

TRABAJO FIN DE GRADO

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA
ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS
EN PRIMARIA

GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
SEVILLA



AUTORA: CRISTINA JIMÉNEZ ROMERO

TUTOR: DR. SALVADOR HERRERO REMUZGO



AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por apoyarme, ayudarme y darme toda la fuerza necesaria para cumplir mis objetivos.

A mi hermana, por darme esa maravillosa idea y apoyarme siempre.

A José Manuel, por haber sido mi apoyo incondicional durante todo este tiempo.

A mi tutor, Salvador, por haber depositado en mí su confianza y haberme guiado con buenos consejos en este proceso.

Sin vuestra ayuda y confianza no lo hubiese conseguido, os lo agradezco.

RESUMEN

Con el presente trabajo se pretende concienciar a todas las personas, sobre todo a los docentes, de que en las aulas de Educación Primaria existen, actualmente, unos elevados índices de ansiedad infantil que están afectando al ámbito personal y académico de los alumnos.

Se conocerá e investigarán los factores desencadenantes de la ansiedad en los infantiles y se hará hincapié en los factores que en el ámbito escolar influye en el aumento del nivel de ansiedad. Además, se averiguará si existen programas para reducir la ansiedad en la escuela.

Asimismo, se diseñará un programa para reducir el nivel de ansiedad en los alumnos de Educación Primaria, con la finalidad de favorecer a los docentes a la hora de intervenir en el aula.

Palabras clave: ansiedad, centro escolar, intervención, alumnos, programas.

ABSTRACT

The present work aims to raise awareness to all people, especially teachers, that in primary schools there are currently high rates of child anxiety that affect to personal and academic environment of the students.

We will study and investigate the triggers factors of anxiety in children, and we will emphasize in school related factors that increase the level of anxiety. In addition, we will find out if there are programs to reduce anxiety in school.

Furthermore, we will design a program to reduce the level of anxiety in primary education students, with the purpose of help teachers to intervene in classrooms.

Keywords: anxiety, school, to intervene, students, programs.

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN	9
2. OBJETIVOS	11
3. MARCO TEÓRICO	13
1. LA ANSIEDAD	13
2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA	14
3. TIPOS DE ANSIEDAD	15
4. FACTORES DESENCADENANTES DE LA ANSIEDAD EN LA ESCUELA.....	16
5. SINTOMATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD	17
6. TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD.....	19
6.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN	19
6.2 MUTISMO SELECTIVO	21
6.3 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	22
6.4 TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA.....	24
6.5 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.....	28
6.6 TRASTORNO DE PÁNICO	29
6.7 TRASTORNO POR HIPERSENSIBILIDAD SOCIAL EN LA INFANCIA	31
6.8 TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	31
7. ¿CÓMO INFLUYE LA ANSIEDAD EN LA ESCUELA?	34
8. TÉCNICAS Y PROGRAMAS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD	35
4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	39
1. Justificación	39
2. Objetivos	39
3. Contexto de intervención.....	40
4. Recursos Humanos	40

5. Temporalización/Plan de trabajo	41
6. Diseño del programa de intervención	41
7. Evaluación y seguimiento	58
5. CONCLUSIONES	61
6. BIBLIOGRAFÍA	63

1. JUSTIFICACIÓN

Actualmente es muy frecuente oír el término “ansiedad” en nuestra sociedad y sobre todo refiriéndose al ámbito escolar, tanto en niños/as de Educación Primaria como en niños/as de Educación Secundaria Obligatoria.

El centro escolar, en estos últimos años, se ve como un espacio que favorece diariamente a que aparezcan, entre 15 y 25 % de los sujetos escolarizados, un aumento en los niveles de ansiedad de los niños. Esta alteración influye negativamente en el aprendizaje de los alumnos debido a que genera un bajo rendimiento escolar. Sin embargo, la escuela es el lugar dónde los niños y niñas van a aprender, formarse para ser buenos críticos en un futuro y a obtener muchos valores positivos para ellos mismos.

El continuo aumento de los niveles de ansiedad en la escuela está ocasionando una gran problemática social, tanto que, en algunas ocasiones, se producen graves efectos en niños o niñas por no haberse dado cuenta de lo que les suceden ni mucho menos intervenido a tiempo. Por lo que un incremento de los niveles de ansiedad puede llegar a causar determinados Trastornos de Ansiedad y con estos un problema de salud importante en la población infantil.

En la mayoría de los centros esta situación parece pasar desapercibida, ¿qué fallará? No obstante, los medios de comunicación y expertos intentan dar voz a este asunto, puesto que es muy importante que la sociedad y, sobre todo, los miembros que pertenecen al contexto escolar tomen conciencia de este tema, puesto que cada vez es más común.

Ante esta problemática los docentes tenemos una labor muy importante como es descubrir e identificar las conductas ansiosas para así prevenir que los niveles de ansiedad en los alumnos aumenten, para que ello no desemboque en un trastorno. Esto parece ser que no se lleva del todo a la práctica, y en el supuesto caso de que ya no se pueda evitar a tiempo se tendría que intervenir para reducir la ansiedad en los escolarizados.

Los motivos fundamentales que nos han llevado al estudio y diseño del programa de intervención son la importancia que tiene en la actualidad esta problemática, poder reducir la ansiedad infantil a través de una intervención por parte de los docentes y ayudar a que los niños/as que sufren Trastorno de Ansiedad vean la luz en el túnel.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

2. OBJETIVOS

Dada la importancia que tiene en la actualidad la ansiedad en la vida de los escolares, se plantea como objetivo general de este trabajo es estudiar la ansiedad infantil para poder intervenir, a través de un programa de intervención, y reducir el nivel de ansiedad en los centros escolares. De este objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

- Saber identificar las conductas ansiosas.
- Conocer los factores desencadenantes de la ansiedad infantil en los centros escolares.
- Analizar cómo influye la ansiedad infantil en la escuela.
- Diseñar un programa para reducir la ansiedad en los escolares.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

3. MARCO TEÓRICO

1. LA ANSIEDAD

Todos los seres vivos llevan dentro de sí mismos un gran motor, el cual es las emociones. Por ello, todos son capaces de responder a una determinada situación que se les presenta expresando emociones aunque solamente un grupo de los seres vivos, concretamente los seres humanos, son conscientes de las reacciones emocionales. Por tanto, son los seres humanos los que conocen y saben distinguir las diferentes emociones que pueden experimentar y esto ocurre gracias a que son los que tienen sentimientos (Bisquerra et al., 2012).

Éstas son reacciones que surgen de forma automática en el organismo como respuesta a las diferentes situaciones a las que se enfrentan los individuos. Estas situaciones pueden ser en algunas ocasiones peligrosas o placenteras para el propio individuo. Existen multitud de emociones, de las cuales los seres humanos somos conscientes debido a que las sentimos, como por ejemplo el amor, la tristeza, la ira, etc. No obstante, existen otras de las que no tomamos conciencia como puede ser la ansiedad. Ésta es una emoción compleja, difícil en algunas ocasiones de percatarnos de que la sentimos, ya que se compone por emociones más básicas, como puede ser la preocupación y la irritabilidad (Ramírez, 2001; Sandín, 1997). Sin embargo, TenHouten (2007, citado por Bisquerra, 2009), a diferencia de los autores anteriores, defiende que la ansiedad es una emoción que surge por la combinación de dos emociones primarias como son, la anticipación y el miedo. Además, es experimentada por todas las personas en mayor o menor medida, sin diferenciar las edades ni las culturas. Así mismo, Rodríguez-Sacristán (2009) describe la ansiedad como “un sentimiento universal que se da en todas las edades y en todas las razas y lugares”. (p. 183)

Debido a la dificultad de percatarnos de la existencia de esta emoción, muchas personas piensan que no es muy común. Pero, por el contrario, los trastornos de ansiedad son las alteraciones psicopatológicas más diagnosticados durante la infancia y por tanto los más frecuentes, con una prevalencia que oscila entre el 15-25%. De tal manera que actualmente es uno de los problemas de la salud más importante en la población infanto-juvenil (López et al., 2010; Sánchez, 2011). No obstante, Kashani y Orvaschel (1990, citado por Echeburúa y De Corral, 2009) ya afirmaban que el índice de prevalencia se situaba alrededor del 18%.

Respecto a los diferentes trastornos existentes de la ansiedad, Echeburúa y De Corral (2009) aclaran que los de mayor prevalencia en la población infantil es el Trastorno de Ansiedad por Separación, al que le seguiría el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el menos frecuente el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Sin embargo, los trastornos más frecuentes, siguiendo a estos autores, son los Trastornos Fóbicos, es decir, las fobias específicas, la fobia escolar y la fobia social.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA

La ansiedad infantil es definida como una *“vivencia displacentera que generalmente ocurre como respuesta a situaciones de amenaza, reales o imaginarias, expresada a través de síntomas físicos o psíquicos que tienen una función defensiva ante la experiencia de amenaza”* (Rodríguez-Sacristán, 2009, p. 183) Así, podemos decir que la ansiedad es una emoción normal que, como anteriormente hemos comentado, la experimentan todas las personas, ya que es uno de los mecanismos de defensa de los individuos ante circunstancias del entorno, que aparecen como nuevas, amenazantes o de sorpresa.

Siguiendo la misma línea, Echeburúa (2009) expresa la ansiedad como una reacción que todos los seres humanos damos ante situaciones de amenazas, que pueden ser reales o irreales, es decir, como una respuesta normal y adaptativa.

En este mismo sentido Sandín (1997) alude al término ansiedad y además añade que la ansiedad tiene sentido anticipatorio, es decir, posee la capacidad de anticipar al propio individuo ante un peligro o amenaza. Por tanto, este autor defiende que la ansiedad se trata de una reacción emocional, de naturaleza anticipatoria y con propósito adaptativo, es decir, su finalidad es adaptar al individuo ante las situaciones que resultan amenazantes o estresantes para éste mismo con el fin de conseguir resolverlas de forma eficaz.

Basándonos en la información obtenida de estos tres autores se podría entender la ansiedad como la respuesta emocional, anticipatoria y adaptativa que da el organismo ante las situaciones que los individuos experimentan como peligrosas o amenazantes, y que pueden ser real o imaginaria.

Sin embargo, existen varios conceptos, como son *angustia*, *estrés* y *miedo*, que se acercan a la definición de ansiedad y que nos puede crear confusión terminológica. Esta confusión aparece debido a que los tres conceptos mencionados se construyen a partir de la ansiedad, por ello son expresiones que a veces se usan para referirnos a la ansiedad (Rodríguez-Sacristán, 2009).

La *angustia* es un vocablo muy utilizado en la psicopatología clásica que alude a la vivencia de opresión, de agobio, de angostamiento que experimenta una persona caracterizado por un sentimiento inmotivado que no necesita acompañarse de objeto amenazante concreto y a veces con sentido anticipatorio (Rodríguez-Sacristán, 2009). Hace años se aludía al término angustia como ansiedad y se definía como *“un estado afectivo penoso, en relación ya sea con una situación traumatizante actual, ya con el temor de un peligro vinculado a un objeto indeterminado”* (Puyuelo, 1984, p. 17).

Otro de los términos que es muy utilizado actualmente para referirnos a la ansiedad es *estrés* y además puede entenderse de dos maneras distintas. El primer significado hace referencia a la reacción del organismo ante situaciones que generan ansiedad, es decir, el estrés como una forma de defensa de nuestro cuerpo. Y el segundo significado es la consideración del estrés como fuente de ansiedad, es decir, cuando ciertas situaciones normales desencadenan ansiedad en el individuo (Rodríguez-Sacristán, 2009).

También con el término *miedo* se hace referencia a la reacción o sentimiento desagradable ante situaciones de peligro. Por lo tanto, los miedos son respuestas instintivas, es decir, sin un previo aprendizaje, y su objetivo principal es proteger de los peligros a los individuos. (Echeburúa y De Corral, 2009). Según Moreno (2013), el miedo es la respuesta de defensa más primitiva debido a que aparece no solamente en los seres humanos sino en la mayoría de las especies animales. El miedo tiene una función protectora, pues nos protege de los peligros que observamos diariamente.

Este autor, Moreno (2013), también destaca que la diferencia principal entre miedo y ansiedad es que el miedo aparece cuando existe una situación que desencadena esta propia emoción y, sin embargo, la ansiedad se presenta tanto si se dan estímulos desencadenantes como sin que éstos existan. Por tanto, el autor expone la ansiedad como una emoción que se dirige al futuro, anticipando amenazas que podrían ocurrir o no. (p. 45)

Del mismo modo, la DSM-5 (APA, 2014) define *miedo* como una respuesta emocional ante una amenaza que está a punto de suceder, que puede ser real o irreal, y *ansiedad* como una respuesta anticipatoria ante una amenaza futura. Ambos conceptos coinciden, aunque se observan algunas diferencias entre ellos. El miedo se asocia a accesos de activación automática necesarios para la defensa del organismo, mientras que la ansiedad está asociada con la tensión muscular y la alerta a peligros futuros.

3. TIPOS DE ANSIEDAD

Existen diferentes criterios para clasificar los tipos de ansiedad que se pueden presentar en los individuos. Dos de los criterios más importantes para definir la ansiedad son el criterio de normalidad y el de personalidad.

Siguiendo el criterio de normalidad se puede distinguir dos subtipos de ansiedad, estos son ansiedad normal y patológica (Rodríguez-Sacristán, 2009). La ansiedad normal es un estado emocional de tensión que surge ante un determinado estímulo, ya sea positivo o negativo, y que al ser superado proporciona al individuo estrategias y habilidades de afrontamiento. Sin embargo, si el individuo usa unas respuestas anteriormente aprendidas (fisiológicas, motoras y de pensamiento) para hacer frente a un estímulo, éste nunca será superado y no conseguirá adquirir las habilidades de afrontamiento. Este comportamiento hará que se mantenga la ansiedad, o incluso que vaya en aumento. Por eso mismo, la ansiedad será patológica cuando el propio individuo no pueda superarla y a su vez le haga sufrir, y cuando persista más de los períodos de desarrollo apropiado del individuo (Aires, 2015).

Un ejemplo claro para saber diferenciar lo normal de lo patológico puede ser el siguiente: cuando un niño en su infancia tiene miedo a la oscuridad, se sabe que es un comportamiento natural y que además forma parte de su desarrollo evolutivo y por tanto será transitorio. Pero en el caso de que este miedo siga persistiendo conforme pasen los años y no consiga superarse, éste sería una patología.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

La diferencia entre la ansiedad normal y la patológica en los infantiles no está tan clara como en los adultos. Por esta razón, para determinar claramente si existe patología o no, es imprescindible conocer los comportamientos comunes que forman parte de la vida cotidiana de los niños y en los que influye, de alguna forma, la ansiedad. No obstante, esas conductas no tienen por qué acabar siendo un tipo de patología ansiógena (Aires, 2015). Algunas de las conductas infantiles en las que intervienen la ansiedad como base son miedos infantiles, sentimientos de soledad, vergüenza y culpabilidad, timidez infantil, tartamudez y mutismo, inquietud y agresividad (Rodríguez-Sacristán, 2009).

Por lado, el criterio de personalidad atiende a las formas de la ansiedad, distinguiendo así dos tipos de ansiedad: rasgo y estado. La ansiedad rasgo es cuando la ansiedad es una característica propia de la personalidad de un individuo, es decir, cuando un sujeto tiene una conducta ansiosa más o menos estable. Las personas que poseen una conducta más ansiosa son las más vulnerables y las que mayor probabilidad tiene de sufrir una patología. Mientras que la ansiedad estado es cuando la ansiedad se convierte en un el estado permanente de un sujeto, de tal modo que la ansiedad se mantiene en la vida de un sujeto (Rodríguez-Sacristán, 2009).

4. FACTORES DESENCADENANTES DE LA ANSIEDAD EN LA ESCUELA

A todo individuo se le puede presentar, en mayor o menor medida, una serie de factores de riesgo para el padecimiento de los trastornos de ansiedad. Además, si a estos factores se les suman otros que puedan desencadenar la ansiedad, como por ejemplo la escuela, será más probable que se desarrolle cualquier trastorno de ansiedad. Esto es lo que afirma el modelo causal de vulnerabilidad-estrés, criterio por el cual se explica los trastornos de ansiedad (Aires, 2015).

Siguiendo a Aires (2015), algunos de los factores de riesgo de la ansiedad, concretamente por los que el individuo se encuentra formado y rodeado, son la genética, el temperamento, los estilos parentales, los aprendizajes, los acontecimientos vitales estresantes y los ambientes sociales desfavorables.

Por un lado, los factores genéticos, aunque se desconoce la importancia que tienen, se sabe que podría originar perfectamente ciertos trastornos debido a la herencia genética. Por otro lado, el temperamento, y con ello la personalidad, también es un factor muy importante, pues se le considera como una de las bases para desarrollar un trastorno de ansiedad. Por lo que, si existe inestabilidad emocional en el individuo, habrá más probabilidad de que se desarrolle un trastorno de ansiedad.

Otro de los factores, los estilos parentales o lo que es lo mismo los estilos de enseñanza, tanto en el ámbito afectivo como en el educativo, pueden afectar en cierto modo a padecer un trastorno de ansiedad. Pues si los padres se centran en un estilo de sobreprotección, los niños probablemente, y más si existen otros factores causantes, desarrollen el Trastorno de Ansiedad por Separación.

Asimismo, con el aprendizaje, como otro factor más, nos referimos a lo que los niños aprenden de sus figuras ejemplares, que por ejemplo puede ser algún que otro miedo específico que tienen los padres y que influye en su conducta.

También, tanto los acontecimientos vitales estresantes (miedos, experiencias, acontecimientos aterrorizados, problemas familiares, etc.) como los ambientes sociales desfavorables (los problemas económicos en el seno familiar, las separaciones, los problemas de salud, etc.) son factores que pueden influir en el desarrollo de cualquier trastorno de ansiedad. Pues si un niño se encuentra rodeado por un clima inseguro lo más probable es que esto sea un factor de riesgo para desarrollar un trastorno.

Ahora bien, hoy día, sabemos que el contexto educativo, es decir, tanto el centro escolar como el aula en sí, es un escenario clave y vulnerable en el sentido de que puede facilitar y, a su vez, incrementar la dificultad de aprendizaje del alumnado.

Por tanto, sería conveniente tener constancia de los factores que desencadenan la ansiedad en el centro educativo con la finalidad de prevenir que la ansiedad afecte al desarrollo personal y al proceso de aprendizaje de los alumnos. Algunos de los factores desencadenantes en la escuela son: las burlas de cualquier compañero, la opinión de los demás, el rechazo por los demás a causa de tener una necesidad educativa o por ser diferente, el miedo a ser regañado por parte de cualquier miembro de la organización del centro, la presión existente en la parte académica como por ejemplo las evaluaciones a través de exámenes, las exposiciones, la preocupación excesiva del niño por su familia, hablar en público o leer en voz alta, hablar con personas que representan la autoridad, competir por las calificaciones académicas, el rendimiento académico, el temor a accidentes, etc. Del mismo modo, los docentes también pueden desencadenar esta problemática a través de la sobreestimación de unos alumnos frente a la subestimación de otros (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999; Echeburúa y De Corral, 2009; Fernandes y Silveira, 2012; Jadue, 2001; Salaníc González, 2014).

No obstante, no se sabe a ciencia cierta cuáles son los factores claves desencadenantes de la ansiedad, aunque se intuye que ocurre como una interacción conjunta de todos los factores citados anteriormente.

5. SINTOMATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

La ansiedad infantil se puede manifestar de diversas formas en el organismo, concretamente a través de síntomas somáticos y/o síntomas psicofisiológicos o psíquicos. Estos síntomas pueden darse por separados o a la vez, incluso de forma desigual y con diferente intensidad (Aires, 2015; Rodríguez-Sacristán, 2009).

La forma y la intensidad en la que aparecen los síntomas son diferentes en cada niño debido a que no todos son iguales, es decir, no todos tienen las mismas características personales, edad, estilo afectivo en la familia, estilo educativo, etc. (Aires, 2015). De todas estas variables, una de las que hay que destacar es la edad, pues hay síntomas que

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

afectan, en mayor o menor medida, en ciertas edades. Conforme a Rodríguez-Sacristán (2009), los síntomas como los suspiros, las disneas, las taquicardias determinan un estado de ansiedad propio de los adolescentes mientras que los temblores, los mareos, las parálisis de los miembros y las hiperestesias son síntomas que señala el estado de ansiedad en niños a partir de los diez años. Igualmente existen unos síntomas característicos de la ansiedad en infantiles como son las pesadillas y los terrores nocturnos. Por tanto, la ansiedad se expresará a través de unos síntomas u otros en función de las variables o factores que definen e influyen a cada niño (Aires, 2015).

Tabla 5.1

Síntomas de la ansiedad

Síntomas de expresión somática	Aparato cardiovascular	Taquicardia y arritmias.
	Aparato respiratorio	Disneas, hiperventilación, apnea, suspiros.
	Aparato digestivo	Vómitos, disfagia, sensación de bolo, “pellizco en el estómago”, dolores de “barriga” e intestinales, diarreas, náuseas, etc.
	Sistema nervioso central	Mareos, parestesias, temblores, sensación de vértigo, hiperestesias, convulsiones, cefaleas, desvanecimiento, etc.
	Sistema osteoarticular	Parálisis, distonías e hipertonías.
	Piel	Palidez, enrojecimiento y sudoración.
Síntomas de expresión psíquica	Sentimientos de culpa, ideas obsesivas, sentimientos de vergüenza, sentimientos de soledad, quejas hipocondríacas, tartamudez, mutismo o locuacidad.	
	Miedos, fobias, cólera, dependencia, conducta tímida y huidiza.	
	Inseguridad, sentimiento de inferioridad, hipersensibilidad, inquietud, agresividad, hiperactividad o rituales.	

FUENTE: Aires, 2015, p. 144.

Atendiendo a la clasificación de Aires (2015) (tabla 5.1), se puede observar que realmente todos los sistemas y órganos afectados por los síntomas somáticos se ven perjudicados por la ansiedad. Incluso en algunos de ellos como, por ejemplo, en el aparato digestivo o en el sistema nervioso las manifestaciones son abundantes y diversas con respecto a otros. Además, los síntomas de carácter psíquicos son, al igual que los síntomas de expresión somática, muy variados. La diferencia entre ambos síntomas se encuentra en que afectan a diferentes áreas del individuo, pudiendo perjudicar los de expresión psíquica al lenguaje, a la percepción de sí mismo, a las

habilidades de relación o a la conducta motora, mientras que los somáticos afectan al cuerpo (Aires, 2015; Rodríguez-Sacristán, 2009).

Asimismo, Rodríguez Martínez (2014, citado por Aires, 2015) añade otros síntomas, a parte de los citados anteriormente, como pueden ser los pensamientos negativos, catastrofistas y autoreferenciales.

6. TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son problemas de salud, cuyo síntoma principal es la ansiedad persistente e intensa, que perjudican a los distintos aspectos cotidianos de un individuo, como puede ser la dificultad para concentrarse en los estudios, relacionarse con los demás, etc.

La persistencia de los trastornos puede verse agravada si no se tratan a tiempo, pudiendo persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiado (APA, 2014).

Se pueden distinguir varios trastornos en la infancia, aunque los que más frecuentes en edades tempranas son Trastorno de Ansiedad por Separación, Mutismo Selectivo, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad Fóbica (fobia específica, fobia social y fobia escolar), Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno de Pánico, Trastorno por Hipersensibilidad Social en la Infancia y Trastorno de Estrés Postraumático. Estos trastornos se diferencian entre sí por el tipo de objetos o situaciones que provocan el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y por la cognición asociada.

Según Ballespí (2014), los trastornos de ansiedad que más prevalecen en la infancia son varios el Trastorno de Ansiedad por Separación y el Trastorno por Ansiedad Generalizada.

6.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

Para entender el Trastorno de Ansiedad por Separación (a partir de ahora TAS) primero tenemos que tener en cuenta la ansiedad por la separación evolutiva y la conducta de apego, las cuales, en ciertas edades es normal, necesaria y adaptativa. En otras palabras, la ansiedad en este trastorno aparece cuando un niño se separa de sus figuras de apego, es decir, de las personas a las que el niño considera figuras protectoras y de supervivencia y, asimismo, tienen un lazo afectivo en común (Ballespí, 2014).

Por lo tanto, el TAS es una alteración del comportamiento normal de la conducta de apego y consiste en un miedo excesivo ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado, ya sea en situaciones reales como en situaciones imaginarias o anticipatorias (APA, 2014, p. 191; Ballespí, 2014, p. 358).

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

Basándonos en Aires (2015), los síntomas principales del TAS en la infancia (tabla 6.1) son: la preocupación o malestar excesivo al separarse del hogar o de las personas de apego, el miedo a perder a los padres o a que les suceda a éstos algo malo, la resistencia a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a alejarse del hogar o de sus seres queridos, asimismo, a estar solos, y el último que hay que señalar, es la presencia de continuas pesadillas reiteradas con contenidos de raptos, accidentes o pérdidas.

TABLA 6.1

Criterios diagnósticos DSM-5 del trastorno de ansiedad por separación (TAS)

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro autista, delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

FUENTE: APA, 2014, pp. 190-191.

Las manifestaciones se pueden presentar en el sujeto a cualquier edad. De este modo, en los niños pequeños serán más frecuente las pesadillas y no llegan a mostrar ni preocupación ni ansiedad anticipatoria. No obstante, conforme va aumentando la edad de los niños van a surgir más preocupaciones concretas y miedos anticipatorios. Y por otra parte, los adolescentes presentarán la ansiedad con antelación a la situación, y se distinguen de los anteriores por mostrar un mayor número de quejas somáticas (Ballespí, 2014).

Respecto a la edad de origen, cabe decir que la edad más frecuente en la que aparece este trastorno es de 6 a 12 años, es decir, en la edad escolar, siendo el porcentaje de prevalencia de un 4%. Asimismo, se puede manifestar en edades más tempranas, de 3 a 5 años, pero la edad menos frecuente y su vez menos común es en los adolescentes, de 13 a 18 años, y en la etapa adulta (Ballespí, 2014).

Por otro lado, centrándonos en el género, ambos tienen la misma frecuencia, aunque si nos detenemos a estudiar la población general se puede observar que es más frecuente que se dé en las mujeres (APA, 2014; Echeburúa y Corral, 2009).

Este trastorno puede ser causado por alguno de los dos factores que existe o incluso por ambos, es decir, por un factor ambiental, tras un estrés vital o una pérdida especial e incluso por una sobreprotección parental en el hogar o/y genético, siendo por herencia.

6.2 MUTISMO SELECTIVO

El mutismo selectivo infantil se caracteriza por no iniciar conversaciones o por no responder recíprocamente cuando les hablan otras personas, en definitiva, le cuesta mantener interacciones sociales. Esta falta de comunicación puede tener consecuencias significativas en el ámbito académico en el caso de los niños, o laboral en los adultos. Normalmente, la falta de discurso se produce con adultos o iguales, puesto que en el ámbito familiar estos niños suelen hablar (Aires, 2015; APA, 2014).

Es un trastorno que suele estar marcado por una elevada ansiedad social y que se inicia antes de los 5 años, aunque puede dar su cara cuando el sujeto comienza a ir al centro escolar. No es un trastorno muy frecuente en la sociedad, aunque dentro de su reducida prevalencia se manifiesta menos en los adolescentes y los adultos que en niños pequeños, por lo cual es más frecuente en los infantiles (APA, 2014).

Los niños con mutismo selectivo presentan una serie de síntomas diagnósticos, según la DSM-5 (APA, 2014), y que se muestran a continuación (tabla 6.2). Éstos son apoyados y complementados por síntomas como la timidez excesiva, el miedo a la humillación social, aislamiento y retraimiento social, también el miedo a "apegarse" a otros, rasgos compulsivos, negativismo y pataletas o comportamiento controlador o negativista, en especial en sus casas.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

Estos niños sufren y a su vez presentan dificultades en las escuelas, ya que la comunicación en la escuela es un elemento clave y diario. A veces, ellos deciden comunicarse a través de estrategias no verbales como por ejemplo señalando o haciendo ruidos sonidos (Aires, 2015).

TABLA 6.2

Criterios diagnósticos DSM-5 del mutismo selectivo

- A. Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social.
- C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D. El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

FUENTE: APA, 2014, p. 195.

6.3 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (a partir de ahora TAG) se define como una ansiedad y preocupación excesiva, anticipada ante ciertos acontecimientos, incontrolable, duradera y reiterativa, referida a diversas situaciones que el sujeto percibe con cierta dificultad para controlarlas (APA, 2014; Balleespí, 2014).

Los niños con TAG suelen ser niños inhibidos e inseguros de sí mismos, muy complacientes, perfeccionistas, pues constantemente están en sufrimiento o preocupación a causa de sus ejecuciones pasadas, o calidad de desempeño, o por la precaución por el futuro, como consecuencia del juicio de los demás (Aires, 2015; APA, 2014; Balleespí, 2014; Echeburúa y De Corral, 2009).

Algunos de los factores de riesgo para desarrollar este trastorno son el temperamento, normalmente ansioso, la genética, es decir, la herencia, y la sobreprotección parental (APA, 2014).

Ahora bien, respecto a los síntomas característicos del TAG, podemos señalar que el síntoma principal es la preocupación múltiple y variable, a través de la cual los sujetos infantiles experimentan síntomas somáticos como son las quejas somáticas (dolor de cabeza o estómago, fatiga, diarreas, temblores, sudoración, etc.). Estos síntomas somáticos manifestados por los niños surgen a modo de expresión lingüística, es decir,

como consecuencia a la baja capacidad que tienen para expresar lo que sienten mediante el uso del lenguaje. Por tanto, cuanto menor es la capacidad para expresar el malestar, mayor será la probabilidad de que se den los síntomas somáticos (Ballespí, 2014). Además, también se pueden manifestar a través de alteraciones en el sueño o problemas para dormir, la tensión muscular, la dificultad para concentrarse, el nerviosismo, pueden entorpecer a la hora de realizar tareas, tanto en la escuela como en el entorno familiar, dado que éstas ocupan tiempo, energía y espacio en la mente (APA, 2015; Ballespí, 2014).

A continuación, se pueden observar algunos de los criterios de diagnósticos según la DSM-5 (tabla 6.3), y además algunos de ellos se han contemplado anteriormente como manifestaciones principales de este trastorno infantil (APA, 2014).

TABLA 6.3

Criterios diagnósticos DSM-5 de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

FUENTE: APA, 2014, p. 222.

Por consiguiente, refiriéndonos a la prevalencia de este tipo de trastorno, siguiendo a algunos autores, se puede decir que es el segundo más prevalente en los infantiles (Ballespí, 2014; Echeburúa y de Corral, 2009).

En cuanto a la diferencia de género, ésta depende de la edad, pues en la infancia el género más prevalente es el masculino frente al femenino, mientras que en la adolescencia y adultez es más frecuente en mujeres (APA, 2014; Ballespí, 2014, citado por Ezpeleta, 2005).

Por otro lado, haciendo hincapié en la edad, los niños que padecen este trastorno tienen una edad media de 13 años, aunque la iniciación del TAG puede darse a partir de los 10 años (Beidel y Alfano, 2011, citado por Ballespí 2014; Echeburúa y Corral, 2009). La proporción del TAG en edad escolar, según el estudio reciente de Kertz y Woodruff-Borden (citado por Ballespí, 2014) se encuentra entre el 0,16 y el 8,8%.

6.4 TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA

Los Trastornos de Ansiedad Fóbica se pueden clasificar en tres tipos: fobia específica, trastorno de evitación escolar o fobia escolar y fobia social o, lo que es lo mismo, trastorno de ansiedad social. La diferencia de estos trastornos, como se puede intuir, se encuentra en el tipo de miedo experimentado.

La presencia de miedos es muy habitual que aparezca durante el desarrollo de los niños. Estos miedos infantiles suelen ir desapareciendo conforme los niños van creciendo. No obstante, cuando el miedo se manifiesta de forma persistente y recurrente con elevada intensidad, y a su vez, dejando de cumplir su función adaptativa y comenzando así a interferir en el funcionamiento del niño, significa que ya pasa a ser patológico. Así pues, ya se hablaría de fobias específicas y no de miedos, de manera que una fobia se define como un temor intenso o miedo irracional ante determinadas situaciones o estímulos, las cuales se acompañan de una evitación del estímulo fóbico (escape o huida) y, asimismo, cambia el funcionamiento diario (Aires, 2015; Lera y Medrano, 2014).

Los agentes fóbicos se pueden clasificar en cinco categorías, según la DSM-5 (APA, 2014), que son: animales, entornos naturales o ambientales, sangre-inyección-herida, situacionales y una última que recoge el resto de temores. Cabe decir, que algún que otro autor, considera el temor a pruebas o exámenes, algo muy reciente, como un subtipo más de fobia específica.

Las fobias más habituales en niños y adolescentes son el temor a la sangre-inyecciones-daño, a los animales, al agua, a las tormentas, a estar solos, a la oscuridad y a las alturas.

Actualmente, sería conveniente hacer un estudio para investigar si los exámenes son también un tipo de agentes fóbicos (Lera y Medrano, 2014). En la DSM-5 (APA, 2014), se pueden observar los criterios de diagnóstico, algunos de los cuales ya han sido comentados anteriormente (tabla 6.4).

TABLA 6.4

Criterios diagnósticos DSM-5 de fobia específica

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse.
- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si: codificar basándose en el estímulo fóbico:

- Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)
- Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)
- Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)
- Situacional (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados)
- Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados)

FUENTE: APA, 2014, pp. 197-198.

Las Fobias Específicas suelen desarrollarse en la primera infancia, entre los 6 y los 11 años, con una edad media de 10 años (APA, 2014; Lera y Medrano, 2014). La prevalencia en los infantiles, según el estudio de Vasey y Ollendick (citado por Lera y Medrano, 2014), es de entre un 2,4% y un 9,2%.

Por otro lado, la Fobia Social, o Trastorno de Ansiedad Social, se presenta cuando los niños tienen una excesiva ansiedad o miedo persistente e intenso ante las situaciones

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

sociales en las que el sujeto se ve analizado por los demás, incluso por los de su misma edad (APA, 2014; Olivares-Olivares, Olivares y Macià, 2014). Estos sujetos se ven analizados en el sentido de que su respuesta o forma de actuar puede ser valorada de forma negativa o rara por las demás personas o compañeros. Por lo tanto, estos niños temen a realizar actividades en público como por ejemplo hablar, comer, escribir en público, etc.

Esta fobia puede ser un factor de riesgo para la escuela, pues como consecuencia pueden verse abandonado los estudios escolares debido a que un aspecto importante en la escuela es el desarrollo de la comunicación y de habilidades sociales (Ruiz y Lago, 2005, citado por Aires, 2015, p. 148).

Los niños que han desarrollado este trastorno pueden mostrar conductas como pueden ser timidez, incapacidad para hablar ante situaciones sociales, mostrar el miedo a través del llanto, rabietas, vergüenza, etc. No obstante, la fobia social no se da solamente cuando el miedo ocurre ocasionalmente, o cuando el tipo y la intensidad varían ante una situación, sino que para su diagnóstico se han establecido una serie de criterios, que podemos encontrarlos (tabla 6.5) recogidos en la DSM-5 (Aires, 2015; APA, 2014).

TABLA 6.5

Criterios diagnósticos DSM-5 de fobia social o ansiedad social

- | |
|---|
| <p>A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).</p> <p>B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).</p> <p>C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.</p> <p>D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.</p> <p>E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.</p> <p>F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.</p> <p>G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.</p> <p>I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.</p> |
|---|

J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

FUENTE: APA, 2014, pp. 202-203.

Las fobias sociales pueden dar comienzo desde los 8 años hasta la edad adulta, debido a que este tipo de fobia es progresiva a edades temprana, pudiendo llegar hasta la adolescencia, entre los 15 y los 17 años. Sin embargo, a partir de esas edades, en concreto a partir de los 25 años, es difícil encontrarlos con este tipo de trastorno fóbico (Olivares-Olivares, Olivares y Macià, 2014).

El porcentaje de edad respecto a miedos sociales y preocupación, según Beidel y Turner (2005, citado por Olivares-Olivares, Olivares y Macià, 2014) es mayor en la adolescencia (a los 12 años se muestra un 45% y a los 17 años un aumento de 55%, esto en miedos y en preocupación aumentan ambos a un 67%) que en la infancia (a los 8 años un 20% en miedos sociales y en preocupación aumenta a un 38%) pero esto no quiere decir que sea menos importante, sino al contrario.

Otro trastorno fóbico que se puede desarrollar es el Trastorno de Evitación Escolar o, también llamado Fobia Escolar, aunque si seguimos la DSM-5 (APA, 2014) no se considera como un trastorno de ansiedad. Actualmente, se le reconoce como una problemática muy presente en el ámbito escolar, y esto se puede observar a través del absentismo escolar.

Se define, según Ruiz y Lago (2005, citado por Aires, 2015), como un temor irracional a la escuela que provoca el absentismo a la clase, total o parcial. Estos niños muestran el miedo de forma directa, y lo más frecuente es que se manifieste no yendo al centro escolar, por la presencia de síntomas físicos que parecen ser enfermedades que les imposibilitan ir, por ejemplo, dolor de cabeza, náuseas, dolores abdominales, etc. Asimismo, esta fobia se puede desarrollar debido a ciertas circunstancias o situaciones que ocurren en el centro escolar, las cuales pueden ser por: fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad por separación, acoso escolar o bullying.

Suele comenzar a observarse en niños entre 5-15 años de edad, aunque sobre todo afecta a niños entre 11-14 años e incluyendo a ambos sexos por igual. Al comienzo, se puede simular con cualquier enfermedad o incluso puede ser que coexista con la fobia escolar. Para dar un diagnóstico claro y seguro sería conveniente observar todos los días de la semana, es decir, incluyendo los fines de semanas, y las vacaciones escolares (Aires, 2015).

6.5 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Siguiendo la DSM-5 (APA, 2014) actual, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo es considerado como una entidad independiente al trastorno de ansiedad por su carácter específico (tabla 6.6).

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (a partir de ahora TOC) tiene como característica principal la presencia de dos síntomas específicos, que son las obsesiones y las compulsiones. Las obsesiones son pensamientos o imágenes recurrentes de carácter irracional, que aparecen de forma involuntaria e incontrolable, ocasionando así un miedo permanente y a su vez un alto nivel de ansiedad. Mientras que las compulsiones son comportamientos, rituales o actos mentales repetitivos y estereotipados que tienen como finalidad disminuir la ansiedad ocasionada por el síntoma anterior. Ahora bien, en el caso de los infantiles es más habitual que tengan más compulsiones que obsesiones, diferente a los adultos, pues éstos presentan ambos síntomas (Aires, 2015).

Respecto a la edad de inicio, en los varones se desarrolla entre los 6-15 años y en las mujeres entre los 20-29 años (Cárdenas et al., 2010).

TABLA 6.6

Criterios diagnósticos DSM-5 de trastorno obsesivo-compulsivo

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

Especificar si:

7. Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no.
8. Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.
9. Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

10. El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics

FUENTE: APA, 2014, p. 237.

6.6 TRASTORNO DE PÁNICO

El Trastorno de Pánico se caracteriza por la presencia continua de ataques de pánico imprevisto. Para entender dicho trastorno debemos tener claro qué son los ataques de pánico. Según la DSM-5 (APA, 2014) un ataque es “una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso”. La duración de cada ataque puede ser de minutos y en

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

algunas ocasiones de horas, pero es menos común. Los ataques suelen ir acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos, los cuales se pueden observar a continuación (tabla 6.7) (Aires, 2015; APA, 2014).

A pesar de no haber datos de prevalencia, la APA (2014) apunta que este trastorno es observable en los menores de 14 años y mayormente en las niñas.

TABLA 6.7

Criterios diagnósticos DSM-5 de trastorno de pánico

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de "volverse loco".
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco").
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación)

FUENTE: APA, 2014, pp. 208-209.

6.7 TRASTORNO POR HIPERSENSIBILIDAD SOCIAL EN LA INFANCIA

Normalmente, el Trastorno por Hipersensibilidad Social en la Infancia se da al inicio de la escolarización, comenzando cuando desaparece la ansiedad ante los extraños, o sea a partir de los dos años y medio en general.

Este trastorno tiene un síntoma característico que consiste en evitar el contacto con personas desconocidas, causando así en el niño la incapacidad de hablar o saludar a las personas poco conocidas. A su vez, esta necesidad de eludir el contacto con desconocidos se acompaña del deseo de tener relaciones personales con conocidos para ellos, como familiares y amigos (Ruiz y Lago, 2005; citado por Aires, 2015).

Este trastorno no está incluido en la DSM-5 (APA, 2014) debido a diversas causas, la más importante es que la investigación empírica no presenta los datos necesarios para poder incluir este trastorno en este manual. Por tanto, es en la CIE-10 (OMS, 2000) donde se incluye este diagnóstico.

6.8 TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Según Aires (2015), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) es un trastorno de ansiedad que surge como respuesta a la consecuencia de haber experimentado o haber sido testigo anteriormente de un hecho traumático, éste puede ser desde una muerte cercana hasta una catástrofe natural.

El TEP puede aparecer a cualquier edad, aunque es más común en jóvenes-adultos que en niños, pero eso no significa que no pueda aparecer en los niños como consecuencia de haber vivenciado un suceso dramático de forma personal.

Algunas de las reacciones que manifiestan los sujetos que lo sufren son síntomas somáticos y emotivos, como pueden ser la alteración del sueño o pesadillas, miedos generalizados e impotencia al percibir las mismas sensaciones que se produjeron cuando aquel suceso ocurrió (tabla 6.8). De esta manera, Sánchez (2011) sostiene que

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

los sujetos con TEP experimentan la situación como si estuviese ocurriendo de nuevo, tan real que se vuelve a percibir las mismas sensaciones, es decir, experimentan lo que se denomina como “flashback”.

TABLA 6.8

Criterios diagnósticos DSM-5 de trastorno de estrés postraumático

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

FUENTE: APA, 2014, pp. 271-272.

7. ¿CÓMO INFLUYE LA ANSIEDAD EN LA ESCUELA?

La ansiedad en la escuela perjudica a varios aspectos personales de los niños, de manera que influye tanto en la personalidad como en el rendimiento escolar, pasando así por la motivación escolar.

Como bien sabemos, uno de los aspectos afectado en los niños es la personalidad y su comportamiento. Broatch (2007, citado por Salaníc González, 2014), mantiene que los niños que padecen algún trastorno de ansiedad se definen por ser niños con una actitud más bien retraída y poco sociable, de tal forma que, en la escuela, normalmente no hacen amigos con facilidad ni dan su opinión sobre cualquier tema que se expongan en el aula o con los compañeros. Así mismo, siguiendo a este autor, son niños que en las tareas escolares se desenvuelven más bien poco, ya que les cuesta realizarlas debido a su conducta ansiosa.

Por otro lado, centrándonos en el ámbito académico, es necesario saber que la ansiedad influye, en gran medida y en diversas situaciones, en la eficacia del rendimiento escolar o aprendizaje. Comenzando por la participación académica, que en estos niños es baja, a causa de las inseguridades de los escolares para desenvolverse a través de sus habilidades sociales. Asimismo, la motivación académica, variable fundamental del aprendizaje, guarda relación con la ansiedad académica, pues si no existe placer por realizar una tarea o por aprender algo nuevo (motivación intrínseca) habrá una influencia en el aumento de la ansiedad académica. Sin embargo, cuando los niños son motivados por la propia tarea y por la adquisición de nuevos conocimientos la ansiedad escolar se reduce. En otras palabras, la motivación direcciona las conductas de los individuos por lo que sí existe motivación en el aprendizaje la ansiedad se reducirá y de lo contrario se incrementará (Fernandes y Silveira, 2012). Igualmente, varios estudios demuestran que la motivación intrínseca es muy importante para conseguir buenos rendimientos académicos (Martinelli y Genari, 2009; Zenorini, Santos y Monteiro, 2011, citado por Fernandes y Silveira, 2012).

Y por consiguiente el rendimiento académico se ve perjudicado. Basándonos en una investigación (García-Fernández, Martínez-Monteagudo e Inglés, 2013), en la que se estudia la relación que guarda el rendimiento académico con la ansiedad, podemos afirmar que todos los alumnos tienen ansiedad incluidos los que tienen éxito en la escuela y que ésta afecta a todos los alumnos por igual. Ahora bien, será mayor el bajo rendimiento escolar y probablemente el fracaso en los alumnos que se encuentran con autoestima baja, con poca motivación en la escuela y, además, con síntomas característicos de ansiedad.

En definitiva, la ansiedad perjudica el ámbito académico de los niños además de otros ámbitos en los que se desenvuelven. La ansiedad puede ayudar al rendimiento escolar en un cierto grado, pero a partir de un cierto punto, puede llegar a perjudicar éste de forma muy grave. El rendimiento escolar puede ser originado por situaciones de ansiedad en la escuela como el fracaso y castigo escolar, agresiones, o incluso evaluaciones sociales o/y escolares. (García-Fernández, Martínez-Monteagudo e Inglés, 2013).

8. TÉCNICAS Y PROGRAMAS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD

Actualmente, los docentes de los centros escolares, elemento clave en el proceso de detección, tienen una importante labor en cuanto a prevenir e intervenir en los problemas de los escolares, puesto que la mayoría del tiempo los niños se encuentran en el centro escolar y además es donde se desarrollan sus habilidades sociales, cívicas, etc. Por tanto, son los profesores los que tienen más facilidades para reconocer y actuar inmediatamente ante determinados casos de ansiedad.

Del mismo modo, para actuar ante un determinado problema es conveniente que tanto el contexto sociofamiliar como el escolar se pongan en contacto, para que así los

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

problemas de los alumnos no trasciendan de un ámbito a otro. De modo que, lo idóneo sería intervenir desde una perspectiva que englobe tanto al alumno en particular como a los entornos en los que se desenvuelve diariamente (Muñoz, 2011).

Los docentes mediante el análisis de la conducta de un niño, como puede ser a través de un dibujo, y la observación directa pueden encontrar el problema que perjudica al sujeto en el rendimiento escolar. Pero claro, antes de intervenir como docentes ante un caso de, en este caso, ansiedad infantil, habrá que asegurarse de si existe ansiedad en el sujeto y eso se podrá saber a través de la utilización de instrumentos de evaluación. Una vez diagnosticada, por parte de psicólogo o psicoterapéutico, la ansiedad y, asimismo, el tipo de trastorno, tendrá lugar la intervención por parte del docente y de su entorno sociofamiliar.

Para intervenir reduciendo la ansiedad en el aula, Echeburúa y Corral (2009) muestran algunas técnicas exitosas, las cuales habría que adaptar para que se puedan trabajar en el aula, como pueden ser: técnicas de exposición en vivo, de relajación, escenificaciones emotivas, técnicas cognitivas (autoinstrucciones) y el programa integral cognitivo-conductual de Kendall.

- Técnica de exposición en vivo. Es una técnica que se centra en casos de fobias infantiles. Consiste en *“exponer al niño a los estímulos temidos e impedir por períodos progresivamente mayores que se comprometa en la ejecución del ritual”* (Echeburúa y De Corral, 2009, p. 121) centrándose en el lugar donde existe esa reacción con la finalidad de que desaparezca su miedo y malestar. Ante un caso de fobia escolar, podría tenerse en cuenta el nivel de ansiedad que el alumno experimenta hasta llegar al centro. Para ello podría usarse el método de evaluar el nivel de ansiedad en los diferentes puntos del trayecto realizado de forma jerárquica (Muñoz, 2011).
- Técnica de relajación. Esta técnica es una estrategia muy adecuada para afrontar, reducir y controlar los estímulos y situaciones de ansiedad inespecífica (como ocurre en TAG y TAS). Ahora bien, uno de los métodos más adecuado y utilizado es la relajación progresiva de Jacobson para niños, que tiene como función enseñar a relajar voluntariamente los principales grupos de músculos del cuerpo. Además, se deberá practicar durante 10-15 minutos y al menos dos veces al día. Este método permite liberar tensiones, autocontrolarse y relajar al sujeto ante situaciones de estrés (Echeburúa y De Corral, 2009).
- Escenificaciones emotivas. Es un programa muy interesante para trabajar las fobias específicas de niños. En este intervienen tres técnicas combinadas: la exposición en vivo, el modelado participante y la práctica reforzada. Las escenificaciones emotivas, siguiendo a Méndez et al. (2005, citado por Echeburúa y De Corral, 2009), consisten en escenificar a través del juego los estímulos temidos, usando la exposición en vivo. En este programa se puede distinguir tres fases: fase de preparación (tiene lugar la jerarquía de situaciones

temidas y la programación de los juegos), fase de aplicación (se inicia las sesiones de una duración de 30 minutos) y fase de consolidación (se observa los logros obtenidos).

- De las técnicas cognitivas, la más utilizada para los trastornos de ansiedad es las autoinstrucciones. Es un proceso que enseña a que los niños se hablen a sí mismos, se den instrucciones, de forma positiva, por ello sería de gran interés trabajarla con alumnos que se hablan a sí mismos de forma negativa. El entrenamiento en autoinstrucciones tiene diferentes fases (tabla 8.1) y en ellas se trabaja la atención activa y las conductas positivas (“voy a hablar correctamente”) y no la inhibición de conductas negativas (“no me pondré rojo”) (Echeburúa y De Corral, 2009).

Tabla 8.1

Fases del entrenamiento en autoinstrucciones

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">a) Preguntas sobre la naturaleza de la tarea: <i>“¿qué es lo que tengo que hacer?”</i>.b) Respuestas a esta pregunta en la forma de ensayo cognitivo y de planificación.c) Autoinstrucciones en forma de autoguía: <i>“voy a ir adonde están esos chicos y les voy a preguntar si puedo jugar con ellos”</i>.d) Una vez ejecutada la conducta, verbalizaciones de autorrefuerzo (<i>“lo he hecho mejor que otras veces”</i>) y, en su caso, de autocorrección (<i>“tengo que decirlo la próxima vez en un tono de voz más alto”</i>) |
|---|

FUENTE: Echeburúa y De Corral, 2009, p. 132.

- El programa integral cognitivo-conductual de Kendall (1986) es un programa con grandes éxitos que trata la ansiedad infantil. El objetivo del programa es que los niños aprendan a reconocer y a hacerle frente a la ansiedad, reducir los niveles de ansiedad, y trabajar con los ejercicios asignados. Este programa consta de dos fases, y en cada una de ellas hay ocho sesiones. La primera fase, adquisición de habilidades, se enseñan a los niños las habilidades que se desencadenan con pensamientos negativos, y por consecuencia las soluciones, y las formas de afrontamiento que existen. Y la segunda fase, puesta en prácticas de las habilidades adquiridas en la primera fase, en la que se practica diversos ejercicios de exposición (en vivo e imaginaria) poniéndose en práctica las técnicas y estrategias adquiridas para afrontar la ansiedad (Rodríguez de Kissack y Martínez-León, 2001; citado por Echeburúa y De Corral, 2009).

Otra técnica que es utilizada para reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión, (Jain et al., 2007; Shapiro, Brown y Biegel, 2007; citado por Mañas et al., 2014); y mejorar

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

la regulación emocional (Broderick, 2005; Ditto, Eclache y Goldman, 2006; Jain et al., 2007; citado por Mañas et al., 2014) es el Mindfulness. Esta técnica puede ser llevada a cabo tanto por los alumnos como por los profesores. Algunos de los programas que puede llevar a cabo el alumnado son Inner Kids Program, Inner Resilience Program (IRP), Mindful Shools, MindUP, Staf Hakeshev y RESPIRA (consciencia para el Bienestar en la Escuela).

Asimismo, un complemento de las técnicas mencionadas anteriormente es el reforzamiento positivo, el cual se centra en reforzar aquellas conductas operantes positivas para su desarrollo personal.

En cuanto a los programas de intervención preventiva de la ansiedad escolar existentes a nivel internacional, destacan el programa FRIENDS, (Barrett, y Turner, 2001; Lowry-Webster, Barret, y Lock, 2003; citado por Aznar, 2014) y el programa de prevención Penn Prevention Program (Roberts et al., 2004; citado por Aznar, 2014). Ambos programas están basados en procedimientos y técnicas cognitivo-conductuales, sin embargo, la diferencia principal es que el primero ésta diseñado para la intervención en trastornos de ansiedad y el segundo está más enfocado a la depresión, a la baja autoestima, a los problemas de conducta y al bajo rendimiento académico. Entonces, el programa FRIENDS sería el ideal para utilizarlo en la intervención, incluso la Organización Mundial de la Salud (2004) defiende y apoya este programa por ser el único basado en la evidencia, siendo eficaz para el tratamiento de la ansiedad infantil (Essau et al., 2011; citado por Aznar, 2014). No obstante, el programa más favorable para llevarlo a cabo en el ámbito escolar sería el de tiempo breve, pues según un estudio (Aznar, 2014) ha demostrado que un programa de esas características ha reducido los niveles de ansiedad en los adolescentes.

Por otro lado, se podría señalar que a nivel nacional existen estudios de viabilidad de programas de prevención como, por ejemplo, un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela (Tortella-Feliu, et al., 2004; citado por Aznar, 2014).

También existen programas centrados en las emociones que le surge al alumnado durante el aprendizaje y sobre todo en situaciones que provocan un aumento del nivel de ansiedad en los niños y niñas, como puede ser antes de un examen (Giménez-Dasí, Quintanilla y Arias, 2016). Una de las actividades para que los alumnos se relajen antes, durante y después de un examen es *“la nave mágica”*. La nave mágica, inspirada en la actividad *“La alfombra mágica”* de Kaiser (2014), consiste en una actividad de atención plena en la que el profesor invita a los alumnos a imaginarse dentro de una nave espacial y escuchar una breve historia, en la que hay indicaciones por parte del profesor, con la finalidad de relajar a los alumnos.

4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

DISEÑO DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

PROGRAMA “¿ERES UN SUPERHÉROE?”

1. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, los niños y niñas estudiantes de Educación Primaria están expuestos a una serie de situaciones problemáticas, en el entorno que les rodea (familiares, escolares, sociales, etc.), que pueden llegar a provocar un aumento en el nivel de ansiedad en sus vidas. Concretamente, la ansiedad es uno de los problemas más frecuente en la población infanto-juvenil, con una prevalencia que oscila entre el 15-25%, llegando a perjudicar el desarrollo personal y el proceso de aprendizaje de los niños.

El ámbito educativo, a pesar de ser un espacio donde frecuentemente se desencadena la ansiedad en el alumnado, es el lugar y momento idóneo para identificarla y, a su vez, atenderla. ¿Por qué no intervenir desde este ámbito? El aula es un espacio en el que diariamente los niños, como las personas adultas, manifiestan sus preocupaciones a través de sus acciones y estados de ánimo. Por tanto, los docentes tienen un papel clave para intervenir en esta problemática que, actualmente y por desgracia, está siendo muy frecuente en los centros educativos. Éstos quizás no sepan qué hacer ni cómo actuar, por ello se propone este programa de intervención con el fin de reducir la ansiedad en las aulas de Educación Primaria.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal que se pretende conseguir con la realización de este programa de intervención es el siguiente:

- Reducir el nivel de ansiedad en las aulas de Educación Primaria.

A partir de este objetivo general, con nuestra intervención perseguimos los siguientes objetivos específicos:

- Ayudar a los niños a reconocer sus propias respuestas de actuación ante emociones y sentimientos y situaciones estresantes.
- Reconocer las situaciones que causan preocupaciones y miedos.
- Conocer, describir y diferenciar las diferentes emociones y sentimientos.
- Identificar los pensamientos internos ante situaciones estresantes.
- Ayudar a afrontar, mediante actividades de afrontamiento, las diferentes situaciones ansiógenas.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

- Aprender a manejar nuestro cuerpo y las preocupaciones, reales o imaginarias, a través de estrategias.
- Disminuir y evitar el estrés a través de la asimilación de técnicas de relajación.
- Adquirir el autocontrol.

3. CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

Este programa se podrá aplicar tanto en un colegio público como en un centro escolar concertado de Educación Primaria. Realmente, lo que hay que tener en cuenta a la hora de ponerlo en práctica son las características que presenta el alumnado, además de su contexto social.

El programa se ha diseñado con la intención de llevarlo a cabo en un centro público en el que prime un nivel social medio-bajo, es decir, familias de un nivel socioeconómico medio-bajo como puede ser funcionarios, agricultores, pequeños empresarios, etc.

“¿Eres un superhéroe?” es una propuesta transversal que se desarrollará en todos los ciclos de la Educación Primaria a partir del segundo trimestre, y tanto en las aulas ordinarias como en el aula de Apoyo a la Integración.

La razón es sencilla, pues en todos los niveles de la Educación Primaria y en cualquier aula pueden existir alumnos con un nivel alto de ansiedad, pues como se ha investigado, la ansiedad no tiene edad y actualmente es una problemática muy frecuente en los escolares. Lo ideal sería a partir del Segundo Trimestre, puesto que en el primero no se conoce al cien por cien al alumnado, y para poner en práctica este programa es necesario conocer a los alumnos del aula.

En el aula ordinaria se puede trabajar este programa tanto de forma grupal como individual, atendiendo así a todo el alumnado por igual. Mientras que en el aula de Integración se desarrollaría de una forma más individualizada, debido a que son aulas con un número menor de alumnos, por lo que puede obtenerse un resultado más eficaz. Sin embargo, el lugar no importa, lo importante es que en todas ellas, es decir tanto en el aula ordinaria como en la de integración, todos los alumnos se beneficiarán personalmente.

4. RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos utilizados serán principalmente el propio alumnado y el profesorado del aula, concretamente el tutor y la maestra de apoyo y refuerzo o PT.

Con el propio alumnado nos referimos a todos los alumnos del aula, teniendo en cuenta la situación de cada alumno. A través de una serie de actividades y juegos, individuales y cooperativos, aprenderán a controlar y afrontar sus miedos y preocupaciones.

Los docentes, por su parte, deberán atender al alumnado del aula. Su función es identificar los factores causantes o situaciones del aumento del nivel de ansiedad con la finalidad de conseguir reducirla y llegar a solucionar los problemas de los alumnos. Para ello, se ocuparán de desarrollar un programa transversal, durante un trimestre, en el que se va a trabajar las estrategias, a través de actividades y juegos, para conseguir disminuir los temores.

Del mismo modo, la familia participará en algunas entrevistas con el profesorado, ya que ambos contextos, educativo y familiar, tienen que estar unidos para que los problemas de los alumnos no trasciendan de un contexto a otro.

5. TEMPORALIZACIÓN/PLAN DE TRABAJO

El Plan de Intervención comenzará a partir del segundo trimestre, concretamente la segunda quincena del mes de enero. Se desarrollará aproximadamente durante ese trimestre, aunque se podría alargar en caso de que el docente lo viese conveniente.

Este plan de intervención se desarrollará como un programa transversal a la programación del aula. Por ello, se aplicarán dos sesiones semanales durante todo el trimestre y cada sesión durará igual que un módulo de clase, es decir, 45 minutos.

No obstante, este programa puede desarrollarse también de manera esporádica, es decir, cuando el docente observe que en el aula hay alumnos que no se encuentran bien, que necesitan relajarse, afrontar sus miedos, etc. sin determinar una fecha concreta.

6. DISEÑO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Este programa de intervención “¿Eres un superhéroe?” está diseñado para llevarlo a cabo como un tema transversal a la programación de aula.

Es un proceso de auto investigación, puesto que los alumnos conocerán sus propios miedos y serán capaces de afrontarlos gracias a las estrategias que el docente desarrolle en el aula. Consta de seis pasos a seguir:

1. Conocer las emociones y sentimientos
2. Reconocer las situaciones preocupantes
3. ¿Cómo te sientes?
4. Relajación
5. ¿En qué pensamos?
6. ¿Cómo lo afrontamos?
7. Desafío final

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

Durante el proceso, los alumnos van a construir unas fichas de villanos en las que van a quedar reflejadas cada una de las situaciones escolares, si las hay, u otras que les hacen sentirse preocupados. Éstas quedarán archivadas y guardadas en la carpeta del Héroe. Además, en cada ficha de villano se van a encontrar una serie de casillas que tienen que ver con ese villano. Esas casillas son:

- Villano: en esta casilla se indicará la situación preocupante, ansiógena o miedo.
- Sentimientos: en esta casilla se escribirá los sentimientos que le produce el villano.
- Cuerpo: se escribirá en esta casilla la respuesta corporal del alumno y dónde se refleja ante el villano.
- Pesadillas: se dibujará los pensamientos que crean en ellos el villano.
- Poderes: aquí se indicarán las estrategias o técnicas que el alumno usaría para derrotar al villano, imaginado ser un superhéroe.

Al mismo tiempo, se trabajará en este programa unas actividades de superación, en las que se presentan unos desafíos personales que los alumnos tendrán que superar, de las cuales los alumnos saldrán recompensados. Se reforzará positivamente los retos conseguidos, a través de la consecución de gemas como premio.

1. Conocer las emociones y sentimientos

LABERINTO DE LAS EMOCIONES	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none">- Conocer las diferentes emociones y sentimientos.
Desarrollo:	<p>Para comenzar la actividad, todos los alumnos se dirigirán a la zona de asamblea y se colorarán formando un círculo. En medio del círculo que han formado se encontrará el laberinto de las emociones, que es un gran mural en el que se encuentran representadas todas las emociones a través de pequeñas imágenes.</p> <p>Para realizar esta actividad, todos los alumnos deberán agruparse en pequeños grupos, con un máximo de 5 alumnos por grupo, para que se puedan distinguir 5 equipos. Cada equipo deberá conseguir salir del laberinto y para ello deberán descifrar e ir apuntando en un papel por qué emociones habría que pasar.</p> <p>El objetivo es conocer todas ellas, pues si saben cuál es el dibujo, pero no la conocen, deberán investigar en el Emocionario de qué emoción se trata. Si no consiguen descifrar todas las emociones no saldrán nunca del laberinto.</p> <p>Más tarde, si en el tiempo destinado al desarrollo de la actividad algún grupo consigue salir del laberinto, deberá comunicarle a la maestra por qué emociones ha tenido que pasar para así verificarlo. Si el recorrido de emociones seguido es el acertado, ese equipo se encargará de exponer la respuesta correcta a todos los demás equipos.</p>
Temporalización:	<p>La duración de esta actividad será de una sesión, es decir, aproximadamente 35-40 minutos. Se dará por concluida cuando los alumnos encuentren la salida del laberinto. Por lo tanto, si necesitan varias sesiones para descubrir la respuesta correcta se alargará esta actividad en cuanto a las sesiones que necesiten.</p>

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

TARJETAS DE SUPERPODERES

Objetivo:

- Conocer, describir y diferenciar las diferentes emociones y sentimientos.

Desarrollo:

Colocamos a los alumnos del aula en grupos, cada grupo tendrá como máximo seis alumnos. Estos se distribuirán libremente por el espacio del aula, pues se encontrarán rincones libres para que se coloquen los grupos y así no se molesten los unos a los otros.

Ya colocados, se les hará entrega de un cofre llamado “superpoderes” a cada grupo, en el que se encontrarán una serie de tarjetas de poderes. Estas tarjetas tendrán de temática las emociones y sentimientos que puede experimentar el ser humano, pues a esto le vamos a denominar los superpoderes.

El juego consiste en que un alumno del grupo elegirá una tarjeta de superpoderes y tiene que representar a través de gestos, incluso utilizando su cuerpo, el sentimiento o emoción que se nombra en la tarjeta. El resto de compañeros tienen que acertar, a través de la mímica, de que sentimiento se trata.

Una vez adivinado, se cambiarán los roles, pues le tocará realizar el mismo proceso al alumno que lo ha acertado y al otro intentar adivinar.

Temporalización:

El juego durará aproximadamente una sesión, es decir, 35-40 minutos.

2. Reconocer las situaciones preocupantes

BÚSQUEDA DE VILLANOS
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Reconocer las situaciones que causan preocupaciones y miedos.
<p>Desarrollo:</p> <p>En esta actividad los alumnos trabajarán de forma individual. Con esta actividad vamos a dar comienzo a las fichas de villano, localizadas en la carpeta del héroe, donde se recogerán todas las situaciones que crean ansiedad en los escolares para lograr afrontarlas de forma eficaz.</p> <p>Por tanto, lo primero que tienen que hacer es identificar y reconocer aquellas situaciones que, sobre todo relacionadas con el contexto escolar, les hacen experimentar miedos y preocupaciones constantes.</p> <p>Una vez identificadas, el siguiente paso será escribir las situaciones, en la casilla de nombre del villano y además, añadirle el nivel de miedo que siente, a través de una pegatina (del 1 al 10).</p> <p>Por último, deberán archivar cada ficha del villano en la carpeta de héroe.</p>
<p>Temporalización:</p> <p>Esta actividad durará una sesión aproximadamente, es decir, unos 35-40 minutos.</p>

PRIMER DESAFÍO. Echa un vistazo atrás, sobre todo en esta semana, y encuentra los últimos villanos que han aparecido en tu vida diaria. Después anota en la tarjeta de desafío 1 cuáles son.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

3. ¿Cómo te sientes?

METEOROLOGÍA INTERNA
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Conocer, describir y diferenciar las diferentes emociones y sentimientos.
<p>Desarrollo:</p> <p>En esta actividad los alumnos tienen que observar qué les sucede en su interior, es decir, que sentimientos experimentan cuando se encuentran con cada una de las situaciones señaladas en la sesión anterior (villanos).</p> <p>El docente comenzará la actividad explicando que en el interior de los seres humanos también hay un tiempo atmosférico pero especial, que es el que nosotros conocemos como emociones y sentimientos.</p> <p>Después, los alumnos, de forma individual, tendrán que intentar transportarse a aquellos momentos en los que experimentan esas situaciones ansiosas y descubrir que sensaciones, tiempo meteorológico, ocurre en su interior.</p> <p>Una vez reflexionadas, deberán dar un parte meteorológico acerca de los sentimientos y emociones que llegan a percibir en esas situaciones, es decir, cómo se sienten. Este parte meteorológico se encontrará anotado en el apartado de sentimientos de la ficha de villano.</p>
<p>Temporalización:</p> <p>Esta actividad durará dos sesiones de aproximadamente, es decir, unos 35-40 minutos cada una de ellas.</p>

EL CAMINANTE EMO
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ayudar a los niños a reconocer sus propias respuestas de actuación ante las diferentes emociones y sentimientos.
<p>Desarrollo:</p> <p>Con esta actividad los alumnos van a conocer como su cuerpo demuestra cómo se sienten.</p> <p>La actividad consiste en que todos los alumnos caminarán por un espacio habilitado adoptando una determinada forma de caminar y una expresión facial de acuerdo a la emoción que el docente comunique en voz alta. La finalidad es percibir como nuestra postura corporal cambia al conectarse con las emociones.</p> <p>La zona de trabajo, es decir, donde se encuentran los pupitres y sillas se encontrará vacía, ya que estos materiales serán retirados hacia las paredes, quedando así un gran espacio libre. Aunque, en el caso de que se pudiese ir al patio, porque el tiempo lo permitiese y además no se molestase a ningún grupo del centro, elegiríamos esa opción.</p> <p>Los alumnos se tienen que repartir por el espacio libre, caminando normal y cuando el docente diga con voz fuerte “alegría”, “tristeza”, “furia”, “miedo”, etc. los alumnos deberán caminar conectándose con la emoción que han escuchado. Tienen que adoptar una expresión facial de acuerdo a cómo esa emoción les hace sentir, y al igual ocurre con el cuerpo, pues adoptarán la forma de caminar como si sintiesen esa emoción.</p>
<p>Temporalización:</p> <p>Esta actividad durará una sesión aproximadamente, es decir, unos 35-40 minutos.</p>

SEGUNDO DESAFÍO. Echa un vistazo a los últimos villanos que han aparecido en tu vida y anota en la tarjeta de desafío 2, a través del color que quieras, cómo te sentiste cuando aparecieron. Puedes emplear solamente una palabra que describa el sentimiento, pero siempre usa el color que creas que mejor lo describe.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

EL CUERPO DEL HÉROE

Objetivos:

- Ayudar a los niños a reconocer sus propias respuestas de actuación ante situaciones estresantes.

Desarrollo:

Para que los alumnos puedan reconocer como su cuerpo actúa ante situaciones que les resultan preocupantes y además sienten miedo, en esta sesión vamos a ayudarles a sean capaces de reconocer cómo se manifiesta su cuerpo.

Esta sesión tiene dos partes, una primera en la que se trabajará de forma grupal y una segunda en la que se trabajará de forma individual.

Parte grupal

Primero leerán en grupo una plantilla en la que encontrarán varias situaciones, que pueden ser reales, en las que se refleja la respuesta que da nuestro cuerpo cuando experimentamos alguna situación ansiosa.

Después, para terminar de desarrollar esta actividad, tendrán varias tarjetas, que serán los porqués, y entre todos deberán relacionar la situación, que se encuentra en la plantilla, con la respuesta correcta, que se encuentran en las tarjetas. Más tarde, se lo comentarán al docente y éste irá preguntando por qué de ese pensamiento.

Parte individual

Los alumnos descubrirán como actúa su cuerpo cuando atraviesa esas situaciones que ya han quedado archivadas en la carpeta de héroe.

La actividad consiste en intentar recordar esas situaciones para llegar a saber qué es lo que sucede en su cuerpo. Una vez descubierto que les sucede a su cuerpo ante esas situaciones, deberán señalar en cada ficha del villano en la casilla de cuerpo, a través de una o varias palabras, como responde su cuerpo. Por ejemplo, algunos cuerpos pueden reaccionar de la siguiente manera: dolor de barriga, sudores fríos, nervios, fatiga, etc.

Temporalización:

Esta actividad durará dos sesiones de aproximadamente, es decir, unos 35-40 minutos cada sesión.

TERCER DESAFÍO. Mira hacia atrás, encuentra y anota el último villano que ha aparecido en tu vida, a ser posible durante estos días atrás. A continuación, recuerda y escribe una palabra con la que puedas expresar qué sentiste cuándo apareció. Después, recuerda dónde te dolía e intenta dibujar la parte del cuerpo en la que se manifestaba ese dolor.

4. Relajación

ENTRENAMOS NUESTRA ATENCIÓN
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenar la atención. - Evitar distraerse.
<p>Desarrollo:</p> <p>Para comenzar a conocer estrategias de afrontamiento, el primer paso es saber prestar atención a los diferentes sucesos. Por ello, vamos a realizar una serie de actividades de forma grupal, que serán como juegos para los niños, sobre la atención. Con estas actividades se pretende que los alumnos entrene la atención y concentración.</p> <p><u>Primera actividad</u></p> <p>El grupo-clase se dividirá en tres subgrupos, cada subgrupo se colocará en una zona diferente del aula. El docente será el encargado de destinar a cada grupo a una zona del aula. Además, explicará las instrucciones del juego, las cuales son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El docente pondrá la canción “Amarillo” de Shakira y los alumnos tendrán que estar atentos a la hora de escuchar, ya que tienen que hacer un gesto cuando escuchen su palabra “mágica”. 2. Todos los alumnos se sentarán en el suelo del aula y se mantendrán tranquilos y atentos esperando a escuchar su palabra mágica. 3. El equipo de la zona A tendrá que escuchar la palabra “amarillo” y levantarse con los ojos cerrados. 4. El equipo de la zona B tendrá que escuchar la palabra “rojo” y levantar los dos brazos con los ojos cerrados. 5. El equipo de la zona C tendrá que escuchar la palabra “arco iris” y levantar las piernas. <p>Una vez separados por el aula, los alumnos se sentarán en el suelo de ésta y cerrarán sus ojos para comenzar la actividad. A continuación, el docente pondrá música y cada vez que escuche cada equipo su palabra mágica deberá levantarse.</p> <p><u>Segunda actividad</u></p> <p>En esta actividad el grupo-clase se dividirá de nuevo en tres subgrupos. En cada subgrupo habrá un hechicero, que es un alumno que tiene una pluma mágica, aunque más tarde, pasado unos dos minutos, este rol cambiará a otro compañero.</p> <p>Todos los subgrupos se colocarán en forma de círculo dejando el centro libre, ya que es el lugar del hechicero del grupo. El hechicero hará un conjuro en silencio y los alumnos tienen que estar atentos y con los ojos cerrados, pues no pueden romper el hechizo.</p>

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

Este hechizo consiste en que el hechicero tendrá que relajar a todos los alumnos con su pluma mágica, pero a la misma vez todos tienen que estar atentos, porque el hechicero tocará de una forma especial, concretamente, dándole tres toques con la pluma a uno de ellos. Para despistar, el hechicero deberá pasar la pluma por todos los compañeros y así también estos se van relajando.

Por su parte, los alumnos tendrán que estar atentos, aunque con los ojos cerrados, y contar mentalmente cuantas veces la pluma mágica les ha tocado, porque solamente así se sabrá quién será el próximo hechicero.

Temporalización:

Cada actividad durará una sesión de aproximadamente, es decir, unos 35-40 minutos. Por lo tanto esta actividad completa se realizará en dos sesiones diferentes.

¡VAMOS A RELAJARNOS!	
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none">- Disminuir y evitar el estrés.- Adquirir el autocontrol.
Desarrollo:	<p>En este ejercicio, que tiene dos partes, vamos a conocer nuestra respiración, estrategia fundamental para poder controlarnos en situaciones intranquilas y nerviosas.</p> <p><u>Primera parte</u></p> <p>Cada alumno se tumbará, cómodamente, en la asamblea del aula con los ojos cerrados, prestando atención a su cuerpo y a su forma de respirar. De fondo sonará una música relajante, y mientras ellos estarán inspirando y espirando aire. Después de contemplar cada uno su respiración, durante 6 minutos aproximadamente, pondremos en común qué ha ido pasando. Los alumnos contarán su experiencia y para ello el docente guiará a través de preguntas como, ¿siempre hemos respirado igual? ¿por dónde entra el aire? ¿cuando lo expulsamos, qué pasa en nuestro cuerpo? ¿cómo se llama cuando tomamos aire del exterior? ¿y cuándo expulsamos aire del interior al exterior? etc.</p> <p>Con esta actividad queremos demostrarle que habrá momentos que está respiración va más rápida cuando suena la música más fuerte, y sin embargo en otros momentos es más relajada.</p> <p>Por último, para que comprueben cómo respiran realmente, se volverán a tumbar en la asamblea con las mismas condiciones pero añadiendo una variable, es decir, un globo en sus vientres. Con éste comprobarán cómo su cuerpo se comporta al tomar y expulsar aire, ya que el globo se moverá.</p> <p><u>Segunda parte</u></p> <p>En esta parte practicarán la respiración profunda, pues ésta nos ayudará a evitar el estrés en situaciones ansiosas. Es una técnica sencilla que se puede realizar antes de comenzar con la situación que ya conoces como preocupante o ansiosa (villano).</p> <p>Les pediremos a los alumnos que se sienten correctamente en sus pupitres, cierren los ojos y tomen aire por la nariz, es decir, que inspiren para después espirarlo por la nariz.</p> <p>Primero tendrán que inspirar aire muy fuerte y después expulsarlo de forma lenta, tranquila y con suavidad. Una vez espirado su atención estará ahí, en la relajación.</p> <p>Esta actividad se practicará a través de unas 12 espiraciones lentas.</p>
Temporalización:	<p>Esta actividad durará una sesión de aproximadamente unos 35-40 minutos.</p>

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

ANALIZANDO EL CUERPO
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Disminuir y evitar el estrés.- Adquirir el autocontrol.
<p>Desarrollo:</p> <p>Como cada uno de los alumnos ya conoce su respiración, ahora vamos a prestar atención a cada parte de nuestro cuerpo, sobre todo a las extremidades, a través de un ejercicio de relajación que durará aproximadamente 7 minutos.</p> <p>Los alumnos se tumbarán en la asamblea con los ojos cerrados y se colocarán cómodos. Cuando el docente vea oportuno, comenzará a dar las siguientes instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Comenzar a respirar, tomando mucho aire y llenando la barriga para que luego se deje escapar lentamente... (se repite esto 4 veces).2. Después de expulsar el aire se le pedirá poner atención al pie derecho, y se seguirá respirando atendiendo a ese pie.3. A continuación se hará lo mismo pero centrándose en la pierna derecha.4. El docente dará la misma instrucción que en el paso 2 y 3 pero con otras extremidades del cuerpo como son: pie izquierdo, pierna izquierda, mano derecha (engloba dedos y palma) brazo derecho, mano izquierda (engloba dedos y palma), brazo izquierdo, cuello y barriga.5. Y en la última respiración, se dejará que los alumnos se tranquilicen y pongan la atención a la zona que quieran de su cuerpo. <p>Para finalizar la actividad, se hará una puesta en común para ver si los alumnos lo han podido conseguir y qué han ido sintiendo cuando prestaban atención a su cuerpo.</p>
<p>Temporalización:</p> <p>Esta actividad durará una sesión de aproximadamente unos 30 minutos, ya que la actividad se repetirá en un par de ocasiones.</p>

INVESTIGANDO EL MALESTAR
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aprender a manejar nuestro cuerpo.- Disminuir y evitar el estrés a través de la asimilación de técnicas de relajación.- Adquirir el autocontrol.
<p>Desarrollo:</p> <p>Para la realización de este ejercicio, nos colocaremos todos, incluso el docente, en la zona de la asamblea. Los alumnos se encontraran tumbados y cerrando los ojos para concentrarse mejor.</p> <p>La actividad consiste en que el docente comunicará una emoción (alegría, ira, tristeza, amor, miedo, etc.), en la cual tienen que pensar. A continuación, preguntará en qué lugar del cuerpo se manifiesta esa emoción, dónde se refleja. Cuando hayan encontrado donde se localiza el malestar en sus cuerpos, cada uno de forma individual, pasaremos a prestarle atención a la respiración, con la finalidad de hacer más pequeño esos malestares y que comiencen a desaparecer. Así aprenderán una estrategia que podrán utilizar ante aquellas situaciones que les hace sentir mal.</p> <p>La secuencia de la actividad será la siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none">1. El docente dice una emoción o plantea una situación que produzca a los alumnos nerviosismo. Por ejemplo: <i>“cuando al día siguiente tenemos un examen”</i>.2. Los alumnos tienen que pensar cómo se sienten cuando sucede o presentan esa emoción.3. El docente pedirá que localicen el malestar, ¿qué les está molestando en este instante?4. Los alumnos localizarán el malestar en su cuerpo.5. El docente intentará que ese malestar desaparezca usando para ello la respiración. Pedirá a los alumnos que se toquen la nariz en el mismo instante que han encontrado la parte dónde se manifiesta el malestar, para que así se centren en su respiración.6. Los alumnos se tocarán la nariz e irán inspirando y espirando cada vez más suave. Y comprobarán que el malestar que sentía ha ido desapareciendo cuando se han centrado en la respiración. <p>El docente guiará la actividad y los alumnos serán los propios protagonistas.</p>
<p>Temporalización:</p> <p>La actividad durará una sesión completa, es decir, aproximadamente unos 35-40 minutos. Además, esta actividad se repetirá varias semanas.</p>

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

NAVE AL PARAÍSO

Objetivos:

- Ayudar a afrontar, mediante actividades de afrontamiento, las diferentes situaciones ansiógenas.

Desarrollo:

A través de música relajante, algún alumno transportará al resto de la clase a un lugar dónde se sienta bien. Para ello describirá en voz alta y comentando los detalles del lugar, por ejemplo dónde se encuentra, qué hace allí, qué tiempo está haciendo, qué es lo que ve, qué siente, etc. El docente guiará ese proceso a través de preguntas en caso de que el alumno no sepa que contar. En cada sesión que se realice será un alumno diferente el que transporte a todos sus compañeros a otros lugares.

Con esta actividad aprenderán relajarse dando un paseo en nave hacia un lugar agradable, en el desean y, además, saben que realmente se van a sentir seguros y que todo les irá bien, donde se van a evadir de situaciones desagradables e inquietantes. Podrán usar esta estrategia de forma individual cuando experimenten una situación que les hagan sentir intranquilos, nerviosos o preocupados.

Temporalización:

La duración de esta actividad será de una sesión, es decir, de aproximadamente 35-40 minutos. No obstante, esta actividad se repetirá varias semanas y será previa a actividades que generen ansiedad en el alumnado.

5. ¿En qué pensamos?

DIBUJA TU PESADILLA
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Identificar los pensamientos internos ante situaciones estresantes.
<p>Desarrollo:</p> <p>En esta sesión se trabajará aquellos pensamientos internos que tienen lugar cuando experimentamos una situación ansiosa. Por ejemplo, <i>“pienso que todo el mundo se va a reír de mi cuando exponga mi trabajo”</i>.</p> <p>La actividad de esta sesión consiste en que los alumnos deberán reflejar a través de un dibujo aquellos pensamientos que se le vienen a la mente cuando perciben esas situaciones (villanos) que se encuentran archivadas. Además, colocarán el dibujo en la casilla de pesadillas de cada ficha de villano.</p> <p>Para conseguir ese dibujo, los alumnos deberán recabar información y meditar acerca de todos los pensamientos que invaden sus mentes, en forma de imágenes, cuando se exponen a esas situaciones ansiosas o preocupantes.</p>
<p>Temporalización:</p> <p>Esta actividad durará dos sesiones de aproximadamente, es decir, unos 35-40 minutos cada sesión.</p>

CUARTO DESAFÍO. Mira hacia atrás, encuentra y anota el último villano que ha aparecido en tu vida, a ser posible durante estos días atrás. A continuación, recuerda y escribe una palabra con la que puedas expresar qué sentiste cuándo apareció. Después, recuerda dónde te dolía e intenta dibujar la parte del cuerpo en la que se manifestaba ese dolor. Y por último, describe cuál fue la imagen que se te vino a la mente, es decir, la pesadilla.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

6. ¿Cómo lo afrontamos?

SUPERHÉROES
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Afrontar y reducir el miedo ante situaciones ansiosas.
<p>Desarrollo:</p> <p>Para superar las situaciones preocupantes hay que tener en cuenta qué nos puede ayudar a afrontarlas. A veces la ayuda es cambiar nuestro pensamiento y para ello imaginarnos cómo podemos derrotar ese miedo.</p> <p>Esta actividad consiste en que todos los alumnos, de forma individual, tendrán que imaginarse en que superhéroe, creado por ellos mismos, se tendrán que convertir. La finalidad de esta actividad es reducir y superar el miedo que causa esas situaciones archivadas en la carpeta de héroe.</p> <p>En cuanto a su realización, los alumnos se imaginarán un superhéroe no real para cada situación de villano, y lo describirán en la casilla de poderes que se encuentra en la ficha de villano.</p>
<p>Temporalización:</p> <p>Esta actividad durará dos sesiones de aproximadamente, es decir, unos 35-40 minutos cada sesión.</p>

QUINTO DESAFÍO. Mira hacia atrás, encuentra y anota el último villano que ha aparecido en tu vida, a ser posible durante estos días atrás. Después apunta si conseguiste derrotarlo o no, en el caso de que fuera un sí describe el poder y las estrategias que utilizaste.

7. Desafío final

Finalmente, en el último paso se realizará una serie de desafíos finales con el objetivo de conseguir derrotar a los villanos.

SEXTO DESAFÍO. Escribe el villano al que hayas podido derrotar y la estrategia utilizada para afrontarlo. Además, describe cómo utilizaste la estrategia.

SÉPTIMO DESAFÍO. Escribe el villano al que hayas podido derrotar y la estrategia utilizada para afrontarlo. Además, describe cómo utilizaste la estrategia.

OCTAVO DESAFÍO. Escribe el villano al que hayas podido derrotar y la estrategia utilizada para afrontarlo. Además, describe cómo utilizaste la estrategia.

NOVENO DESAFÍO. Busca un villano que nunca habías podido derrotar y describe que es lo que pensabas siempre, es decir, la pesadilla que te invadía. Después, describe lo que piensas de ese villano una vez que lo has derrotado. Además, anota el poder y la estrategia que utilizaste.

DÉCIMO DESAFÍO. Busca un villano que nunca habías podido derrotar y describe que es lo que pensabas siempre, es decir, la pesadilla que te invadía. Después, describe lo que piensas de ese villano una vez que lo has derrotado. Además, anota el poder y la estrategia que utilizaste.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

7. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación será global, continua y formativa, y participará tanto los docentes como los alumnos y sus familiares.

Los instrumentos utilizados en la evaluación y seguimiento serán:

- a. Observación directa, por parte del profesor.
- b. Rúbrica de evaluación, por parte del profesor.
- c. Entrevistas a los padres, por parte del docente.
- d. Hoja de registro de actividades, tanto de fichas de villanos como los desafíos
- e. Fichas de autoevaluación de los alumnos.

La evaluación por parte del docente será una evaluación continua, es decir, se seguirá los pasos que el alumnado va dando durante el proceso.

El seguimiento se hará a través de instrumentos como la observación directa del profesor, la rúbrica de evaluación (tabla 7.1) para anotar el nivel logrado por el alumnado en el proyecto, en ella que se contempla todos los objetivos que el alumnado debería alcanzar, la hoja de registro de actividades en la que se tendrá en cuenta la realización de las fichas y desafíos a través de la consecución de gemas, y las entrevistas continuas a los familiares, para conocer la evolución de los alumnos durante y al finalizar dicho programa.

Asimismo, los alumnos participarán en su propia evaluación usando un solo instrumento, las fichas de autoevaluación.

En estas fichas, los alumnos serán los encargados de valorarse así mismo, siendo totalmente sinceros con ellos mismo y sin engañarse. En ellas se encontrarán escritas todas las situaciones preocupantes, lo que los alumnos conocen con el nombre de *villanos*. Después, tendrán que evaluar, con pegatinas de números (0 al 10), el nivel de miedo que siente actualmente hacia esos villanos. Además, deberán colocar al lado un emoticono de que sentimientos sienten ahora sobre esos villanos.

Otra actividad de autoevaluación que aparecerá en la ficha será un ranquin de villanos en la que van a tener que ordenar éstos, desde los que más miedos dan hasta los que menos. Con esta actividad evaluaremos el proceso final, es decir, observaremos si los alumnos han podido derrotar a sus villanos.

La finalidad de esta evaluación es analizar si los objetivos propuestos han sido logrados para poder mejorar en un futuro los niveles de ansiedad en las aulas. En el caso de que los objetivos no se cumplan, como docentes deberíamos seguir intentado que el alumnado alcance los objetivos planteados y para ello deberíamos detenernos un segundo y tomar conciencia sobre qué puede haber fallado en el programa. Lo primero que habría que hacer es buscar el error y después darle una solución. Normalmente, no fallan los alumnos sino que el fallo puede estar en el diseño y la puesta en práctica de las actividades del programa.

Tabla 7.1

Rúbrica de evaluación

RÚBRICA DE EVALUACIÓN						
		GRADO ALCANZADO				
Alumno:		MUY BAJO (0)	MEJORABLE (1-2)	ACEPTABLE (3-4)	EXCELENTE (5)	PUNTUACIÓN
ASPECTOS EVALUADOS	Conoce y sabe distinguir las emociones y sentimientos					
	Identifica sus propios "Villanos"					
	Reconoce sus propios sentimientos					
	Reconoce la respuesta de su cuerpo					
	Reconoce sus propias "pesadillas"					
	Conoce técnicas de relajación					
	Utiliza técnicas y estrategias de relajación para enfrentar a los Villanos					
	Participa y se involucra en las actividades					
	Realiza desafíos					
	Logra desafíos					
	Sabe autocontrolarse					
	Consigue vencer a los villanos					
	Disminuye su nivel de ansiedad					
NOTA FINAL	(Observaciones y mejoras)					

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

5. CONCLUSIONES

Con este estudio se han podido alcanzar los objetivos planteados al inicio de éste. Pues, gracias a la investigación y búsqueda de información en fuentes documentales ha sido posible el diseño una propuesta de intervención, con la finalidad de que los docentes la apliquen en el aula.

Si se aplicase esta propuesta de intervención en algunos centros escolares se contemplaría una mejora en la calidad de vida de los escolares, es decir, los alumnos reducirían su ansiedad y a partir de ahí mejoraría su rendimiento en la escuela y, a nivel personal, su comportamiento ante determinadas conductas.

Del mismo modo, este trabajo ofrece la oportunidad de aprender y ayudar, tanto a docentes como a alumnos, las diferentes técnicas y estrategias a seguir para reducir el nivel de ansiedad y en otros casos el estrés.

En lo que respecta a las limitaciones, puede ser una limitación de este trabajo la no puesta en práctica de la propuesta de intervención. Quizás, si se hubiese puesto en práctica se vería si las actividades y ejercicios propuestos son las apropiadas para reducir la ansiedad. Una nueva línea de investigación sería estudiar la aplicación de los diferentes ejercicios y actividades propuestas.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

6. BIBLIOGRAFÍA

- Aires González, M. M. (2014). Trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la infancia. En M.M. Aires González, S. Herrero Remuzgo, E.M. Padilla Muñoz y E.M Rubio Zarzuela (coords.), *Psicopatología en el contexto escolar: Lecciones teórico-prácticas para maestros*, (pp. 139-164). Madrid: Pirámide.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica-Panamericana.
- Aznar García, A. I. (2014). Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1 (1), pp. 53-60. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4696963>
- Ballespí, S. (2014). Trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad por separación. En L. Ezpeleta y J. Toro (Coords.), *Psicopatología del desarrollo*, (pp. 353-373). Madrid: Pirámide.
- Bisquerra Alzina, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid, España: Síntesis.
- Bisquerra, R., Punset, E., Mora, F., García Navarro, E., López-Cassà, È., Pérez-González, J. C.... Planells, O. (2012). ¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31811258/como_educar_las_emociones.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1524312466&Signature=a31iwle051KMqdn%2FqLJy81glfTQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dcomo_educar_las_emociones.pdf#page=28
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11 (4), pp. 939-956. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72711415/>
- Cabrera Pérez, L. y Jiménez Llanos, A. B. (1999). Depresión infantil y rendimiento académico: un estudio comparativo entre casos y controles. *Revista de Investigación Educativa*, 17 (1), (89-106). Recuperado de <http://revistas.um.es/rie/article/view/122291>
- Cárdenas, E. M., Fera, M., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). Guía Clínica para Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes. En S. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro, M.E. Medina-Mora (ed.). México: Instituto Nacional de Psiquiatría.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN NIÑOS
ESCOLARIZADOS EN PRIMARIA

(Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales) Recuperado de
http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf

- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Fernandes, D. C. y Silveira, M. A. (2012). Evaluación de la motivación académica y la ansiedad escolar y posibles relaciones entre ellas. *Revista Psico-USF*, 17 (3), 447-455. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4010/401036091011.pdf>
- García-Fernández, J. M., Martínez-Monteagudo, M. C. Inglés, C. J. (2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4 (1), 63-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2451/245126428003.pdf>
- Giménez-Dasí, M., Quintanilla Cobián, L. y Arias Vega, L. (2016). *Pensando las emociones con atención temprana: programa de intervención para Educación Primaria*. Madrid: Pirámide.
- Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios pedagógicos*, 27, 111-118. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052001000100008>
- Lera, S. y Medrano, L. (2014). Fobias específicas, crisis de angustia y agorafobia. En L. Ezpeleta y J. Toro (Coords.), *Psicopatología del desarrollo*, (pp. 375-397). Madrid: Pirámide.
- López Soler, C., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M. y López Pina, J. A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL. *Anales de psicología*, 26 (2), pp. 325-334. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/167/16713079017/>
- Mañas Mañas, I., Franco Justo, C., Gil Montoya, M. D. y Gil Montoya, C. (2014). Educación consciente: Mindfulness (atención plena) en el ámbito educativo. Educadores conscientes formando a seres humanos conscientes. En R. L. Soriano Díaz y P. Cruz Zúñiga (eds.). *Alianza de civilizaciones, políticas migratorias y educación*. Sevilla, Aconcagua. Recuperado de <http://www.psicologiamindfulness.es/assets/pdfs/39884-20.pdf>
- Moreno, P. (2013). *Aprender de la ansiedad: la sabiduría de las emociones*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Muñoz Dillana, M. S. (2011). Intervención Psicopedagógica en un caso de Fobia Escolar. *Publicaciones Didácticas*, 9, pp.134-139. Recuperado de <https://publicacionesdidacticas.com>
- Puyuelo, R. (1984). *La ansiedad infantil: un difícil bienestar*. Barcelona: Herder.

- Ramírez Goicoechea, E. (2001). Antropología «compleja» de las emociones humanas. *Isegoría*, 25, pp. 177-200. Recuperado de <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/589>
- Rodríguez Sacristán, J. (2009). La ansiedad y sus trastornos en la infancia. En J. Rodríguez Sacristán (coord.), *Psicopatología infantil básica: Teorías y casos clínicos*, (pp. 183-194). Madrid: Pirámide.
- Rodríguez Sacristán, J. (2009). Las depresiones infantiles. En J. Rodríguez Sacristán (coord.), *Psicopatología infantil básica: Teorías y casos clínicos*, (pp. 211-223). Madrid: Pirámide.
- Salaníc González, M. E. (2014). *Ansiedad infantil y comportamiento en el aula* (tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar del Campus Central, Quetzaltenango, Guatemala.
- Sánchez, G. (2011). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. Aspectos clínicos, evaluación e intervención. En M. T. González (coord.), *Psicología clínica de la infancia y la adolescencia. Aspectos clínicos, evaluación e intervención* (pp. 173-200). Madrid: Pirámide.
- Sandín Ferrero, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Xavier Méndez, F., Olivares, J. y Ros, M.C. (2005). *Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia*. En V.E. Caballo y M.A. Simón (direcc. y coord.), *Manual de Psicopatología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales*, (pp. 140-185) Madrid: Pirámide.