

Escaleras y Globitos: Abordaje Cognitivo de los Trastornos de Ansiedad en Niños

Lic. Javier Mandil

Publicado originariamente en Revista Actualidad Psicológica, num 377, agosto del 2009

1) Introducción:

Los Trastornos de Ansiedad se cuentan entre los principales motivos de consulta para niños en edad escolar. Su persistencia sin tratamiento adecuado puede perturbar la inserción social, la instrucción educativa y subsiguiente desarrollo evolutivo de quienes lo padecen.

Es menester el abordaje temprano en un marco de intervención con perspectivas de eficacia y efectividad.

El protocolo cognitivo comportamental de Kendall (1992), focaliza en diversidad de cuadros ansiosos, rango de edades de aplicación (nueve a trece años), criterios para favorecer la alianza e interactividad terapéutica y flexibilidad de implementación que lo adecúan a contextos de atención diversos. Este modelo de tratamiento se ha demostrado exitoso en diversas investigaciones. Varios estudios controlados con muestras randomizadas e investigadores independientes han sido realizados en Norteamérica y Australia. En el post tratamiento, entre el 64 y 70 % de los niños de entre 9 y 13 años que participaban en la condición de tratamiento no mostraban signos clínicos de ansiedad. De acuerdo a los hallazgos de Barrett, Dadds y Rappe (1996) este porcentaje se acrecentaba al 95% cuando la Terapia Cognitivo Comportamental se combinaba con un programa de Manejo Familiar de la Ansiedad. En seguimientos realizados a un año , tres años y medio y siete años y medio, las mejorías sintomáticas se mantenían (Kendall y Hedtke, 2006).

Es destacable así mismo que, a partir de los estudios sobre efectividad terapéutica, es decir los que refieren a los factores que hacen viable un tratamiento en los contextos de atención cotidianos, se verifica la incidencia en los resultados terapéuticos de variables inespecíficas como la alianza, las expectativas positivas y las características de los consultantes (Lambert, 1992).

De acuerdo a Duncan, Miller y Sparks (2007), el efecto de estos "factores comunes" en relación a todo tipo de intervención terapéutica se potencia en tanto el accionar clínico se adapta al estilo cultural y marco de referencia de los niños y sus familias en consulta.

Kendall, Chu, Gifford, Hayes y Nauta (1997) ya habían destacado que, aunque el manual de tratamiento para la ansiedad infantil provee un marco general que organiza las estrategias y los objetivos a alcanzar en las entrevistas, es su aplicación flexible y creativa, adaptada a las particularidades del paciente y sus contextos de referencia lo que incrementa las probabilidades de mejoría.

El objetivo del presente artículo consiste en presentar una versión del protocolo de Kendall, adaptada a nuestro contexto cultural sudamericano, desarrollando un formato en las intervenciones plausible de optimizar la alianza con los niños y sus padres, fomentar las expectativas positivas respecto al tratamiento y aprovechar las fortalezas, recursos y otras características idiosincrásicas que el sistema consultante aporta a la terapia.

2) Descripción del problema:

Existen miedos adecuados a las distintas etapas evolutivas de los niños, de hecho la presencia de los mismos es una experiencia necesaria en el desarrollo cognitivo y emocional suscitado a partir de la exploración gradual del entorno.

Sin embargo cuando estos son desproporcionados respecto a la amenaza potencial, inflexibles, persistentes e inadecuados para la edad, presumimos la existencia de un trastorno.

Otro criterio importante a considerar, es la manera en que la aparición del problema afecta su inserción en las relaciones y actividades necesarias para la sociabilización del niño.

De hecho, la consulta suele suscitarse ante la aparición o exacerbación de los mismos en el transcurso de una transición vital importante para el paciente: su ingreso a la escolaridad (primaria o jardín de infantes), la expansión de su entorno social ante nuevas relaciones o ante la novedosa fuente de estrés suscitada por cambios en el entorno: mudanzas de vecindario, separación de los padres, fallecimiento o enfermedad de un familiar, etc.

Revisemos sintéticamente los principales criterios que el DSM IV considera para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad más comunes en la población infantil¹:

-Ansiedad de Separación: se caracteriza por el temor persistente a la separación o distanciamiento respecto a las figuras de apego. Presenta un correlato cognitivo consistente en expectativas catastróficas referentes a que les suceda alguna desgracia a las figuras parentales o al si mismo en la ausencia, perderse, no poder afrontar situaciones sin la provisión de reaseguro, etc. Las manifestaciones conductuales involucran actitudes evitativas (particularmente respecto a aquellas situaciones plausibles de establecer distancia respecto a los padres o cuidadores) y búsqueda de reaseguro. Son comunes los síntomas somáticos como las cefaleas, cólicos y otros signos de activación autonómica.

-Ansiedad Generalizada: Caracterizado por la presencia simultánea de preocupaciones persistentes e incontrolables respecto a áreas y temas diversos. Pueden involucrar las relaciones familiares o

sociales, la salud física, la adecuación y el rendimiento. Son comunes en el trastorno las rumiaciones respecto al comportamiento propio, llevado a cabo en el pasado o a suscitarse en el futuro. Su correlato conductual y somático en niños, es similar al del trastorno anteriormente citado, predominando las quejas verbales, los llantos y pedidos de reaseguro.

-Fobia Social: Caracterizada por temores referentes al rechazo social, la evaluación negativa por parte de los otros y/o al inadecuado desenvolvimiento interpersonal. El correlato fisiológico presenta los mismos signos de activación vegetativa que en otros cuadros ansiosos, presentando manifestaciones comportamentales predominantemente evitativas. Estas pueden suscitarse ante situaciones sociales específicas o más generalizadas.

El curso y duración de las dificultades es, así mismo, un criterio diagnóstico importante: al menos cuatro semanas para el trastorno por ansiedad de separación y al menos seis meses para la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada.

La entrevista diagnóstica, que incluye la evaluación del niño y el pedido de información a padres y docentes, se complementa con la administración de escalas orientadas a determinar la presencia de trastornos de ansiedad, como por ejemplo, la SCARED o la STAIC, cuestionarios que incluyen una versión auto administrada, en caso de que el niño cuente con edad suficiente, junto a una versión para padres y otra para maestros.

La etiología y factores de mantenimiento del trastorno son considerados bio-psico- socialmente por el consenso científico actual. Entre los factores biológicos se cuentan un bajo umbral de activación ante el estrés, entre los comportamentales la historia de condicionamientos respondientes, operantes y el aprendizaje vicario de las conductas evitativas y pedidos de reaseguro, y en el vector cognitivo se considera especialmente la transmisión familiar y cultural del sesgo catastrófico; a partir del mismo, los acontecimientos ambiguos y las situaciones de incertidumbre tienden a procesarse sobre dimensionando las probabilidades de peligro, magnificando las consecuencias de los eventos negativos posibles y subestimando los recursos propios para el afrontamiento.

Así mismo, un patrón de apego ansioso en la crianza, poco tendiente a la valoración de los recursos autónomos del niño y de su conducta exploratoria, es verificable en la clínica.

Dadas las características comunes a estos trastornos, Kendall (op cit) presenta un protocolo único de intervención para los mismos, cuya aplicación clínica habrá de adaptarse a los temores específicos y modalidades de afrontamiento identificadas a partir de la conceptualización del caso.

Las fases del mismo consisten en:

-Una primera de establecimiento de la relación terapéutica, diagnóstico, psicoeducación respecto al trastorno y sociabilización del modelo cognitivo de intervención.

-Una segunda que focaliza en la “construcción de un patrón cognitivo de afrontamiento” (Kendall, Chu, Pimentel y Choudhury, 2000): Involucra el entrenamiento en el reconocimiento de las señales de activación autonómica, habilidades de regulación emocional, role playing de habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, auto monitoreo, reestructuración cognitiva y auto-refuerzo. Kendall (1992) sintetiza en el acrónimo *FEAR* (miedo), a la manera de recordatorio para el paciente, las habilidades requeridas al afrontar una situación estresante:

.*F*: ¿Sentís miedo? Reconocer los síntomas físicos de ansiedad.

.*E*: ¿Esperás que pasen cosas malas? Reconocer las auto verbalizaciones atemorizantes y lo que lo preocupa.

.*A*: Acciones y actitudes que ayudarían: conductas y enunciados de afrontamiento, basados en la resolución de problemas, que el niño podría implementar en la situación estresante.

.*R*: Resultados y refuerzos: auto evaluación de acuerdo al esfuerzo realizado y refuerzo contingente.

-Una tercera en la que se implementan los ejercicios para el hogar y las estrategias de exposición graduada. Respecto a estas actividades Kendall, (op cit) las nomina ante el paciente como pruebas o desafíos "*STICKS*" (figuritas, stickers), acrónimo que condensa la frase "Show That I Can" ("Mostar Que Puedo").

-Una fase final de prevención de recaídas y finalización del tratamiento.

A continuación, pasaremos a describir en detalle la implementación de las mismas utilizando metáforas y recursos que, a partir de los resultados observados en nuestra experiencia clínica, parecen adecuarse especialmente a nuestro contexto cultural.

3) Fases del proceso terapéutico:

a) Definición Amigable del problema, la relación terapéutica y el modo de trabajo

En Terapia Cognitiva infanto juvenil, la participación informada de los padres y otros adultos significativos en el proceso, es fundamental.

Son ellos los encargados de asegurar la continuidad del tratamiento y de llevar a cabo las importantes reorganizaciones contextuales que la solución de las problemáticas requiere.

Con este fin se los psicoeduca acerca del diagnóstico, la etiología multicausal del trastorno y los factores que lo mantienen.

Se destacan en este punto las actitudes polares improductivas por parte de los adultos a cargo: abarcan, desde la indulgencia sobre protectora hasta la intolerancia e invalidación del padecer del chico.

Analizar en conjunto los posibles refuerzos a las actitudes evitativas y pedidos de reaseguro, prepara el terreno para el afrontamiento gradual a realizarse una vez que el paciente esté preparado. La postura empática y normalizadora del profesional, al realizar esta tarea, desculpabiliza al tiempo que responsabiliza a los padres como "co-capitanes del equipo terapéutico". (Friedberg y Mc Clure, 2002)

Si bien los niños con trastornos internalizantes suelen identificar las dificultades asociadas a los síndromes como problemas personales, y reciben con beneplácito la ayuda profesional, el establecimiento de un marco terapéutico agradable, entretenido y sensible a sus intereses y nivel evolutivo incrementa su motivación para el trabajo conjunto.

Desde los planteos fundacionales de Beck (Beck y Clark, 1997), la relación terapéutica en TCC es definida como un empirismo colaborativo, y esto implica que el niño, aún con la ayuda de sus padres, deberá tener un parte activa en el tratamiento generalizando lo trabajado a los contextos naturales en los cuales los problemas se presentan.

El primer paso para establecer esta modalidad vincular consiste en una "definición amigable" de nuestro rol profesional y de la relación terapéutica.

Que los padres le digan al niño que lo van a llevar a ver a un "Doctor experto en miedos" o a un "Entrenador en valentía" aporta una cuota de suspenso y optimiza las expectativas positivas del pequeño.

La externalización del problema propuesta por White (1994) y aplicada por March y Mulle (1998) en el tratamiento del TOC pediátrico suele ser útil para informar al niño abiertamente respecto al diagnóstico. A partir de esta técnica, se define al trastorno como a una entidad externa al niño, separando las características negativas sintomáticas de su identidad y adjudicando los recursos positivos de afrontamiento a su persona.

Podemos, de hecho, invitar al chico a dibujar al problema como a una especie de monstruo o enemigo, y a continuación a reflexionar y escribir sobre las áreas en las que lo afecta y las cosas que le impide hacer. Al psicoeducar acerca de cómo el trastorno actúa, podemos conversar con el paciente respecto a la manera en que suele operar este “monstruito atemorizador”: haciéndoles pensar a los chicos sobre peligros imaginarios, poniéndolos nerviosos, haciéndoles doler la panza, dándole ganas de escapar de las cosas que les gustarían hacer o de pedir la ayuda de mamá y papá en situaciones que a ellos ya les gustaría afrontar en manera independiente (dormir, ir al colegio, ir al entrenamiento de su deporte favorito, etc.).

Al sociabilizar el modelo cognitivo de intervención, la utilización de historietas en donde el personaje presenta una expresión ansiosa determinada por un “globito de pensamiento” que contiene autoverbalizaciones o imágenes atemorizantes, y otras en las que el personaje adquiere una expresión relajada ante pensamientos más realistas, hace de esta fase educativa una experiencia entretenida a la vez que comprensible.

Para este propósito, es aconsejable que el terapeuta cuide que las formas verbales y metáforas implementadas se adapten al universo lingüístico del niño (Freman, Epston y Lovobits, 2001) y de darle un soporte visual e interactivo a las intervenciones (Stern, 2002)

b) Entrenando un Patrón Cognitivo de Afrontamiento: Muñecos de trapo, Globitos de Pensamiento

Las expectativas de autoeficacia del niño se incrementan en cuanto le ofrecemos recursos de afrontamiento ante los estímulos estresantes.

Nuestra primer tarea al respecto consiste en entrenarlo en reconocer las señales que le indican la activación ansiógena, inicialmente por sus componentes somáticos: músculos tensos, cefaleas, respiración irregular, sensaciones estomacales desagradables, etc.

En esta “educación emocional”, (Kendall, Chu, Pimentel y Choudhury, 2000) la utilización de acertijos en los que se invita al niño a reconocer las diferentes expresiones, posturas corporales y su correlato emocional y fisiológico, por medio de rostros dibujados o fotografías, suele ser amena y eficaz. (“¿Qué siente este señor?” . “¿Qué cara tiene?”. “¿Qué cosas siente en el cuerpo?”)

Un paso posterior consistirá en el modelado de estrategias de autorregulación para ser implementadas en las situaciones en las que el paciente reconoce estas “señales”.

Kendall (1992) utiliza la metáfora del “muñeco de trapo” para enseñarle al chico a aflojar sus grupos musculares y la de “inflar un globo y luego largar despacio el aire” para la respiración profunda.

Algunos niños serán proclives al uso complementario de técnicas de imaginación (que solemos favorecer aplicando la metáfora de una “tele mental” en la que el puede decidir lo que proyecta en la pantalla para tranquilizarse) y otros al uso temporario de la distracción y desfocalización perceptiva.

El siguiente paso en el entrenamiento en habilidades, consiste en la autodetección de imágenes y autoverbalizaciones disfuncionales.

Retomando la psicoeducación cognitivo-emocional, usualmente a través de viñetas o historietas, invitamos al niño a que llene los “globos de pensamiento” vacíos del personaje asustado, con los pensamientos típicos que se le suscitan en las situaciones- problema. Los niños más pequeños (6 años o menos) suelen reportar imágenes atemorizantes, antes que autoverbalizaciones. Estas también se pueden introducir en los “globos de pensamiento” vacíos para ser trabajadas.

A través de un cuestionamiento socrático simple, en donde invitamos al niño a comparar “lo que el había pensado que iba a pasar y lo que pasó” o “cuantas veces en realidad ocurrió lo que el había pensado” o “cómo se solucionó todo después” le demostramos que lo que en verdad lo asusta no son los acontecimientos en sí, sino lo que el piensa o imagina respecto a los mismos.

Llevarse algunas viñetas-registro al hogar, para ser completadas en momentos de temor o ansiedad, optimizan este ejercicio de auto-observación y distanciamiento. Los más pequeños pueden necesitar, para este menester, la ayuda y el refuerzo positivo de los padres.

A medida que el niño adquiere práctica, podemos complejizar la tarea agregando al registro otra viñeta en la que el personaje presenta una expresión relajada. De esta manera, habilitamos al paciente a que, después de reconocer el pensamiento automático disfuncional, reflexione acerca de formas alternativas para pensar la situación que lo afecta.

Otro punto importante destacado por Kendall (1992) en el entrenamiento en habilidades, consiste en la práctica del autorrefuerzo: el terapeuta debe modelar el uso de auto verbalizaciones en las que el niño se felicita a sí mismo en las situaciones en las que intentó afrontar implementando sus nuevas habilidades (“Lo hice bien”. “Buen intento”).

Algunos niños ansiosos pueden presentar, como parte del trastorno, una estructura de creencias injustamente crítica y/o estándares de éxito demasiado elevados. Es central en estas circunstancias promover la capacidad de premiarse a sí mismo por el esfuerzo y el éxito parcial. El niño ha de ser advertido que, cuando encara inicialmente un desafío complejo, una ejecución

perfecta no es lo esperado. La práctica graduada y el refuerzo positivo a cada paso ayudará al paciente a ganar confianza y una creciente sensación de competencia a través del tiempo (Kendall, Chu, Pimentel y Choudhury, 2000).

c) Exposición Graduada: Escalera del Valiente, Decatlón contra los Miedos

Una vez que hemos entrenado al niño en estrategias de afrontamiento adaptativas, podemos trabajar con la familia la exposición gradual a los estímulos atemorizantes (Kendall, Chu, Pimentel y Choudhury, op cit.). Para la confección lúdica de una jerarquía de situaciones ansiógenas, Kendall (1992), propone el uso de un "termómetro de los miedos", que gradúa en manera gráfica la intensidad de la activación emocional.

Con la ayuda del mismo, el paciente califica en unidades subjetivas de ansiedad, del uno al diez, los estímulos menos estresantes, pasando por grados intermedios, hasta llegar a aquellos que le provocan una activación emocional más intensa. En el trastorno por ansiedad de separación los gradientes suelen determinarse por variables como el tiempo y la distancia de separación respecto a los padres. En la fobia social por situaciones interpersonales en las que la aceptación es evaluada como más importante para el niño o en las que las habilidades sociales a implementar implican un mayor grado de exigencia. En el trastorno por ansiedad generalizada se tratan de situaciones y áreas diversas evaluadas como peligrosas: en la población infanto juvenil pueden abarcar dominios como el rechazo social, el peligro de enfermarse, el rendimiento académico, etc.

Con nuestra asistencia, el niño empareja las situaciones estresantes con una graduación del termómetro. Usualmente, resulta más fácil comenzar por "lo que más miedo te da" (grado diez en la escala) y "lo que solo te da poquito miedo pero que, con un poco de esfuerzo te animarías a enfrentar" (primer grado en la escala), para completar luego los gradientes intermedios.

Una vez que se completa la jerarquía, psicoeducamos al niño junto a la familia sobre los procesos de habituación y reestructuración cognitiva contingentes con la exposición gradual. Explicaciones didácticas y visuales como "las montañas de la preocupación, miedo o ansiedad" propuestas por Pinto Wagner (2003) suelen ser adecuadas para niños de 6 años en adelante.

A partir de las mismas, la autora traza la analogía entre el monto de ansiedad y la altura de una montaña: cuando comenzamos a subirla (es decir, a enfrentar el estímulo estresante) el trayecto es más costoso. Pero pasado un tiempo de exposición, comenzamos a bajar la montaña y el trayecto nos resulta más fácil, es decir, la ansiedad descende.

Así mismo, las subsiguientes veces que nos exponemos al mismo estresor, la "montaña de la ansiedad" nos resulta cada vez más pequeña.

Cuando estos conceptos quedaron claros, presentamos al niño otra metáfora para motivarlo en la exposición gradual: “la escalera del valiente” (Bunge, Gomar y Mandil, 2007), que consiste en una escalera dibujada con grandes números en los escalones.

A cada uno de los diez peldaños se empareja un paso de la jerarquía graduada.

Resulta notable como los niños incorporan nociones de avance y crecimiento a medida que “suben un escalón”. Con cada peldaño alcanzado en la jerarquía durante la semana, el terapeuta pedirá alborozado al paciente que se dibuje a sí mismo en el escalón correspondiente.

Con niños mayores podemos implementar una versión más compleja de la escalera, que adjunta a cada escalón un globo de pensamiento. En estos diez globos, el chico, antes de exponerse, puede escribir lo que teme que pase. Una vez que el niño ha realizado exitosamente la tarea, podrá contrastar su predicción catastrófica previa con los datos concretos provistos por la experiencia. De acuerdo a la narrativa preferencial del niño, el terapeuta puede reformular la jerarquía en términos de torneos y competencias: los “decatlones contra el miedo” o el “torneo de karate mental” han resultado adecuados en chicos con interés por el deporte.

Así mismo, junto al refuerzo simbólico que tales analogías proveen, suele ser conveniente congeniar, entre los padres y el niño, una serie de reforzadores concretos (juguetes, salidas, privilegios) correspondientes a un grupo de escalones alcanzados.

El uso de estas estrategias motivacionales propicia nuevos aprendizajes en el pequeño paciente y su grupo familiar.

d) Prevención de Recaídas y Finalización: La Entrega de Diplomas

Una vez que la jerarquía ha sido completada, podemos espaciar las entrevistas en pos de realizar un seguimiento. En esta fase se refuerzan los logros alcanzados y se anticipan posibles altibajos revisando las estrategias implementadas para sortear los obstáculos. Nuevamente, las metáforas deportivas suelen ser útiles en estas circunstancias: “la valentía es un músculo que hay que ejercitar continuamente, enfrentando lo que nos daba miedo”.

Cuando la mejoría se ha estabilizado, podemos celebrar la finalización del tratamiento entregando un diploma en el que se describen los éxitos del niño y las habilidades que le resultaron útiles para lograrlos. Recursos tecnológicos más modernos propician una versión actualizada de esta celebración: testimonios filmados o fotografías digitales a ser conservadas en el teléfono celular, constituyen potentes recordatorios del saludable estadio alcanzado.

De acuerdo a Epston y White (1998) , la finalización de la terapia puede oficiarse, de esta manera, como un “ritual social” a partir del cual los temores y otros síntomas pueden re-describirse como etapas superadas en el desarrollo vital.

4) Viñeta Clínica: Una Escalera para Madre e Hija

July, de 9 años, es traída a terapia por su madre Carolina (33). Esta plantea como motivo de consulta los miedos múltiples de su única hija, agravados por el hecho de que ella misma, desde la niñez había padecido un trastorno obsesivo compulsivo “del cual no se si estoy completamente curada, pero al cual enfrente todos los días”.

El padre biológico de la niña, Carlos (35), separado hacía 4 años de Carolina, coincide en señalar la presencia de miedos, preocupaciones y quejas en su hija “Pero pienso que la madre los alimenta mucho... les da demasiada importancia y la sobreprotege”

July, aunque no quiere entrar sin la madre al consultorio, impresiona por su locuacidad e inteligencia. Su reporte acerca de miedos y preocupaciones varios, al principio resulta abrumador. Para organizarlo, el terapeuta le proporciona varias viñetas con el dibujo de una niña con expresión preocupada y un “globo de pensamiento en blanco” para que ella lo llene con “las cosas en las que ella piensa y que le dan miedo”. Una versión organizada de las áreas reportadas incluye:

-Miedo a dormir sola porque podrían entrar ladrones. Por eso, necesita dormir con la madre.

-Preocupaciones referentes a su rendimiento escolar. Teme olvidarse lo estudiado en las pruebas y equivocarse cuando “pasa al frente a dar lección”

-Miedo a enfermarse. Debido al mismo, evita diversas situaciones y realiza consultas insistentes respecto al estado de los alimentos.

-Reporta ocasionales mareos y dolores de estómago, sin causas médicas verificables ni aparentes eventos desencadenantes. En esas circunstancias, necesita pedirle ayuda a la madre porque tiene miedo a enfermarse.

La administración a los padres y a la niña del SCARED, confirma puntuaciones considerables en las escalas concernientes a ansiedad de separación, y temores referentes a enfermedades.

Predominaban en el cuadro los temores y preocupaciones en grado de intensidad considerable, que referían a peligros variados, realistas pero poco probables.

Se le dió a la familia el diagnóstico presuntivo de Trastorno de Ansiedad Generalizada y se planteó la modalidad de tratamiento, que aceptaron a gusto.

En entrevistas con los padres se constató la presencia de los circuitos interactivos típicos que rodean al trastorno: pedidos de reaseguro y quejas constantes dirigidas especialmente a la madre, quien “sintiéndose culpable porque ella le transmitió sus temores a la hija” cumplía solícita. De hecho, Carolina discutía mucho con la familia debido a que, a criterio de las personas cercanas, “ella consentía a la niña y la enfermaba”.

Se normalizaron las preocupaciones a la madre y se procedió a desculpabilizarla: “Probablemente todos reaccionaríamos así ante el miedo de un hijito”. A la vez, se la co-responsabilizó, a futuro, respecto al trabajo en la resolución de las problemáticas: “Sin embargo, vos misma te das cuenta que, a medida que avance el tratamiento vamos a necesitar que no respondas tanto a las quejas de July y que refuerces todas sus actitudes orientadas a la autonomía y el afrontamiento adaptativo”. Con July, en la fase de entrenamiento procedimos a enseñarle técnicas de relajación “para que las uses cuando te sientas nerviosa, con miedo, mareada o con la pancita revuelta”, implementando las metáforas del “muñeco de trapo”, para que aprenda a distender sus grupos musculares y las del “campeonato de inflada de globos” para enseñarle un patrón de respiración rítmico y profundo. Se trabajó la psicoeducación respecto a la relación pensamiento-emoción-conducta con historietas, enfatizando el tipo de pensamientos catastróficos que la ponían ansiosa y como los pedidos de ayuda y llamados constantes a la madre mantenían los problemas.

Tanto July como la mamá coincidieron en que “teníamos que ver que tácticas la ayudaban a enfrentar los problemas sola como una señorita”

La niña eligió especialmente: “la respiración de los globos, pensar cosas más lindas cuando aparezcan pensamientos feos en los globitos de pensamiento y si me cuesta mucho, distraerme mirando tele.” Debido a que el autocuestionamiento cognitivo resultaba muy dificultoso para July elegimos una técnica simplificada de automonitoreo y reestructuración: cuando se presentase un miedo, iba a escribir en el globito de la viñeta el pensamiento atemorizante que le venía a la cabeza (ej: “me puedo enfermar si como algo viejo”), y luego iba a pensar otras alternativas y fijarse si le parecían, al menos, igualmente realistas que la atemorizante y la tranquilizaban (“no me voy a enfermar porque mamá se fija bien que cosas compra para la comida”).

Cuando estuvo preparada, con ayuda del “termómetro del miedo” y de dos “escaleras del valiente”, fuimos graduando los diferentes temores que se iba a animar a enfrentar:

Escalera de los miedos a enfermarse:

- 1-Tratar de controlar los mareos y los dolores de panza relajándome, con ayuda de mamá.*
- 2-Tratar de controlar los mareos y los dolores de panza relajándome, sin ayuda de mamá*

- 3-Comer la comida que me dan mis abuelos sin revisarla tanto.
- 4-Animarme a comer comidas que no conozco tanto: guisos, tartas
- 5- Animarme a jugar en lugares que estén un poco sucios (la alfombra, el piso).

Escalera de los miedos a hacer cosas sola:

- 1-Jugar sola en el living de mi casa mientras mamá está en su cuarto
- 2-Jugar sola en el comedor de la casa de mi papá
- 3-Lo mismo, en lo de los abuelos
- 4-Quedarme un rato sola a la noche en mi cuarto antes de ir a dormir.
- 5-Dormir sola con la luz prendida
- 6-Dormir sola con la luz apagada

Como le gustaba el programa “patito feo” y los personajes de “las divinas”, se fueron congeniando entre la niña y la madre premios acordes, a otorgarse a medida que avanzase en los escalones:

- Figuritas de patito feo*
- Guantes de las divinas*
- Ir al teatro a ver la obra*

Así mismo, se acordó con Carolina que mantuviese la firmeza aclarándole a su hija “que solo le podía hacer un llamado para tranquilizarse una vez por día cuando ella estaba en el trabajo, con la salvedad de algún caso de emergencia” y se utilizaron registros para que la madre evaluase los resultados de sus respuestas a los temores de la niña, a corto plazo y quince minutos después. Lo que la madre invariablemente verificó es que “Al principio, cuando no le doy bolilla, July se queja y llora. Después, a los quince minutos se tranquiliza sola”.

A medida que la niña fue avanzando en los escalones de la jerarquía, se fue ganando los premios pactados, y por supuesto, el refuerzo verbal de todos los familiares.

A las preocupaciones referentes al rendimiento escolar, la niña las fue combatiendo escribiendo sus autoverbalizaciones catastróficas en los globitos de pensamiento del dibujo de la niña asustada “No me voy a acordar nada cuando la maestra me pregunte” y generando alternativas más funcionales en los globitos de la niña tranquila “Casi siempre me acuerdo cuando estudio”.

Carolina también era reforzada terapéuticamente en su árdua tarea. Promover actitudes de afrontamiento autónomas por parte de July, había implicado rectificar algunos de sus supuestos más catastróficos respecto a su capacidad como madre.

Cuando la niña logró dormir sola con la luz del cuarto apagada, se le hizo entrega de un diploma que la acreditaba como “Miembro Honorario del Club de Enfrentadoras de Miedos”.

Al cierre del tratamiento, su madre manifestó: “Estoy muy agradecida. También yo puedo enfrentar mejor algunas cosas...creo que la terapia fue, en cierta medida, para ambas”.

5) Conclusiones:

A lo largo de este artículo hemos considerado el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños desde una perspectiva basada en la investigación.

Hemos seguido los lineamientos del protocolo de Kendall y cols., (1992; 1996; 2000; 2006), y a la vez hemos considerado el ajuste de las metáforas y recursos implementados al marco referencial del niño y su familia, en pos de promover su efectividad en los contextos de atención cotidianos. Desde esta perspectiva, los tratamientos basados en la evidencia proveen criterios estratégicos generales para un intercambio lúdico, singular y creativo entre el terapeuta, el niño y su familia. Dicha flexibilidad enriquece la alianza de trabajo, y por tanto, las probabilidades de éxito en nuestras intervenciones.

ⁱ El Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Trastorno por Estrés Post Traumático pediátricos no presentan la misma prevalencia en los motivos de consulta y su tratamiento requiere el seguimiento de protocolos específicos cuya revisión excede el propósito del presente artículo. Ver March y Mulle (1998); Knell y Ruma (1996) para más referencias.

Bibliografía:

Barrett, P., Dadds, M. y Rapee, R. (1996). Family Treatment of Childhood Anxiety: A Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.

Beck A. y Clark D. (1997). El Estado de la Cuestión en la Teoría y la Terapia Cognitiva. En I. Caro (Comp). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós.

-
- Bunge E., Gomar M. y Mandil J. (2007). Implementación de metáforas en la terapia cognitiva con niños. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3, 16, 239-249.
- Bunge E., Gomar M. y Mandil J. (2008). *Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Aportes Técnicos*. Buenos Aires: Akadia.
- Caputto I. (2001). *Mis Miedos y Yo*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Duncan B., Miller S. y Sparks J. (2007). Common Factors and the Uncommon Heroism of Youth. *Psychotherapy in Australia*. 2, 13, 34-43.
- Epston, D. y White, M. (1998). La Terminación como Rito de Pasaje: Preguntas para una Terapia de Inclusión, en R. Neimeyer y M.J. Mahoney (Comps). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Freeman J., Epston D. y Lobovits D. (2001). *Terapia Narrativa para Niños*. Barcelona: Paidós.
- Friedberg, R. y McClure, J. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents. The Nuts and Bolts*. New York: The Guilford Press.
- Kendall, P. (1992). *Coping Cat Workbook*. Ardmore. PA: Workbook Publishing.
- Kendall P. (2000). Guiding Theory for Therapy with Children and Adolescents. En P. Kendall (Comp). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive Behavioral Procedures*. New York: The Guildford Press.
- Kendall, P., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., y Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 177-198
- Kendall, P., Chu B., Pimentel S. y Choudhury M. (2000). Treating Anxiety Disorders in Youth. En P. Kendall (Comp). En P. Kendall (Comp). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive Behavioral Procedures*. New York: The Guildford Press.
- Kendall, P. y Hedtke, M. (2006). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual*. Third Edition. Ardmore. PA: Workbook Publishing.
- Knell, S., Ruma C. (1996). Play Therapy with a Sexually Abused Child. En M. Reinecke, F. Datillio y A. Freeman (Comps.). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. New York: The Guildford Press.
- Lambert, M. J.(1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Comps.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic.
- Levin, M., Ashmore Callahan S., Kendall P.y Ichii M. (1996). Treatment of Separation Anxiety Disorder. En M. Reinecke, F. Datillio y A. Freeman (Comps.). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. New York: The Guildford Press.
- March, J. y Mulle, K. (1998). *OCD in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

-
- Pinto Wagner, A. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 291-306.
- Semerari A. (2002). Déficit de Regulación Emocional. En A. Semerari (Comp.) *Psicoterapia Cognitiva del Paciente Grave. Metacognición y Relación Terapéutica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Shapiro, L. (2006). *La Inteligencia Emocional en los Niños*. Barcelona: Ediciones B.
- Stern, M. (2002). *Child Friendly Therapy. Biopsychosocial innovations for children and families*. New York: W.W. Norton & Company.
- White, M. (1994). *Guía para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa.