacionados con la adquisición de estrategias de reducción de ansiedad, de competencia emocional, psicología positiva y trabajo de la tolerancia a la frustración, etc. En concreto, se trabajarán también con él técnicas de reestructuración cognitiva, con el fin de que cambie sus pensamientos negativos y catastrofistas, o puede trabajarse la exposición en vivo y/o simulada, con el fin de reducir su conducta de evitación y lograr que paulatinamente vaya consiguiendo éxitos en estas situaciones.

Como maestros, centrándonos en la escuela, debemos estar atentos para detectar síntomas en nuestros alumnos. Debemos tener en cuenta los factores de riesgo que afectan o condicionan a estos, como el ambiente familiar y social, características personales, problemas de salud, estilos de crianza, acontecimientos traumáticos, etc. Es importante actuar en la infancia para evitar un futuro desarrollo de las patologías. En este sentido, la prevención juega un papel primordial.

Algunos modelos de trabajo para la prevención por parte de los maestros, se basan en la educación emocional para que los niños desarrollen su conciencia emocional (sentimientos emocionales propios y de otros), regulen sus emociones (controlar impulsos, canalizar emociones desagradables, tolerar la frustración...), fomenten su autoestima (tener una imagen o autoconcepto positivo, aprender a aceptarse y quererse...), desarrollen habilidades socioemocionales (generar empatía, favorecer las relaciones interpersonales, cooperar, comunicarse...), y adquieran habilidades de vida (recursos para afrontar situaciones de conflicto y superar crisis problemas) (Renom, 2003). El trabajo emocional influye en la forma de procesar la información, en cómo las emociones afectan al sistema cognitivo y el estado afectivo ayuda a tomar decisiones (Salovey y Mayer, 1997). En este ámbito es muy interesante para trabajar en la escuela el manual de educación emocional para infantil y primaria, elaborado por Renom y el grupo GROU, coordinado por Bisquerra (2003).

Las habilidades sociales son otro aspecto primordial a trabajar en la escuela,

la experiencia personal cotidiana nos indica que pasamos un alto porcentaje de nuestro tiempo cotidiano en alguna forma de interacción social ya sea diádica o en grupos y tenemos experiencia de que las relaciones sociales positivas son una de las mayores fuentes de autoestima y bienestar personal. (Monjas, 2006., p. 25)

Puesto que vivimos en sociedad, es importante tener habilidades y estrategias que nos permitan lograr un éxito personal y social. Los desajustes en este aspecto revierten a la edad adulta. La falta de competencia social provoca en el niño aislamiento, baja aceptación, sensación de fracaso, inadaptación, escaso control de los impulsos y baja autoestima, desajustes psicológicos, depresión, etc. que condiciona la vida escolar, provocando problemas de rendimiento e incluso absentismo y abandono, y comportamientos inadecuados, más tarde, en la adolescencia, que se traducen en muchos casos en delincuencia y toxicomanías (Monjas, 2006).

Es importante trabajar en la escuela la competencia social, en coordinación también con la familia. Se debe atender a necesidades de interacción social, conversacionales, solución de problemas interpersonales, habilidades relacionadas con los propios sentimientos y emociones, y habilidades para hacer nuevas relaciones, tanto con iguales como con adultos. Los niños que poseen habilidades sociales, tienen más posibilidad de alto rendimiento y logros académicos, y también un mayor ajuste personal y social en el futuro (Monjas, 2006). En esta línea, cabe destacar el programa PEHIS de tratamiento de habilidades sociales en niños y adolescentes.

La aplicación de técnicas que promueven el estilo atributivo optimista, favorece también un desarrollo equilibrado potenciando la mejora del ánimo y proporcionando recursos para usar durante toda la vida, y dominar situaciones problemáticas y ansiosas. Por ello, recomendaría el programa Pennsylvania como un modelo eficaz para prevenir la ansiedad, ayudando a detectar pensamientos negativos, a generar alternativas, y a pensar de manera no catastrofista.

Son recomendables otros muchos programas como el programa FRIENDS (que busca fortalecer la competencia emocional y trabajar habilidades cognitivas que eviten el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad), y el programa FORTIUS (Fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales, bajo el lema de "cuanto más

practique mejor seré", refiriéndose a la multitud de estrategias que propone su manual), entre otros.

Estos programas mencionados no son unidireccionales, sino que, como hemos visto, atienden a aspectos complementarios de la persona. Es de resaltar que por ello, estos programas tienen muchos aspectos en común, aunque existen diferentes enfoques, dependiendo del principal aspecto u objetivo en el que se centra cada uno de ellos. Podemos confiar en la aplicación de estos programas preventivos, ya que se han realizado multitud de experiencias con ellos y están demostrados sus resultados positivos.

Además de la prevención, el maestro también puede aplicar técnicas de intervención con los niños que presenten síntomas de ansiedad. En estos casos, es conveniente utilizar técnicas de psicoeducación, para hacer al niño consciente de qué es la ansiedad, por qué tiene esos síntomas o comportamientos, e introducirle en el diálogo interno. La figura del P.T. (pedagogo terapeuta), puede realizar con el niño actuaciones individualizadas, con el objetivo de que detecte los acontecimientos negativos que le causan estrés, deducir los sentimientos que estas adversidades le provocan y acciones que derivan de los mismos, para poder modificar su pensamiento. Las técnicas de reestructuración cognitiva ayudan al niño a generar otros pensamientos positivos, aprendiendo a pensar que sus creencias e interpretaciones de la realidad pueden no ser ciertas, que puede modificar los pensamientos, y que cada pensamiento hará que se sienta de una forma distinta.

El P.T. también puede ayudar a afrontar situaciones de ansiedad, mediante técnicas de relajación y respiración, utilizar técnicas de autoconversación útil (pensamientos que nos hacen sentir fuertes y felices), y no útil (pensamientos que nos hacen sentir preocupados o molestos), mediante ejercicios prácticos y juegos (nubes de colores para colocar pensamientos y emociones positivas y negativas...). También puede ayudar a hacer planes para resolver situaciones, dividiéndolas en partes menos complejas, y dando modelos positivos para la imitación. El maestro o P.T. puede darle instrucciones o pasos para resolver un problema (lo identifico, busco soluciones, estudio las consecuencias, elijo una, la llevo a la práctica y la evalúo), y usar esfuerzo-recompensa, siguiendo algunas pautas de actuación del programas FRIENDS.

Desde la escuela, debe haber una estrecha comunicación con las familias, ya que esta es el más importante contexto social, emocional e interpersonal del niño, y ejerce mucha influencia sobre él. Hay estudios que indican que una educación no adecuada, la separación de los padres, conflictos familiares, la falta de relación positiva con los padres, aumentan el riesgo de que el niño sufra situaciones de ansiedad y problemas emocionales y/o conductuales (Caballo, et al., 2002).

De aquí deducimos la importancia de la coordinación con las familias. El profesor debe mantener con ellas entrevistas, analizar y registrar datos en colaboración con los padres, dar pautas de actuación y ofrecer modelos a seguir, haciendo conscientes a las familias de la importancia de una educación parental positiva.

En conclusión, la labor de la escuela y la familia juega un papel fundamental en el desarrollo del niño, y debe ofrecer modelos y estrategias para un buen desarrollo emocional y social. Las competencias emocionales y sociales deben trabajarse desde la infancia, ya que son las que dotan al niño de recursos para manejarse en la vida y enfrentarse a las situaciones problemáticas. Unas buenas competencias en este sentido, garantizan el éxito y previenen el futuro desarrollo de patologías.

6. BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, A. F., & Borja, H. D. (2016). *Diseño de un programa interactivo de prevención de la ansiedad social en preadolescentes.*(Trabajo de fin de grado). Universidad de Bogotá. Bogotá D.C. Colombia.

Association, A. P. (2014). *Guía de consulta de los diagnósticos del DSM-5.* Madrid: Médica Panamericana.

Aznar, A. I. (2014). Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 17,* 28-32.

Ballesteros, M. P., & Sarmiento-López, J. (2012). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas. *Revista Vanguardia Psicológica, 3,* 184-195.

Barris, J., & Batle, S. (2007). Presentación de un caso clínico de fobia escolar. Barcelona. *Psicòlegs Heia Psicologia.* Barcelona. Recuperado de: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/12_caso_clinico_fobia_escolar.pdf

Bastida de Miguel, A. M. (2008). Miedos, ansiedad y fobias: diferencias, normalidad o patología. Recuperado de: http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20130110_wXO2Y3NkxjVszUYzFP1q_0.pdf

Bastida de Miguel, A. (2011). Psicoterapia aplicada a un caso de terrores nocturnos con ansiedad generalizada provocada por múltiples fobias. *Psicología.com.* Recuperado de: <https://docplayer.es/19138494-Psicoterapia-aplicada-a-un-caso-de-terrores-nocturnos-con-ansiedad-generalizada-provocada-por-multiples-fobias.html>

Benedito, M. C., & Botella, C. (1992). El tratamiento de la ansiedad generalizada por medio de procedimientos cognitivo-comportamentales. *Psicothema, 4*(2), 479-490.

Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista Investigación Educativa, 21*(1), 7-43.

Caballo, V. E., & Simón, M. Á. (2015). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente.* Madrid: Pirámide.

Cinfasalud. (2017). Percepción y hábitos de la población española en torno al estrés. *Infocop Online* . Recuperado de: https://www.cinfasalud.com/wp-content/uploads/2017/09/Dossier-Estudio-CinfaSalud-Estres_27sept17.pdf

Cogolludo, A., & Fdez-Zúñiga, A. (2012). Caso clínico: Evaluación e Intervención en un Caso de Ansiedad por Separación de una Niña Adoptada. *Clínica y Salud, 23*(3), 235-245.

Delgado, M. F. (2016). *Programa de educación para la salud dirigido a reducir la ansiedad y depresión en paciente de Atención Primaria* (trabajo de fin de grado). Universidad de Jaén. Jaen, España.

Durlak, J.A. (2015). *De la neurona a la felicidad*. Santander: Fundación Botín.

Glosario de términos usuales en psicología del aprendizaje - UNED. (s.f.). Recuperado el Mayo de 2019, de <https://www2.uned.es/psico-4-psicologia-del-aprendizaje/glosario.html>

Guggenbuhl, J. M. (2016). *La Influencia del Penn Resiliency Program como Método de Prevención en el Desarrollo de Trauma Vicario en Profesionales de la Salud que Intervienen en Crisis durante Desastres Naturales* (trabajo de fin de grado). Universidad de Quito. Quito. Ecuador.

Iruarrizaga, I., Gómez-Segura, J. (s.f.). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. Madrid. *Reme (Revista Electrónica de Motivación y Emoción)*, 2(1). Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/airuai462031198/texto.html>

López, È. (2003). *Educación emocional, programa para 3-6 años*. Barcelona: Praxis.

Méndez, F. X., Espada, J. P., & Orgilés M. (2013). *intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X., Llavona, L. M., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2012). *Programa FORTIUS*. Pirámide.

Méndez, F. X., Inglés, C., Hidalgo, M.D., García-Fdez, J.M. y Quiles, M.J. (2013). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Reme (Revista Electrónica de Motivación y Emoción)*. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/amxndf4650710102/texto.html>

Miguel, P. d. (2014). Enseñanza de habilidades de interacción social en niños con riesgo de exclusión. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 17-26.

Molina, F. J. (1998). Resistencia a irse solo a la cama: estudio de caso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3(2), 139-144.

Monjas, I. (2006). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)*. Madrid. Undécima.

Mosquera-Gallego, L. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad social y acoso escolar en una niña con capacidad intelectual límite. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 50-56.

- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J., Sales, A., Sancerni, M. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24 (3), 377-383.
- Ochando, G., & Peris, S. P. (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*, 21(1), 39-46.
- Olivares, J., Piqueras, J. A., & Rosa, A. I. (2006). Tratamiento Multicomponente de un Caso de Mutismo Selectivo. *Terapia Psicológica*, 24(2), 211-220.
- Orgilés, M., Espada, J., & Méndez, X. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema*, 20(3), 383-388.
- Ortiz, A. L. (2015). *El programa friends en escenarios de vulnerabilidad social.un analisis de su impacto en niños y niñas del caribe colombiano (Tesis doctoral)*. Universidad de Salamanca. Salamanca. España.
- Ortiz, P. F. (2015). *Efectos del Entrenamiento en Habilidades Sociales en la Intervención en Adolescentes con Fobia Social Generalizada (Tesis doctoral)*. Universidad de Murcia. Murcia. España.
- Padilla, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 157-163.
- Renom, A. (2003). *Educación emocional, programa para educación primaria (6-12 años)*. Madrid. Praxis.
- Ruiz, A. M., & Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones. 265-280.
- Rodríguez-Menchón, M., & Salval-Manera, J. (2017). Tratamiento conductual basado en el juego de una niña con mutismo selectivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 51-57.
- Rosário, P., Núñez, J.C., Salgado, A., González-Pienda, J., Valle A., Joly, C. & Bernardo, A. (2008). Ansiedad antes los exámenes: relación con variables personales y familiares. *Psicothema*, 20(4), 563-570.
- Sandín, B. (1997). Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes. Madrid: Dykinson.
- Seligman, M. E., Reivich, K., Jaycox, L., & Gillham, J. (2014). *Niños optimistas (the optimistic child)*. Barcelona: Debolsillo clave.
- Sierra, J. C., Fernández, A., & Zubeidat, I. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Mal Estar e Subjetividade*, 6 (2). Recuperado de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200010

Simón, A. M. (2016). *Prevención de dificultades en población infantil y juvenil* (Trabajo de fin de grado). *Universidad de Jaén*. Jaén. España.

Torres, M. (2014). *Las habilidades sociales. Un programa de intervención en Educación Secundaria Obligatoria* (Trabajo de fin de máster). *Universidad de Granada*. Granada. España.

Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Palma de Mallorca: *Revista iberoamericana de psicosomática*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>

Tortella Feliu, M., & Severa, M., & Balle, M., & Fullana, M. (2004). Viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 371-387.

Virues, R. A. (2005). Estudio sobre ansiedad. Nuevo León, México. *Revista Psicología Científica*. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>

7. ANEXOS

7.1 ANEXO I

TÍTULO: PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE PENNSYLVANIA

(Seligman, 2014).

Descripción del programa: El objetivo del programa es reducir el riesgo de depresión.

Se lleva a cabo en el distrito escolar de Abington. Posteriormente se aplicó en Pennsylvania, con resultados similares. Se examinaron a 200 alumnos, y se seleccionaron 70 de ellos (tras analizar los correspondientes cuestionarios), los cuales mostraban mayor riesgo de depresión. La mitad de los alumnos participó en el curso y el resto hizo el papel de grupo de control, para una futura comparación de los resultados. En cada grupo se usa el mismo material y se desarrolla un manual que describe las sesiones minuto a minuto. Se graban en video con el fin de comprobar si se sigue fielmente este manual.

Durante el tiempo que duró el programa, los especialistas se dedicaron a escuchar a los niños y aplicar técnicas para mejorar su capacidad de abordar los problemas. El programa consistía en enseñar un conjunto de técnicas para poder usar toda la vida, técnicas que pretenden lograr un mayor dominio y conseguir que experimenten menos fracaso y conseguir una mejora de su ánimo.

Las técnicas de optimismo usadas son cuatro: 1. Detección de pensamientos automáticos (detectar los pensamientos que rondan en tu cabeza cuando no te sientes bien). 2. Evaluar esos pensamientos automáticos (reconocer que no tienen por qué ser verdad, que se deben reunir pruebas para determinar la verdad de nuestros pensamientos). 3. Generar alternativas (buscar explicaciones más veraces y positivas). 4. Pensar de manera no catastrofista.

Sesiones: 24 horas a lo largo de 12 semanas. Posteriormente se realiza un seguimiento cada seis meses hasta pasados los dos años de la finalización del programa, para analizar los resultados a largo plazo.

Edades: alumnos de 5º y 6º de Educación Primaria, es decir, de 10 a 12 años.

Justificación teórica: este programa se basa en la psicología cognitiva y en la resolución de problemas sociales. Las respuestas de ansiedad o depresión están condicionadas por un estímulo adverso, es decir, aprendidas a través de un proceso de condicionamiento (psicología conductual), y al mismo tiempo, cada individuo tiene unas creencias y una interpretación propia de la adversidad (psicología cognitiva).

Esto tiene relación con Lang quien considera la ansiedad y depresión como un sistema de triple respuesta a nivel conductual o motor, cognitivo y fisiológico.

Tiene una firme base en la psicología positiva, la idea del positivismo ante el negativismo o pensamientos negativos automáticos. Intenta conseguir un cambio en el pensamiento del niño, erradicar su estado de ánimo negativo y aportar estrategias positivas.

Evidencia empírica (resultados): durante los dos años siguientes se realizaron mediciones de los síntomas de depresión de los niños. Se observó que justo tras finalizar el programa, del 24% de los niños tenían síntomas de depresión moderados/graves, había descendido al 13%, mientras que en el grupo de control descendió un 1%. Dos años después de que el programa finalizara solo el 22% del grupo de prevención manifestaban síntomas de depresión y el 44% en el grupo de control. Es decir, la probabilidad de depresión de los niños en el grupo de prevención se había reducido a la mitad. (Este programa, en lugar de perder eficacia con el tiempo, demostró que el efecto preventivo aumentaba con el tiempo).

¿Lo llevan a cabo los maestros/as?: Para poder utilizar el Programa Pennsylvania de una manera amplia, se decidió formar a los profesores, para que pudiesen enseñar las técnicas con la misma eficacia. Se seleccionó un grupo de maestros del distrito de Upper Darby (Filadelfia) para que lo impartiesen a sus alumnos. Primero participaron en un programa de formación y después pusieron en práctica el programa en sus escuelas una tarde a la semana. Una segunda vertiente para la expansión, es enseñar estas técnicas para los padres.

Experiencias: Una de las estrategias utilizadas en el programa, son las historietas y juegos de roles. Se crearon personajes que representaban las "Técnicas Defensivas": Holly Confiada y su hermano Howard Confiado (pareja optimista) que se comparaban con Greg Sombrío y Penny Pesimista (pareja pesimista). Los primeros enseñaban a los

segundos a cuestionar sus pensamientos negativos, y a buscar la manera de enfrentarse a sus problemas. Samanta Dilo-Sin-Rodeos, ayudaba a Brenda Bravucona y a Peter Pusilánime a aprender técnicas de firmeza.

**TÍTULO: PEHIS (programa de enseñanza de habilidades de interacción social)
(Monjas, 2006).**

Descripción del programa: Se trata de un programa cognitivo-conductual que pretende fomentar la competencia social en niños y adolescentes.

Es un programa planificado, en el que de manera sistemática se trabajan las conductas inadecuadas, los aspectos que interfieren en el buen comportamiento y se intenta enseñar comportamientos sociales (comunicación verbal y no verbal), afectivos (expresión de emociones), y cognitivos (autolenguaje).

Se compone de 30 habilidades distintas, en 6 bloques diferenciadas, integrando habilidades básicas de interacción social (reír, sonreír, saludar, acciones de cortesía...), habilidades para hacer amigos (ayudar, compartir, jugar...), habilidades de conversación, habilidades que atienden a los sentimientos, emociones y opiniones, habilidades para la resolución de problemas y para la relación con adultos. Para ello se sirve de técnicas estructuradas: Instrucción Verbal, Diálogo y Discusión, Modelado, Práctica, Feedback, Refuerzo y Tareas para casa.

Sesiones: las sesiones semanales, la duración o separación temporal entre las mismas es abierta, generalmente, lo decide el educador que las va a llevar a cabo.

Edades: está pensado para desarrollarse con niños en edad escolar (Infantil, Primaria y Secundaria).

Justificación teórica: este programa contribuye a la modificación de la ansiedad, siguiendo las teorías de Reiss, los sujetos con Trastorno de Ansiedad en situaciones de interacción social, están condicionados, por la expectativa que tienen a priori de fracaso o ridículo social, y también por su sensibilidad a la ansiedad ante tales situaciones. Una estrategia que palie estos efectos es el entrenamiento de HHSS que le ayuden a mejorar los recursos personales para enfrentarse a situaciones percibidas como adversas.

Evidencia empírica (resultados): el objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) de Monjas (1996) en un grupo de cuatro niños de 5 a 7 años de un Centro de Acogida, que presentan mayor riesgo de exclusión social por las dificultades experimentadas en su infancia y con problemas de relación con los demás. Este programa ha demostrado ser una herramienta muy eficaz para el desarrollo de habilidades de interacción social en estos niños. Se comprobó cómo las habilidades trabajadas han mejorado significativamente en todos ellos, mostrando un aumento de las puntuaciones en todas las áreas en los cuatro niños a medida que avanza la aplicación del programa.

¿Lo llevan a cabo los maestros/as?: este programa está pensado para ser aplicado tanto en el colegio como en las familias. a nivel escolar es muy conveniente que los maestros apliquen en sus aulas programas de HHSS, y este programa de Inés Monjas es sistemático y ofrece material para trabajar sesiones en todos los bloques de habilidades.

Experiencias: el programa PEHIS nos ofrece experiencias a trabajar en sesiones para la adquisición de diferentes HHSS. Por ejemplo, el trabajo de cortesía y amabilidad, para favorecer la relación con otros. Esta experiencia viene pautada por una serie de pasos a seguir

- Da pautas de actuación: 1º Mirar a la otra persona. 2º. Decir una frase o expresión verbal adecuada a cada caso: gracias! por favor, disculpe; lo siento; perdón. 3º. Acompañar la expresión verbal con gestos y expresión no-verbal apropiada: sonrisa, gestos de manos, tono de voz, postura, distancia con la otra persona, etc. (Monjas, 2006)
- Realiza modelado sobre situaciones concretas propuestas por el maestro.
- Propone ensayos conductuales mediante dramatizaciones para poner en práctica la habilidad.
- Propone actividades de refuerzo o retroalimentación, con refuerzos positivos.
- Propone tareas para observar y actuar fuera del colegio.

TÍTULO: FRIENDS (AMISTAD)

(Barret, 1996).

Descripción del programa: es un programa de técnicas cognitivo-conductuales donde tiene en cuenta la integración de cuatro componentes (fisiológico, afectivo, conductual, cognitivo-emocional). Está basado en el programa de Kendall (1994) y pretende desarrollar estrategias de afrontamiento y exponer al sujeto a los estímulos en vivo para que utilice los recursos que ha adquirido.

Este programa está dirigido a favorecer procesos de apego (habilidades de comprensión y autorregulación de emociones, habilidades de relajación y de empatía), también procesos cognoscitivos (habilidades para identificar pensamientos internos, autoconversación útil, técnicas para combatir lo negativo y autorrecompensa), y habilidades de aprendizaje (resolución de problemas, afrontamiento de exposición al miedo o sentirse recompensado por ser resiliente).

Se diseñó para 44 niños con riesgo social en situación de pobreza y riesgo de abandono (24 niños que formaban el grupo experimental, y 20 niños que forman el de control). Se realizó un pretest a todos y un posttest 10 semanas después.

Sesiones: consta de 10 sesiones, más 2 sesiones de repaso.

Edades: niños de 8 a 10 años (4º de Primaria del Distrito Educativo de San Bolívar).

Justificación teórica: es un modelo que comprende las emociones positivas (cuestionario de emociones positivas de Laura Orós), la inteligencia emocional (cuestionario TMMS-24), la ansiedad manifiesta (cuestionario CMAS), la depresión infantil (inventario CDI), y resiliencia. El enfoque cognitivo-conductual tiene en cuenta los cuatro ejes, el fisiológico (entrenamiento autógeno), el cognitivo (reestructuración de las ideas negativas), conductual (modelos de comportamiento empáticos), y el afectivo-emocional (comprensión de las emociones y empatía), tomados de Kendall.

Evidencia empírica (resultados): ambos grupos (prevención y control), manifestaban unos índices de ansiedad, depresión, resiliencia, emoción positiva e interacción emocional muy similares en el pretest.

El grupo de prevención, tras el postest, manifestó una diferencia positiva incrementada en los factores protectores de la emoción (gratitud, serenidad, satisfacción y simpatía) y en inteligencia emocional. También hubo diferencia positiva incrementada en el nivel de resiliencia.

¿Lo llevan a cabo los maestros/as?: el programa contiene un manual con material para trabajar en las aulas y entre ellos están las opciones "la flor de la felicidad", el nombre acróstico "amistad" para poner en las paredes del aula, las nubes de pensamiento útiles e inútiles, etc.

Experiencias: las experiencias del programa FRIEND de la doctora Paula Barret (1996) comenzaron en Australia, pero se han llevado a cabo por 17 países del mundo. El caso mostrado fue realizado en Colombia mediante el programa en lengua hispana adaptado por Julia Gallegos.

TÍTULO: FORTIUS (Fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales) (Méndez, et al., 2012).

Descripción del programa: el principal objetivo del programa es aportar al niño capacidades para sentir, pensar y actuar de una manera más beneficiosa y hacer que su mente sea más fuerte psicológicamente.

Este programa se basa en la fortaleza emocional (aprender a controlar las emociones negativas a través de técnicas de relajación, respiración y visualización), conductual (creación de HHSS, técnicas de organización y planificación y escucha activa) y cognitiva (detectar y recomponer los pensamientos negativos, la toma de decisiones y la resolución de problemas).

A su vez se trabajan la tristeza y la ansiedad con intervenciones de prevención y terapia utilizando técnicas como la relajación, el fomento de HHSS, la resolución de problemas, el autocontrol y la reestructuración.

Sesiones: consta de 12 sesiones. Las sesiones tienen su inicio con la revisión de la tarea mandada para casa excepto la primera sesión de presentación. Todas las sesiones acaban con una actividad lúdica, actuando así de reforzador y como factor motivante para los niños. En la última sesión se hace una fiesta.

Edades: dirigido para niños de 3º a 6º de Primaria (entre 8 y 13 años). Puede adaptarse para niños de 1º y 2º de la ESO.

Justificación teórica: este programa se basa en la psicología positiva, relacionado con las teorías de Seligman, orientadas a conseguir el bienestar. También se relaciona con el enfoque de las teorías cognitivas, donde el sujeto clasifica mentalmente una situación y responde a ella con unas respuestas determinadas, según sus creencias o expectativas. Estas distorsiones cognitivas crean y mantienen la ansiedad.

Evidencia empírica (resultados): por último, FORTIUS obtiene una valoración de 8 sobre 10 por parte de los participantes y monitores, por lo que se deduce que es considerado muy bueno, valioso y útil por parte de los escolares y monitores donde se ha realizado (Orenes, 2015).

¿Lo llevan a cabo los maestros/as?: el programa puede ser realizado por psicólogos y maestros o cualquiera que tenga experiencia en ello (orientadores, pedagogos, trabajadores sociales...).

Experiencias: una de las muchas experiencias que nos proporciona el programa FORTIUS, son una serie de guías para casa, para así practicar ciertas técnicas y habilidades. Un ejemplo de ello es la guía para la relajación en casa, donde se ofrecen una serie de instrucciones específicas para realizar con el cuerpo. Un ejemplo de los pasos principales de una guía son: "tensa el cuerpo", "siente la tensión en el cuerpo", "relaja el cuerpo", "siente la relajación en el cuerpo", "repite el ejercicio alargando el cuarto paso", (cada una con su consiguiente explicación específica de cómo realizarlo).

TÍTULO: EDUCACIÓN EMOCIONAL. PROGRAMA PARA EDUCACIÓN PRIMARIA (Renom, 2003)

Descripción del programa: este programa está realizado por el Grupo GROPE (Grupo de Recerca en Orientación Psicopedagógica) y coordinado por Rafael Bisquerra.

El programa consiste en un material práctico que trata cinco bloques temáticos: conciencia emocional, regulación emocional, autoestima, habilidades socio-emocionales y habilidades de la vida. Cada uno de los bloques contiene cinco actividades con sus objetivos, procedimiento, recursos, temporalización recomendada y orientaciones. Las

actividades que propone son muy variadas, juegos, actividades grupales en grupo clase y pequeños grupos, debates y puestas en común, fichas, collages, trabajos de tipo plástico, actividades de reflexión... Ofrece así mismo tablas de registro para recogida de datos de la observación directa.

Sesiones: No tiene un número concreto de sesiones, pero sí que debe realizarse sistemáticamente, pues las sesiones sueltas e inconexas pierden toda la efectividad. Deben aplicarse como un programa secuenciado que puede servir de instrumento transversal e interrelacionarse con las diversas áreas curriculares.

Edades: destinado a niños y adolescentes de 6 a 12 años

Justificación teórica: toda relación interpersonal está impregnada de emociones. El aprendizaje social defiende en el modelo explicativo de interferencia o déficit de ejecución, que factores emocionales, cognitivos o motores, interfieren en los pensamientos depresivos, ansiedad y expectativas negativas.

La persona tiene un componente cognitivo y otro afectivo-psicológico. Estos dos componentes están estrechamente relacionados. La asimilación de emociones hace referencia a cómo procesar la información y cómo estas influyen en el sistema cognitivo. Las emociones positivas ayudan a crear unas mejores expectativas sobre nosotros mismos y ayudan a tomar decisiones.

La psicología positiva también defiende que las emociones positivas son factores protectores ante la vulnerabilidad y la adversidad y nos ayudan a entendernos, a entender a los demás y son una herramienta esencial para la solución de problemas.

Según **Mayer y Salovey** (1997), la inteligencia emocional,

incluye la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover crecimiento emocional e intelectual. (p.10)

Evidencia empírica (resultados): está demostrado que un año después de la intervención, este programa reduce los síntomas depresivos tanto de los niños y niñas

con alta y baja tendencia depresiva, y de forma significativa. (Sánchez, Méndez & Garber, 2014).

Los jóvenes que participan reducen los niveles depresivos a lo largo de 12 meses de seguimiento, en comparación a los que no participan en el programa. (Brunwasser, Kim, & Gillham, 2009).

¿Lo llevan a cabo los maestros/as?: los manuales, tanto de Infantil como de primaria, están pensados para aplicarse en las aulas por profesores.

7.2 ANEXO II

Se proceden a analizar diferentes casos de distintas tipologías de la ansiedad en niños y adolescentes:

TITULO: ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

(Fdez-Zúñiga y Cogolludo, 2012)

Datos personales: Se describe el caso de una niña de 3, 1 años de edad, adoptada en Nepal a los 11 meses.

Datos para la identificación: Respecto al desarrollo motor, se desarrolló lentamente, comenzando a caminar vagamente a los 18 meses. En el área de comunicación su evolución también fue lenta, producía vocalizaciones, es decir, presentaba problemas de lenguaje.

Utiliza el silencio para llamar la atención, se muestra inhibida y se niega a hablar con los profesores y los niños. Es descrita como una niña tímida, retraída, miedosa, meticulosa y ordenada. Es poco flexible ante los cambios y tiene una gran dificultad para separarse de la madre, limitando su vida social y la de la familia. Muestra baja tolerancia a la frustración y síntomas de ansiedad.

Diagnostico establecido: En conclusión, la niña presenta un Trastorno de Ansiedad por Separación según el DSM-IV-Tr, problemas de conducta y de vinculación. Los registros indicaban que las situaciones que generaban ansiedad en la niña estaban relacionadas con la ausencia de la madre, ir al colegio, quedarse con el padre en casa, ir a casa de sus abuelos y quedarse sola jugando con otros niños, incluso estando la madre presente.

Teoría explicativa: La teoría del condicionamiento operante dice que cuando una conducta da resultado se refuerza negativamente, por lo tanto si no se presta atención a su comportamiento adverso, no se reforzará y tenderá a la extinción.

Evaluación y tratamiento: Se utilizó la terapia cognitivo conductual, basándose en un modelo basado en el entrenamiento de los padres con la niña, con técnicas operantes, y desde la perspectiva del desarrollo y de la vinculación. Se enseñó a los padres a reforzar

positivamente las conductas adecuadas de la niña con reforzadores específicos y ante comportamientos inadecuados se les indicó cómo elegir otra conducta apropiada incompatible. En relación con el lenguaje, se centraron en distinguir los problemas lingüísticos de los socio-emocionales y evaluar los aspectos formales del lenguaje.

Repercusión en la escuela: Todos estos problemas pueden provocarle mayores problemas secundarios a nivel social y a nivel de autonomía. También el escaso desarrollo lingüístico puede producirle dificultades en la comunicación reiterando los problemas sociales, y en su proceso de aprendizaje.

Aparición del rol del maestro y escuela: En la guardería y en infantil, las profesoras y tutoras ya detectaron e informaron de sus problemas de adaptación y de la necesidad de ser excesivamente cercanas con ella. La profesora intervino en la cogida de datos y en los registros mediante cuestionarios para llevar a cabo la evaluación. La escuela y la profesora se encontraban en continuo contacto e intercambio de información con la familia.

Valoración-conclusiones: Desde el 3º mes de tratamiento la frecuencia de las conductas de ansiedad e inhibición de la niña disminuyeron. La conducta fue variando, mostrándose más comunicativa y ampliando los tiempos de separación tanto en el contexto familiar como en otras situaciones sociales.

TITULO: MUTISMO SELECTIVO

(Olivares, Piqueras y Rosa, 2006)

Datos personales: Ana, 6 años. Hermano mayor de 9 años y padres de 35 y 36 años. Ambiente familiar bueno. Ana tiene relación estrecha con la madre.

Datos para la identificación: El continuo sufrimiento y ansiedad (sudoraciones, palpitos, tensión muscular, flujo sanguíneo en la cara), que experimentaba la niña cuando tenía que participar en la presentación de las tareas escolares, colaboración en trabajos de clase, relacionarse con sus compañeros o profesores. Continuas acciones de escape parcial como mirar a otro lado o agachar la cabeza. Ana cercioraba que lo pasaba muy mal y que no iba a poder hablar si lo intentaba.

Diagnostico establecido: Los datos de la evaluación inicial confirmaron la existencia de un cuadro de mutismo selectivo cumpliendo así con los criterios requeridos por el DSM-IV-TR.

Teoría explicativa: Las teorías biologicistas dicen que el mutismo es algo propio del organismo, relacionado con los cromosomas u otras causas del cerebelo, y que el sujeto tiene una predisposición biológica para desarrollar el mutismo. Los psicologicistas dicen que el mutismo es una respuesta aprendida. En su adquisición y mantenimiento pueden intervenir procesos de condicionamiento clásico y operante o procesos de aprendizaje vicario y de transmisión de información. **Las técnicas más eficaces son las basadas en la teoría cognitivo-conductual.**

Evaluación y tratamiento: Partiendo de los datos e información recogida, se establecieron dos fases diferenciadas: Una destinada a transmitir información y modelar los comportamientos implicando en ello tanto a los padres, como al personal del centro educativo, y otra destinada a la desinhibición del habla de Ana.

Centrándose en la segunda fase (11 semanas), el tratamiento estuvo integrado por desvanecimiento estimular, instigación verbal, refuerzo (social) positivo, la economía de fichas y exposición ante el grupo-clase. Se toma como apoyo la confección de puzzles.

Repercusión en la escuela: Sentimientos de rechazo hacia la escuela por las situaciones ansiosas vividas, interferencia en sus relaciones sociales e incapacidad de realizar trabajos grupales o respuestas espontáneas al profesor.

Aparición del rol del maestro y escuela: Participación del profesorado, auxiliares y personal del comedor escolar en las entrevistas iniciales y en la recogida de datos (implantación de cámara oculta). Participación del tutor en sesiones individualizadas con Ana (y otros alumnos que se incorporan progresivamente), utilizando la instigación, reforzamiento positivo, preguntas, planteamiento de dudas, hoja de registro, grabación, concurso de puzzles, etc.

Valoración-conclusiones: Se observan pequeños avances durante la primera semana de tratamiento, y así progresivamente, el habla espontánea de Ana va incrementando. La exposición ante el grupo-clase, a través de la visualización pública del habla audible, es decisivo para el incremento de la relación social en el aula y recreo.

TITULO: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

(Padilla, 2014)

Datos personales: Juan, adolescente de 12 años. Chico muy autoexigente y perfeccionista. Predisposición a ser una persona bastante nerviosa. La relación familiar es buena, aunque su padre es muy exigente en cuanto a notas y comportamientos. Gran afinidad con la madre. Tiene un hermano de 14 años con el que tiene buena relación. La madre sufrió un cuadro de depresión.

Datos para la identificación: Aparición de dolores abdominales y dolor de cabeza frecuente desde hacía aproximadamente dos años, ante determinados acontecimientos y preocupaciones (normalmente cuando tiene un examen, o cuando piensa que tiene que hacer tareas importantes). Los anteriores días a los acontecimientos, Juan también se muestra nervioso, irritable, con dolor de cabeza y dolores abdominales, y suele dormir mal.

Diagnostico establecido: Se cumplen los criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, según el DSM-IV-TR.

Teoría explicativa: Guarda relación con la ansiedad como rasgo de personalidad. Si la madre ha tenido cuadros de depresión, puede que tenga predisposición para reaccionar con ansiedad. Por supuesto esta tendencia o predisposición favorece la Ansiedad generalizada, pero no la determina, con lo cual, también existe un aprendizaje que lo relaciona con las teorías cognitivo-conductuales.

Evaluación y tratamiento: El tratamiento que se llevó a cabo fue un tratamiento cognitivo-conductual (16 sesiones de 1h de duración), siguiendo como guía el programa de Kendall (1992) para el tratamiento de la ansiedad infantil, adaptado a las necesidades de Juan. Se quería que aprendiera a identificar la ansiedad para afrontarla y reducir el nivel de activación de esta con técnicas que se le asignaban cada semana (Rodríguez de Kissack y Martínez-León, 2000).

Repercusión en la escuela: Dolores, malestar e incapacidad ante tareas importantes o exámenes, interfiriendo en la asistencia y en la realización de estas.

Aparición del rol del maestro y escuela: No aparece.

Valoración-conclusiones: Se consiguió que Juan redujese considerablemente su nivel de activación psicofisiológica, reducir sus preocupaciones, mejorar su capacidad para relajarse, concentrarse y afrontar los problemas y preocupaciones, así como con los estudios, perder cosas importantes, la muerte y la salud de la familia. También se consiguió disminuir las respuestas de escape en los exámenes, consiguiendo que se relajara, focalizando su atención en pensamientos positivos y técnicas de relajación.

TITULO: ANSIEDAD SOCIAL CON CIL

(Mosquera-Gallego, 2018)

Datos personales: Niña de 11 años, con buena relación familiar. Presenta un CI de 83 con algunos problemas de concentración. En el pasado sufrió un leve acoso escolar.

Datos para la identificación: Se realizan una serie de cuestionarios de ansiedad y depresión en su colegio, donde ella obtuvo una puntuación significativa en cuanto a la ansiedad. En las entrevistas la niña afirma que está constantemente preocupada de que pueden pensar sus compañeros de ella, que cae mal a todo el mundo y que sus amigos la van a dejar de lado en cualquier momento, por algo que va a hacer o decir. En la hora del patio tiene continuos pensamientos de que sus amigos se van a ir con otra gente, y por ello se siente incómoda. La ansiedad aparece tanto en el centro como fuera de él.

Sufre dolores en el estómago y de cabeza, temblores, falta de apetito, llanto y rubor. Dice que ha dejado de hacer ciertas actividades por miedo a la humillación. Siempre ha sido una niña tímida y con problemas para relacionarse y comunicarse con los demás. Un factor precipitante fue el cambio de clase y compañeros. Recurre siempre a conductas de escape.

La ansiedad le aparece unas 6 veces por semana y 2/3 veces al día y su duración es de unos 10/15 minutos aproximadamente y con una intensidad media de 6/7 sobre 10.

Diagnostico establecido: Se diagnosticó un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social) según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

Teoría explicativa: La Ansiedad Social pone su énfasis en el ambiente y no en la biología. Es un tipo de ansiedad socioevaluativa donde se anticipa la evaluación negativa de los demás y condiciona la respuesta del individuo (modelo de Reiss sobre la expectativa de peligro, expectativa de ansiedad, sensibilidad a la ansiedad y sensibilidad a la evaluación social. Para la Ansiedad Social se utilizan técnicas como la terapia cognitiva, la exposición en vivo, el entrenamiento en auto-instrucciones, la terapia racional emotiva del comportamiento, el entrenamiento de habilidades sociales y la relajación.

Evaluación y tratamiento: Se realizó una intervención cognitivo-conductual a través del Programa IAFS: Protocolo para la intervención en Adolescentes con Fobia Social (Olivares, 2005), que se compone de 12 sesiones de 90 minutos en formato individual y grupal, de forma semanal, con una duración aproximada de 3 meses.

Repercusión en la escuela: Evitación de ciertas actividades a causa del miedo al rechazo. Incomodidad y malestar en situaciones grupales o recreos. Rechazo a la escuela y actividades extraescolares. Desvinculación social o fuertes dificultades para las relaciones.

Aparición del rol del maestro y escuela: No aparece.

Valoración-conclusiones: Tras los tres meses de tratamiento el nivel de ansiedad se ha reducido notablemente, y más concretamente, se ha conseguido eliminar la ansiedad social gracias a la adquisición de habilidades sociales. También se ha trabajado la autoestima, eliminando así ciertos pensamientos negativos.

TITULO: FOBIA ESCOLAR - TRASTORNO ADAPTATIVO

(Barris y Batlle, 2007)

Datos personales: R, chico de 13 años. Tiene una hermana mayor de 17 años que no presenta ningún problema de comportamiento ni académico. Los padres parecen tener dificultades al afrontar las situaciones conflictivas en las que R se muestra desafiante. El padre afirma que R no tiene adquiridas ciertas normas y límites, hábitos de estudio, higiene personal ni autonomía a la hora de tareas que exigen responsabilidad.

Datos para la identificación: A lo largo de su historia escolar, ha tenido dificultades a la hora de aprobar exámenes y realizar trabajos. En el momento de la consulta mostraba comportamientos disruptivos en el aula y negativas hacia los trabajos. Su situación académica y comportamental fue empeorando progresivamente. Los padres decidieron cambiarle de instituto a otro más exigente, lo que provocó que R no quisiera asistir, presentando a su vez dolores de barriga. La última vez que lo quisieron hacer entrar a clase, se negó y comenzó a gritar. R no es capaz de dar una explicación a su rechazo a la escuela, sólo informa que cuando está en clase, siente ganas incontrolables de ir al baño y sabe que no lo dejarán, provocando que se ponga nervioso y sea incapaz de asistir a clase. Se decidió que hasta que no se terminara la evaluación psicológica, dejara de asistir a la escuela. Se destaca que cuando realiza una actividad nueva acude innumerables veces al baño. Tras realizar el Test de personalidad Mini-Mult son evidentes ciertos aspectos de tristeza, ansiedad y preocupaciones recurrentes.

Diagnostico establecido: Se planteó el diagnostico de una fobia escolar, aunque se creyó que esta estaba ligada a un problema principal, relacionado con el afrontamiento de situaciones nuevas. Por lo tanto se decidió realizar un diagnóstico de Trastorno Adaptativo mixto del comportamiento y las emociones, según el DSM-IV.

Teoría explicativa: El rechazo escolar es complejo, entre los posibles factores puede haber una vulnerabilidad biológica para desarrollar alteraciones emocionales, pueden influir sucesos estresantes en el ámbito escolar y/o familiar. A esto hay que añadir el aprendizaje. El mantenimiento de conductas no deseadas se explica a través del reforzamiento negativo, producido al evitar la situación aversiva y sentir que se reduce el malestar emocional (condicionamiento clásico y operante).

. (condicionamiento clásico, condicionamiento vicario y transmisión de la información).

Evaluación y tratamiento: El tratamiento se llevó a cabo con toda la familia. En lo que respecta a la psicoterapia individual de R, se planteó un acercamiento progresivo y/o exposición in vivo ante la asistencia de determinadas clases (solo unas horas) hasta conseguir progresivamente la completa incorporación (con posibilidad de asistir al baño). Se trabajó, mediante técnicas cognitivas, el afrontamiento de nuevas situaciones que generan ansiedad y malestar y la modificación de conductas desafiantes. También se trabajó la adquisición de hábitos de estudio a través de una reeducación.

Repercusión en la escuela: Rechazo total hacia la escuela, rendimiento y resultados académicos muy bajos, rechazo hacia los exámenes y realización de trabajos. Absentismo escolar y desvinculación social.

Aparición del rol del maestro y escuela: La maestra colabora en su incorporación, facilitándosela y permitiéndole utilizar sus conductas de evitación parcial.

Valoración-conclusiones: El nivel de ansiedad siguió persistiendo en un índice elevado, planteándose así la complementación de la psicoterapia individual con el apoyo de los fármacos para la reducción de la ansiedad.

TITULO: RESISTENCIA A IRSE SOLO A LA CAMA

(Molina, 1998)

Datos personales: Pablo es un niño de 2 años. Su desarrollo sigue una normalidad en todas las áreas de interés. La relación con sus padres es estrecha. El patrón de sueño se había establecido correctamente, y hasta el momento no había habido problemas.

Datos para la identificación: A los dos años, los padres comenzaron a observar que en el momento de ir a la cama había complicaciones, ya que su hijo mostraba síntomas de ansiedad: lloraba, gritaba, les llamaba reiteradamente, se agarraba del adulto y salía de la habitación siguiéndoles. Solo se dormía cuando estaba en la cama de los padres o ellos permanecían en su habitación.

Diagnostico establecido: No diagnóstico.

Teoría explicativa: A pesar de no estar diagnosticado como patología, se trata de un comportamiento negativo, que puede tener su fundamento en la educación parental. Si la actitud de los padres respecto a las normas y patrón del sueño se ha relajado, el niño ha establecido un hábito que se debe erradicar reeducando su conducta, obviando las llamadas de atención y reforzando los logros o conductas positivas.

Esta conducta y su reeducación tiene que ver con el Condicionamiento Clásico y Operante. La conducta de evitación es huir de la oscuridad, haciendo que sus padres no le dejen solo.

Evaluación y tratamiento: Se trata desde una visión no psicopatologizante, focalizada en las interacciones del comportamiento del niño y sus padres, mejorando la comprensión de los adultos e interviniendo con mínimos elementos y habilidades que los padres ya poseen. La intervención se basó en el análisis funcional de las respuestas de dormir del niño y en la actuación de los padres. Se cambió la rutina del patrón de inicio del sueño y se favorecieron las circunstancias que indicaban la llegada de la hora de dormir. Ante la negativa del niño de irse a la cama, los padres actuaban sin decirle nada y volviendo a depositarle en la cama una y otra vez.

Repercusión en la escuela: Una futura posible pérdida de autonomía y pérdida de habilidades de los padres, problemas de separación, ansiedad, retraso académico y baja tolerancia a la frustración.

Aparición del rol del maestro y escuela: Si el problema persistiera en edad escolar, el maestro podría actuar aportando habilidades de autonomía, trabajando la inteligencia emocional, incidiendo en estrategias de autorregulación emocional (relajación, reestructuración cognitiva), en la regulación de sentimientos e impulsos, poniendo en práctica programas de prevención.

Valoración-conclusiones: La historia del problema no se extendía mucho y existía un reforzamiento continuo. Además las variables del problema se encontraban claramente determinadas, por lo tanto solo se debían restaurar aquellas pautas de actuación con resultado esperado.

El séptimo día del tratamiento, el niño consiguió ser depositado en la cama sin levantarse ni llorar. Después fueron desapareciendo las demandas de atención que delataban la hora de dormir. Los comportamientos y correctas rutinas se fueron manteniendo.