



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS
POSGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROPUESTA PARA EL ABORDAJE COGNITIVO – CONDUCTUAL DE
ATAQUES DE PÁNICO EN NIÑOS (AS) ENTRE 6 Y 10 AÑOS DE EDAD, CON
UNA MODALIDAD GRUPAL: UN RECURSO MATERIAL DE INTERVENCIÓN
EN EL SECTOR DE LA SALUD PÚBLICA DE COSTA RICA.**

POSTULANTE:

MPsc. Sadie Steele Chaves

Noviembre, 2014



Caja Costarricense de Seguro Social

Hospital Nacional Psiquiátrico



Centro de Desarrollo Estratégico e Información
en Salud y Seguridad Social

(CENDEISSS)



Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Postgrado

(SEP)

PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

POSGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

El Posgrado en Psicología Clínica y este tribunal que lo representa, hace constar que Sadie Steele Chaves, estudiante de este Posgrado, ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo Final de Graduación titulado: **“PROPUESTA PARA EL ABORDAJE COGNITIVO – CONDUCTUAL DE ATAQUES DE PÁNICO EN NIÑOS (AS) ENTRE 6 Y 10 AÑOS DE EDAD, CON UNA MODALIDAD GRUPAL: UN RECURSO MATERIAL DE INTERVENCIÓN EN EL SECTOR DE LA SALUD PÚBLICA DE COSTA RICA”** el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los 03 de noviembre de 2014, en la ciudad de San José, Costa Rica.

Dra. Karen Quesada Retana

Directora Posgrado Psicología Clínica

Presidenta del Tribunal

Dr. Mariano Rosabal Coto P.hD.

Director Trabajo Final de Graduación

Dedicatoria

A mami y al “Negris”, por haberme acompañado en todo momento, brindado la motivación constante y trasmitirme los valores que me ha permitido ser una persona de bien. A Guillermo por su comprensión y apoyo incondicional durante este reto personal y profesional, gracias “Cochi”.

La eterna gratitud a mi abuelo quien ha creído en mí y me ha otorgado las herramientas para crecer y desarrollarme en la vida. Además de mi abuela, mi admiración!

Agradecimientos

A Dios por bendecirme con esta oportunidad, regalarme salud y permitirme llegar hasta el final y hacer realidad mi sueño.

A la Universidad de Costa Rica por brindar este postgrado con la excelencia académica que los distingue.

A quienes han entregado su esfuerzo y parte de su corazón al Posgrado Dr. Roberto López Core y Dra. Ana María Monteverde.

A mis profesores y supervisores que compartieron su conocimiento, con gran bondad respeto y cariño dejando huella en cada etapa de mi formación especialmente a: Alejandra Villalobos, Guisselle Ballesteros, Marcela López, Karen Quesada, Adriana Cortés, Ana Mora, Walter Ramírez, Rocío Vindas, Cynthia Campos.

Y por supuesto a mis colegas, compañeros residentes quienes cumplieron una pieza fundamental en este rompecabezas e hicieron de esta etapa una experiencia hermosa y especial con cada sonrisa.

Tabla de Contenidos

Carta de aprobación	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria.....	3
Agradecimientos.....	4
Introducción.....	8
CAPÍTULO I: INTRODUCTORIO	10
1.1 Justificación.....	11
1.2 Antecedentes Históricos	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1 Definición de trastornos de ansiedad.....	19
2.2 Definición de trastorno de pánico.....	21
2.2.1 Características sintomáticas del trastorno de pánico	22
2.2.2 Etiología del trastorno de pánico infantil	23
2.2.2.1 Teorías acerca del trastorno de pánico	24
2.4 Diagnóstico.....	27
2.5 Enfoques	29
2.5.1 Enfoque sistémico	29
2.5.2 Enfoque de manejo grupal.....	31
2.6 Tratamiento.....	31
2.6.1 Tratamientos psicológicos	31
2.6.1.1 Terapia de exposición a la evitación agorafóbica.....	31
2.6.1.2 Terapia cognitiva focal.....	35
2.6.1.3 Respiración diafragmática lenta	35
2.6.1.4 Exposición sistemática	36
2.6.1.5 Terapia cognitivo-conductual.....	38
2.6.1.5.1 Tratamiento cognitivo-conductual – Programa Terapéutico de Clark	39
2.6.2 Tratamiento farmacológico.....	46
2.6.3 Otras técnicas utilizadas desde diferente enfoque	48
2.6.3.1 Técnica de liberación emocional (EFT)	48

CAPÍTULO III: PROBLEMAS Y OBJETIVOS	54
3.1 Planteamiento del Problema	55
3.2 Objetivos.....	55
3.2.1 Objetivo General.....	55
3.2.2 Objetivos Específicos	55
3.3 Alcances y limitaciones	55
3.3.1 Alcances	55
3.3.2 Limitaciones	56
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	57
4.1 Tipo de investigación	59
4.2 Fuentes de información	59
4.2.1 Fuentes secundarias	59
4.3 Manejo de la Información.....	59
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	61
5.1 Diagnóstico.....	62
5.2 Enfoques	63
5.3 Tratamiento.....	65
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	68
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	72
CAPÍTULO VIII: PROPUESTA DE ABORDAJE PSICOLÓGICO INDIVIDUAL	75
8.1 Introducción.....	77
8.2 Justificación.....	78
8.3 Objetivos de la Propuesta	79
8.4 Estructura de las Sesiones.....	80
8.5 Selección de Técnicas.....	81
8.6 Temas generales a trabajar	81
8.7 Desarrollo de las sesiones.....	82
8.8 Conclusiones de la propuesta	94
8.9 Recomendaciones de la Propuesta.....	95

8.10 Referencias Bibliográficas de la Propuesta	96
Bibliografía general	97
ANEXOS	100

Introducción

El siguiente documento es una propuesta para el abordaje cognitivo – conductual de ataques de pánico en niños (as) entre 6 y 10 años de edad, con una modalidad grupal, el cual pueda utilizar como un recurso material de intervención en el sector de la Salud Pública de Costa Rica, esta se plantea a partir de la necesidad de abordar a nivel terapéutico los Trastornos de ansiedad, enfocado específicamente en los ataques de pánico, en la población infantil.

Los ataques de pánico se caracterizan por períodos de intensos de sintomatología a nivel físico y psicológico, principalmente están acompañados por fuertes latidos del corazón, sudoración, mareo, náuseas o sentimiento de muerte inminente y miedo. La experiencia es tan molesta que viven con el miedo de que puedan sufrir otro ataque. Los niños y adolescentes con el trastorno suelen hacer cualquier cosa para evitar la situación que provoque otro ataque. Es posible incluso que no quieran ir a la escuela o separarse de sus padres.

Algunos estudios epidemiológicos realizados por la Caja Costarricense del Seguro Social, reflejan que uno de los principales motivos de atención en dicha población consisten en trastornos ansiosos, lo cuales se analizarán posteriormente.

El objetivo principal de esta exposición, es realizar una revisión bibliográfica en dicha temática, basada en artículos científicos e investigaciones del año 2000 en adelante.

A partir de la información analizada, se elaborará una propuesta de abordaje a nivel grupal, desde un enfoque Cognitivo - Conductual, con el fin de brindar un recurso material para los profesionales que laboran en el Sector de la Salud Pública de Costa Rica.

Se describen diversos procedimientos, técnicas e instrumentos, basados en las evidencias y resultados de investigaciones científicas que fundamentan la disminución de la sintomatología ansiosa y el desarrollo de un funcionamiento adaptativo, que le permita al niño continuar con el desarrollo esperable para su edad.

La propuesta a presentar incluye una descripción de diferentes sesiones, con el propósito de permitirle al facilitador que logre ajustarla de acuerdo a la necesidad y posibilidades de la población con la que labora.

Asimismo se brindarán recomendaciones a los profesionales que trabajen en grupo con esta población. Finalmente se plantea dicha propuesta con el fin de responder a una necesidad en la mayoría de los sistemas de salud, de contar con instrumentos y técnicas sistemáticamente seleccionadas y organizadas para el abordaje.

CAPÍTULO I: INTRODUCTORIO

1.1 Justificación

El perfil de salud mental a nivel mundial ha presentado variaciones importantes, principalmente en el aumento significativo de los trastornos mentales y del comportamiento, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2001) en su último informe de la salud mental a nivel mundial “más del 25% de la población mundial es víctima de trastornos mentales y del comportamiento en algún período de la vida.” (p.6) Aunado a esto, se calcula que en cualquier momento alrededor del 10% de la población mundial estará afectada por los trastornos mencionados, que su impacto económico en la sociedad es de gran magnitud y sus repercusiones en el bienestar y calidad de la vida de las personas es considerable. (OMS, 2001)

Más recientemente según estudios epidemiológicos según el DSM V “Entre el 4% y el 28% de las personas en los EE.UU experimentan ataques de pánico en algún momento de su vida. Las estimaciones de prevalencia a 12 meses para el trastorno de pánico en el DSM-5 son de aproximadamente el 2-3% para adolescentes y adultos, y < 0,4% para niños <14 años”.

De lo anterior se deduce que el impacto que la salud mental alterada produce en la población es muy importante, debida a que no únicamente se ve reflejado en el bienestar individual de las personas, sino también en la economía de los países, su grado de desarrollo y el funcionamiento de los sistemas de salud. Por lo tanto, la prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema de salud pública creciente, tomando en cuenta que en el país no existen estudios epidemiológicos actualizados, se estima que los trastornos mentales se han incrementado en función de las variaciones ocurridas en el perfil demográfico y los cambios sociales, económicos y culturales que ha tenido la sociedad costarricense en los últimos años.

Ahora bien, propiamente en el ámbito que compete a la presente revisión bibliográfica, los trastornos de la niñez según la OMS (2001):

las tasas de prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes de cuatro países europeos y dos asiáticos oscilan entre 15 y 17,5%. Tasas semejantes se han

encontrado en estudios epidemiológicos en el último decenio realizados en varios países latinoamericanos. (p.19)

De lo anterior se destaca lo preocupante de las tasas de prevalencia en niños a nivel internacional, cabe señalar que en Costa Rica no se cuenta con estudios actualizados que se relacionen con la prevalencia de alteraciones de la salud mental del niño y el adolescente. En este mismo sentido de ideas, únicamente se dispone de la información suministrada por la Sección de Información Biomédica de la Caja Costarricense del Seguro Social (en adelante C.C.S.S), como lo explica Sáenz y Acuña (2002) a continuación:

En el año 2002 se atendieron en la CCSS 4.585 consultas de psiquiatría infantil, 7.048 de psicología infantil y 3841 de adolescentes. Las estadísticas del Hospital Nacional Psiquiátrico correspondientes al mes de mayo de 2002, señalan el déficit de atención (49,8% de los casos) como primera causa de consulta en el servicio de psiquiatría infantil y de adolescentes, seguido por la depresión (16,5%), trastornos relacionados con el abuso sexual (9,89% y la ansiedad (9,41%). El 71% de las consultas correspondió a escolares, 14% a preescolares y 14,5% a adolescentes En este mismo centro, la primera causa de egreso de menores en el año 2001 fueron los trastornos afectivos (50,32%), ansiedad y estrés grave (18,62%) y trastornos psicóticos (10,7%) (p.25)

De lo anterior se destaca que el principal motivo de atenciones por urgencias mentales de los niños y adolescentes en los servicios de urgencias de la CCSS, fueron los trastornos ansiosos y depresivos.

Por otro lado, es importante señalar que los varones consultaron con más frecuencia por trastornos depresivos, alcoholismo y otros trastornos psicóticos, como se nota en el cuadro N° 1; sin embargo, cuenta con la limitante que no se toma en cuenta las consultas de niños de 6 a 10 años de edad, lo cual son el objetivo de la presente propuesta.

Cuadro N° 1

Consultas por trastornos mentales (%) de personas de 10-19 años en urgencias d la CCSS, por diagnóstico y sexo Costa Rica, 2001

Tipo de urgencia	Hombres	Mujeres
Trastornos mentales	0,88	1,13
Ansiedad	0,29	0,31
Episodio depresivo	0,09	0,29
Otros trastornos neuróticos	0,04	0,27
Alcoholismo	0,11	0,07
Otros trastornos mentales	0,15	0,13
Otros trastornos afectivos	0,02	
Otras psicosis	0,02	0,02
Trastornos esquizoafectivos	0,07	0,02

Esquizofrenia	0,02	
Demencia	0,07	0,02

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2004)

Por lo anteriormente expuesto se considera relevante esta investigación por el impacto negativo de estos trastornos en la salud mental y el desarrollo psicosocial es evidente y se manifiesta en situaciones que comprometen el funcionamiento social del individuo y la familia, su equilibrio emocional y el despliegue de sus potencialidades.

Por esta razón es que se considera de vital importancia la presentación de esta propuesta al sector salud y en particular los servicios de salud mental, ya que en este momento no cuenta con las estrategias metodológicas específicas que hayan sido estudiadas, la población de menores de 6 a 10 años de edad. Aunado a esto, a nivel profesional toma relevancia en el ámbito psicológico ya que puede servir como punto de partida para futuras investigaciones en cuanto al abordaje cognitivo conductual de dicho padecimiento.

1.2 Antecedentes Históricos

El Trastorno de Pánico (en adelante TP) es uno de los desórdenes de ansiedad que pueden ocurrir en cualquier momento, lugar y sin previo aviso, en la actualidad es considerado uno de los más angustiosos para las personas que lo padecen. No obstante, este concepto ha sufrido varias transformaciones a través del tiempo desde su aparición, como se muestra en a continuación.

Las primeras descripciones médicas del trastorno de pánico iniciaron durante el siglo XIX empezaron a aparecer descripciones médicas de patologías similares a lo que hoy conocemos como trastorno de pánico. Da Costa en 1871 (citado por Roca y Roca, 2002) observó entre los soldados de la guerra civil norteamericana un cuadro que incluía, mareos y palpitaciones al que llamó síndrome del corazón irritable o corazón de soldado, la cual se caracteriza por presentar una serie de signos y síntomas clínicos, que hacen sospechar que se trata de una cardiopatía orgánica, sin que esta exista realmente.

Propiamente en el campo de la Psicología, que compete esta investigación, Westphal en 1871 plantea el término agorafobia que describió como “la ansiedad desencadenada por los espacios abiertos que se acompaña como temor anticipatorio o miedo a morir.” (Roca y Roca, 2002, p.2).

Por su parte, Freud (1973) lo define como “el inicio repentino de un estado de intensa ansiedad, acompañado de miedo a morir y de alteraciones fisiológicas (en la respiración, la actividad cardíaca, etc.)” (p.720). Cabe señalar que Freud fue uno de los primeros autores que estableció la relación existente entre la crisis de pánico y la agorafobia, es decir, la ansiedad y los ataques de pánico solo se diferenciaban de la intensidad en el que el individuo los padecía.

Sin embargo, en 1959 y en los cinco años siguientes se realizaron estudios sobre los efectos de la imipramina en los esquizofrénicos, en los cuales se suprimía las crisis de pánico pero no así el estado de ansiedad. Es por esta razón que Klein (1964) concluyó que se trataba de dos cuadros de diferente naturaleza.

Con el Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales DSM-III (1980) desaparece el término neurosis y se dividen en trastorno de pánico y trastorno por ansiedad generalizada, diferenciados por la presencia o ausencia de crisis de angustia espontáneas.

Por otro lado, Beck y Emery (1985) expusieron un modelo explicativo de los trastornos de ansiedad, en el cual consideraban que los ataques de pánico espontáneos, están vinculados a cogniciones catastróficas de ciertas sensaciones internas, según Beck y Emery (1985) dichas cogniciones eran "la pieza pérdida en el rompecabezas" que daba sentido al desencadenamiento de estas crisis. (p. 76). De esta manera se construyen las bases del modelo cognitivo para la ansiedad y el pánico que, años después fue desarrollado por Clark, Salkovskis y el mismo Beck, para el tratamiento del trastorno de pánico como se mostrara en el presente documento.

En este punto es importante mencionar que a raíz de las investigaciones anteriores el tema de los trastornos de pánico dio un giro sustancial, ya que se consideró relevante al considerarse un tema de salud pública y de abordaje interdisciplinario.

En síntesis se puede decir, que las conceptualizaciones del trastorno de pánico se centraban primeramente en la agorafobia, creyéndose que este era el problema principal y que el pánico era una complicación de ésta, sin embargo, actualmente se considera que es

todo lo contrario, aunque la Décima Clasificación de Trastornos Mentales y Conductuales de la Organización Mundial de la Salud considera a la agorafobia como el problema principal (CIE-10, 1992).

En el DSM-IV (1994) los trastornos de angustia se amplían con respecto a las clasificaciones anteriores con nuevas categorías de la siguiente manera:

- Estrés agudo
- Trastornos de ansiedad debidos a enfermedades médicas
- Trastornos de ansiedad inducidos por sustancias

Asimismo, la agorafobia se subordina al trastorno de pánico, si bien puede existir una agorafobia sin historia de pánico; el término fobia simple es sustituido por el de fobia específica y el trastorno obsesivo-compulsivo se mantiene en el contexto de los trastornos de ansiedad.

Según Roca y Roca (2002) la conceptualización de las crisis de pánico como cualitativamente diferente a la ansiedad generalizada fue recogida por el Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (en adelante DSM-III) en el que, por primera vez, aparecía el pánico como un trastorno con entidad propia, gracias a los estudios realizados por Klein.

Clark y Salkovskis (1997) proponen que los sujetos que experimentan ataques de pánico recurrentes se deben a que ellos tienen una tendencia relativamente duradera a malinterpretar las sensaciones benignas del cuerpo indicando un inmediato impedimento psicológico, o catástrofe mental. Esta anomalía cognitiva conduce a una retroalimentación positiva, en la cual la mala interpretación de las sensaciones del cuerpo aumenta la ansiedad, lo que a su vez refuerza las sensaciones, produciendo un círculo vicioso que culmina en un ataque de pánico. (Clark y Salkovskis, 1997, p. 587)

Keegan (1998) es otro exponente de técnicas cognitivas que propone extraer el modelo del círculo vicioso del pánico, identificar y cuestionar las interpretaciones distorsionadas buscando interpretaciones alternativas más realistas.

Lo anterior se resume en la siguiente tabla:

Tabla 1. Resumen de antecedentes del trastorno de pánico¹

Año	Autor	Aportes
1871	Da Costa	Síndrome del corazón irritable o corazón de soldado, la cual se caracteriza por presentar una serie de signos y síntomas clínicos, que hacen sospechar que se trata de una cardiopatía orgánica, sin que esta exista realmente.
1871	Westphal	Plantea el término agorafobia que describió como “la ansiedad desencadenada por los espacios abiertos que se acompaña como temor anticipatorio o miedo a morir.”
1973	Freud	lo define el trastorno de pánico como el inicio repentino de un estado de intensa ansiedad, acompañado de miedo a morir y de alteraciones fisiológicas
1959-1964	Klein	Se realizaron estudios sobre los efectos de la imipramina en los esquizofrénicos, en los cuales se suprimía las crisis de pánico pero no así el estado de ansiedad. Es por esta razón que Klein (1964) concluyó que se trataba de dos cuadros de diferente naturaleza.
1980	Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales DSM-III	Desaparece el término neurosis y se dividen en trastorno de pánico y trastorno por ansiedad generalizada, diferenciados por la presencia o ausencia de crisis de angustia espontáneas.
1985	Beck y Emery	Expusieron un modelo explicativo de los trastornos de ansiedad, en el cual consideraban que los ataques de pánico espontáneos, están vinculados a cogniciones catastróficas de ciertas sensaciones internas
1992	CIE-10	Considera a la agorafobia como el problema principal.

¹ Fuente: Elaboración propia

1994	DSM-IV	<p>Los trastornos de angustia se amplían con respecto a las clasificaciones anteriores con nuevas categorías de la siguiente manera:</p> <p>Estrés agudo</p> <p>Trastornos de ansiedad debidos a enfermedades médicas</p> <p>Trastornos de ansiedad inducidos por sustancias</p>
1997	Clark y Salkovskis	<p>Proponen que los sujetos que experimentan ataques de pánico recurrentes se deben a que ellos tienen una tendencia relativamente duradera a malinterpretar las sensaciones benignas del cuerpo indicando un inmediato impedimento psicológico, o catástrofe mental</p>
1998	Keegan	<p>Es otro exponente de técnicas cognitivas que propone extraer el modelo del círculo vicioso del pánico, identificar y cuestionar las interpretaciones distorsionadas buscando interpretaciones alternativas más realistas</p>

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

En el siguiente apartado se muestran las bases teóricas que sustentan esta investigación, donde se muestran las definiciones, características, tipos de tratamientos, etiología, entre otros relacionados con el trastorno de pánico en niños.

2.1 Definición de trastornos de ansiedad

Diversas son las definiciones que se tienen de los trastornos de ansiedad, sin embargo, se tomaron dos definiciones que se consideraron las más pertinentes para la presente investigación, según *The Nation's Voice on Mental Illnesses* (sus siglas en inglés NAMI) (2005) los trastornos de ansiedad se definen:

Los trastornos de ansiedad ocasionan sentimientos de angustia, de miedo e intranquilidad. Si no se atienden, estos trastornos pueden reducir la productividad dramáticamente y disminuir la calidad de vida de un individuo de una manera significativa. Los trastornos de atención en los niños pueden tener como consecuencia poca atención en el colegio, baja autoestima, relaciones interpersonales deficientes, abuso del alcohol y dificultad para adaptarse. (p.2)

De lo anterior se destaca que este tipo de trastornos son difíciles de reconocer con frecuencia y muchos de los que los individuos que lo padecen se avergüenzan y no piden ayuda o ignoran la realidad de que éstos pueden ser tratados efectivamente.

Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Enfermedades Mentales (en adelante DSM IV TR) lo define como: “Son un grupo de entidades nosológicas psiquiátricas que pueden presentarse en todas las etapas del desarrollo (niño, adolescente, adulto), pero que adquieren una importancia fundamental en la niñez.” (p.34)

Más recientemente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Enfermedades Mentales V, lo define como: “el trastorno de pánico es la experiencia de ataques de pánico inesperados, recurrentes. Al menos uno de estos ataques es seguido por un período de por lo menos un mes de gran preocupación por sufrir otros ataques o por las consecuencias éstos (e.g., ataque cardíaco), o por un cambio conductual significativo como consecuencia de los ataques (e.g., evitación de situaciones, búsqueda de seguridad). La persona puede seguir experimentando diversas frecuencias e intensidades de ataques de pánico, esperados o inesperados.”

De los conceptos anteriores se puede decir que los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad suelen experimentar un miedo intenso, preocupación o inquietud que puede durar largos períodos de tiempo y afectar significativamente sus vidas, en

diversas áreas como en la escuela, las relaciones con iguales, el autoestima, que pueden llegar a repercutir en su adultez en otras áreas.

Según Gold (2006) los trastornos de ansiedad que pueden manifestarse en la niñez son:

Trastorno por ansiedad específico.

Trastorno por ansiedad de separación

Trastorno por ansiedad social.

Trastorno por ansiedad generalizada.

Trastorno obsesivo compulsivo.

Trastorno por estrés postraumático.

Trastorno por pánico. (p.35)

Los trastornos de ansiedad más comunes son:

Trastorno de pánico. Como su nombre lo indica, este trastorno produce ataques de pánico; estos son el sentimiento repentino de terror que ataca repentinamente y sin previo aviso. Los síntomas físicos incluyen: dolor de pecho, palpitaciones, falta de aliento, mareos, malestar estomacal, sensaciones de irrealidad y angustia de enfrentar la muerte. Niños y adolescentes con este tipo de trastornos pueden experimentar sensaciones irreales, exagerada conciencia de sí mismo y tensión. (Gold, 2006, p. 36)

Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Este trastorno se caracteriza por la intrusa repetición de pensamientos no deseados (obsesiones), y/o acciones que parecen imposible de controlar (compulsiones). Los adolescentes pueden llegar a darse cuenta de que sus síntomas no tienen razón de ser y son excesivos, pero los niños más pequeños pueden angustiarse y afligirse con el solo hecho de impedirles sus hábitos convulsivos. El comportamiento compulsivo con frecuencia incluye: contar, arreglar y volver arreglar las cosas o lavarse las manos en exceso. (Gold, 2006, p. 36)

Trastorno de Estrés Post-Traumático. Los síntomas persistentes de éste ocurren después de una experiencia traumática como el haber pasado por un abuso sexual, desastres naturales o violencia extrema. Algunos síntomas son: pesadillas durante el sueño, repentinos recuerdos de imágenes, entorpecimiento de las emociones, depresión sentimientos de enojo e irritabilidad. (Gold, 2006, p. 36)

Fobias. La fobia es una inhabilidad de controlar el miedo irracional a algo que tiene poco o nada de peligro. El miedo conduce a evitar objetos o situaciones que pueden causar sentimientos extremos de terror, miedo y pánico, lo cual puede restringir considerablemente la vida de una persona. Las fobias “específicas” se centran por lo general en objetos particulares (animales) o situaciones (las alturas, lugares encerrados, etc.). Los síntomas comunes en niños y adolescentes con “fobia social” son: hipersensibilidad a la crítica, dificultad para ser asertivos y baja autoestima. (Gold, 2006, p. 37)

Trastorno de ansiedad generalizada. Una indicación de trastorno de ansiedad generalizada es la preocupación crónica y exagerada acerca de actividades y eventos rutinarios en la vida que duran cuando menos seis meses. Los niños y adolescentes con este tipo de trastorno, por lo general son pesimistas y se quejan de fatiga, tensión, dolor de cabeza y náuseas. (Gold, 2006, p. 37)

Otros trastornos de ansiedad reconocidos son: agorafobia, trastorno de estrés agudo, trastorno de ansiedad producto d alguna enfermedad (como anormalidades de la glándula tiroides) y trastorno de ansiedad por sustancias inducidas (como cafeína en exceso). (Gold, 2006, p. 37)

2.2 Definición de trastorno de pánico

Según Manual Diagnóstico y Estadístico de la Enfermedades Mentales (DSM IV) (1994) el trastorno de pánico es:

“cuando se presentan crisis repetidas, algunas de la cuales son inesperadas. Al menos una de ellas se ha seguido durante un mes o más de alguno de los siguientes síntomas: inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis, preocupación por sus consecuencias, cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis. Además, las crisis de pánico no se deben a los efectos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica, ni pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo la fobia social si las crisis aparecen solo al exponerse a situaciones sociales temidas). (p. 35)”

Cabe también mencionar que las crisis de pánico se definen como un episodio de ansiedad aguda con miedo o malestar intenso, acompañado de cuatro o más de los siguientes síntomas que aparecen bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- Palpitaciones o elevación de la frecuencia cardiaca
- Sudor
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento

Sensación de atragantarse
Opresión o malestar en el pecho
Nauseas o molestias abdominales
Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo
Sensación de entumecimiento u hormigueo
Escalofríos o sofocaciones
Percibir las cosas o percibirse a sí mismo de forma extraña
Miedo a morir, volverse loco o perder el control (p. 35)

Otro concepto relevante dentro de los trastornos de pánico es el de agorafobia el cual es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en caso de aparecer una crisis de pánico o síntomas similares, puede no disponerse de ayuda.

En otras palabras, los temores agorafóbicos suelen relacionarse con situaciones que causan ansiedad y a su vez no puede explicarse el porqué de las mismas.

Por su parte, Caballo (2002) citado por Ortiz (2006) señala dos condiciones que permiten catalogar un miedo infantil como fóbico: primero, que la respuesta a las demandas de la situación sea desproporcionada; y segundo, que el comportamiento por su elevada intensidad sea desadaptativo. Es decir, una de las características principales del trastorno de pánico la exageración o la acción desproporcionada a la situación resulta ser determinante en este trastorno como se muestra en los siguientes apartados.

2.2.1 Características sintomáticas del trastorno de pánico

Los niños, al igual que los adolescentes y los adultos portadores de algún tipo de trastorno de ansiedad tienden a tener un tipo de pensamiento particular que se caracteriza por ser exagerado, irracional, negativo y difícil de controlar.

Según Gold (2006) este pensamiento se denomina catastrófico reverberante (CR). Esta forma de pensar podrá dar lugar a cierto tipo de sentimientos básicos, a saber: excesivo miedo, excesiva vergüenza, excesiva preocupación. Cabe señalar que la exageración es uno de los problemas cognitivos importantes de los niños y niñas que sufren del trastorno de pánico.

Es decir, lo que define la enfermedad es la intensidad o la frecuencia desmedida con la que aparecen, o ambas. En realidad lo que se exagera es la interpretación de los estímulos que reciben del medio externo. (Gold, 2006, p.34)

Algunas de las consecuencias de padecer trastorno de pánico en la edad infantil es que por lo general los menores presentan dificultades para quedarse dormido o para mantenerse despierto así como también problemas de concentración e incluso pueden llegar a ser muy irritables. (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2000)

Se puede decir entonces, que los ataques de pánico pueden interferir en las relaciones sociales, el trabajo escolar y el desarrollo normal del niño. Los niños con éste trastorno pueden empezar a sentirse ansiosos la mayor parte del tiempo, aun cuando no están teniendo un ataque de pánico. Lo cual lo lleva a conductas evitativas a ciertos lugares y situaciones. Este patrón evitativo se le conoce como agorafobia término descrito con anterioridad, diferenciándose así, trastorno de pánico con o sin agorafobia.

En resumen, según Mendoza (2013) la sintomatología de los niños con trastorno de pánico es la siguiente:

- A) terror intenso, como un presentimiento de algo terrible está por ocurrir
- B) palpitaciones rápidas del corazón, taquicardia
- C) mareos
- D) falta de aliento o sofoco
- E) temblores o sacudidas
- F) miedo de morir, de perder el control o volverse loco
- G) dolores en el pecho
- H) dificultad para respirar
- I) entumecimiento de las manos o escalofríos
- J) sudoración
- K) malestar estomacal, momentos de calor y frío. (p.4)

Los anteriores pueden estar presentes en conjunto o por separado, por lo que es importante identificarlos y conocer el momento o situación que origina estos síntomas.

2.2.2 Etiología del trastorno de pánico infantil

Tal y como se ha explicado a lo largo de este documento, en el trastorno de pánico el sistema de alarma normal de un cuerpo, es el conjunto de mecanismos mentales y físicos que le permiten a una persona hacer frente a una amenaza, sin embargo, en el trastorno de pánico este sistema de alarma entra en acción sin que sea necesario, es decir cuando no hay peligro objetivo. No se ha podido saber exactamente cómo sucede o por qué algunas personas son más susceptibles que otras a este problema. Se ha llegado a determinar que el trastorno causado por pánico se extiende en la familia, lo que puede sugerir que es

congénito o sea que los genes juegan un papel decisivo al determinar quién lo va a heredar. Sin embargo, algunas personas sin antecedentes familiares de éste mal llegan a sufrirlo. Es por ello que más bien se cree que es el estilo de crianza el que se hereda, así familiares con trastorno de pánico inducirán en los niños temores que pueden traducirse en ataques de pánico.

La etiología del trastorno de pánico es en realidad desconocida, los miedos pueden manifestarse por sí solos sin haber habido una experiencia anterior (innatos) o después de un pequeño estímulo que incluso puede ser aprendido.

Los modelos teóricos existentes son múltiples como se muestra en el siguiente apartado, sin embargo ninguno de estos cuenta con un apoyo empírico inequívoco que lo respalde.

2.2.2.1 Teorías acerca del trastorno de pánico

Según Echeburúa y De Coral (1999) son cuatro modelos: vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica, sucesos estresantes, y aprendizajes focalizados, los cuales se explican a continuación.

Vulnerabilidad biológica: se trata de una variable bastante inespecífica: la tendencia innata a responder de una forma más o menos ansiosa ante los estímulos amenazantes, sujeta a diferencias individuales. Se expresa como una labilidad o reacción variable ante el estrés. En concreto, un umbral más bajo de respuesta y una mayor reacción fisiológica ante el estrés (sensibilidad a la ansiedad) facilitan la adquisición del trastorno de pánico.

Vulnerabilidad psicológica: La percepción temprana y profundamente arraiga de la impredecibilidad e incontralabilidad del ambiente como resultado del aprendizaje familiar y de las experiencias negativas propias constituye asimismo un factor de riesgo. (Echeburúa y De Coral, 1999)

Todo lo anterior facilita la sintomatología ansiosa, es decir, la percepción generalizada de peligro y la expectativa de que algo negativo va a ocurrir un nuevo ataque de pánico y de que tiene que protegerse de ello. Esta aprensión puede referirse a estímulos externos (situaciones habituales de la vida cotidiana) o internos (malestar físico, dolor de cabeza, sensación de mareo, entre otros).

Sucesos de la vida estresantes: funcionan como un elemento disparador cuando se dan las circunstancias descritas anteriormente.

Aprendizajes focalizados: algunos entornos familiares en los que se concede una gran importancia a las enfermedades y en los que son muy frecuentes las visitas a médicos, pueden hacer a una persona centrar tempranamente su atención en las quejas somáticas. De este modo, un niño se puede sensibilizar ante las molestias físicas, considerarlas como algo peligros y desarrollar, en última instancia, una hipocondría o a un trastorno de pánico. (Echeburúa y De Coral, 1999)

En síntesis, se puede decir que si una persona es muy sensible a la ansiedad, cuenta con una gran aprensión ansiosa, está muy focalizada en las quejas somáticas y experimenta un suceso estresante, el nivel de ansiedad sufrido puede rebasar el punto crítico para desencadenar un ataque de pánico. (Echeburúa y De Coral, 1999)

Por otro lado, para Birmaher y Villar (2000) existen diversas teorías se abordan la etiología de los ataques de pánico desde diversos enfoques, los cuales se expondrán a continuación:

Teorías Psicodinámicas

Según estas teorías se postula la existencia de dos tipos de ansiedad, la ansiedad señal y la ansiedad automática. La ansiedad señal sería aquella que se genera ante experiencias actuales similares a acontecimientos pretéritos que amenazan desbordar al ego y despiertan conflictos inconscientes, no resueltos. La ansiedad automática es involuntaria y justificada como respuesta a la economía de la psiquis, es instrumentada por el ego para establecer una defensa contra peligros de deseos emergentes, ocultos (ansiedad de separación, castración).

Por lo que se evidenció una predisposición constitucional (vulnerabilidad heredada) que junto a las experiencias ambientales llevan a la resolución incompleta del conflicto dependencia- independencia. (Birmaher y Villar, 2000, p.324)

Los individuos con trastorno de pánico tendrían una mala representación de sí mismo y una sobre elaborada de los demás, debido al trastorno del sentido de seguridad y protección con sus relaciones íntimas familiares, a la pérdida de confianza en sí mismo y de autonomía personal

Teorías Biológicas

Al respecto, las teorías biológicas se basan:

Predisposición genética: algunas publicaciones sobre familias en la que había varios miembros que presentaban trastorno de pánico fueron demostrando la importancia del factor genético, y los padres que lo padecían lo reconocieron tempranamente en los hijos.

Los pacientes con trastorno de pánico podrían heredar una predisposición genética o familiar a experimentar un ataque de pánico. Tendrían una hipersensibilidad o bajo umbral en su sistema de alarma cerebral, lo que los mantendría en estado de hipervigilancia o alerta excesiva, con activaciones periódicas en forma de crisis por descontrol del sistema. (Birmaher y Villar, 2000, p.324)

Teoría noradrenérgica: explica la sintomatología por activación del locus coeruleus que en los animales es responsable de las reacciones de alarma, ansiedad y miedo. El mecanismo regulador fallaría, se liberarían grandes cantidades de neurotransmisores, no se podría cerrar la descarga que aumentaría aún más la adrenalina.

Teoría serotoninérgica: los partidarios de esta teoría adjudican el cuadro a un incremento de la transmisión de SHT (5, idrocitriptamina). (Birmaher y Villar, 2000, p.325)

Teoría gabaaminérgica: responsabiliza al sistema gababenzodiazepínico, postulando que el cuadro clínico se debe a la hipofunción o hiposensibilidad de los receptores gababenzodiazepínicos.

Factores genéticos, hereditarios y familiares: muchos investigadores observaron que el trastorno de pánico y agorafobia están presentes en varios miembros de una misma familia. En la actualidad existen estudios avanzados sobre la existencia de un gen responsable que sería de Locus dominante y de penetración relativamente alta. (Birmaher y Villar, 2000, p.325)

Teoría Cognitiva Conductual

Se basan en las teorías del aprendizaje y explican mejor la recurrencia de los ataques de pánico que la aparición del primer episodio.

Según Birmaher y Villar (2000)

La aparición espontánea de un ataque de pánico (que consideran una forma grave de ansiedad anticipatoria), no es tal, sino que el ataque de pánico se desencadena cuando el paciente piensa, visualiza o está en presencia de una situación que le produce fobia. Refieren la ansiedad como una lectura exagerada y sobreestimada de los síntomas internos, por ejemplo si el individuo relaciona el ataque de pánico con las palpitaciones que surgen en el ejercicio físico, haciendo una lectura errónea de los síntomas, esto hace que aumente su ansiedad, aumentándose los síntomas somáticos.

La evidencia clínica muchas veces apoya esta hipótesis ya que la mayoría de los pacientes dicen tener casi siempre pensamientos catastróficos, miedo a morir, a descontrolarse o volverse loco. Al reducir las malas interpretaciones de las sensaciones somáticas presentes durante un ataque de pánico, disminuiría la intensidad y frecuencia de éstos.

2.4 Diagnóstico

Según Cárdenas, Feria, Palacios y De la Peña (2010):

Los criterios diagnósticos de investigación del CIE-10 para la crisis de angustia son idénticos a los de DSM-IV excepto en el hecho de que la CIE-10 incluye un síntoma adicional: boca seca. A diferencia del DSM-IV, el diagnóstico que propone la CIE-10 exige que por lo menos uno de los síntomas corresponda a palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca. La CIE-10 indica al menos 4 crisis en un periodo de 4 semanas, mientras que el DSM-IV, solo el que las crisis de angustia resulten clínicamente significativas, sin especificar un número de crisis por tiempo determinado.

Para establecer el diagnóstico del trastorno de pánico es indispensable saber claramente los síntomas que caracterizan a las crisis de angustia, pues su presencia es parte del diagnóstico del trastorno. Los criterios para calificar a una crisis de angustia según el DSM-IV-TR son:

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse

- Opresión o malestar torácico
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- Escalofríos o sofocaciones. (Cardenas et al, 2010, p. 23)

La crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo). Y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Ahora bien, es importante señalar que existen tres tipos de angustia, la crisis de angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), las crisis de angustia situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales) y las que pueden o no aparecer con estímulos situacionales. En el trastorno de pánico se requiere que existan crisis de angustia inesperadas. Las crisis de angustia no son un diagnóstico aislado, no puede establecerse como tal, pues es una manifestación que depende de la presencia de otro trastorno, como el trastorno de pánico o las fobias, donde al exponerse al objeto de la fobia se desencadena una crisis de angustia. Entonces se puede decir, que los criterios diagnósticos del trastorno son:

A. Se cumplen (1 y (2):

1. Aparición e crisis de angustia inesperadas y en varias ocasiones.
2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes o más de uno o más de los siguientes síntomas:

Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, volverse loco)

Cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis.

Cabe señalar que puede hacerse la especificación del trastorno de pánico con o sin agorafobia. Como se mencionó en apartados anteriores, la agorafobia es la ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o si apareciera una crisis de angustia inesperada no se puede disponer prontamente de ayuda, como estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer fila, pasar un puente, viajar en autobús o algún otro transporte. Cuando esto ocurre el paciente requiere la compañía de alguien para soportarlo o evitar enfrentarse a esa situación, por lo que cambia notablemente las conductas.

En el caso específico de los niños y niñas, cuando estos acuden a consulta o son llevados por los padres debido a los síntomas de ansiedad que hacen sospechar de trastorno de pánico, es importante que conversar sobre el tiempo de evolución, síntomas, el deterioro que le ocasionan. De ahí la importancia de descartar cualquier enfermedad no psiquiátrica que explique las crisis de angustia, como distiroidismo, consumo de sustancias, alteraciones metabólicas, entre otras, pues la ausencia de una causa médica o por efecto de una sustancia que puede generar esos síntomas es uno de los criterios para pensar en un trastorno de pánico.

2.5 Otros enfoques

2.5.1 Enfoque sistémico

Los modelos sistémicos, encuentran su desarrollo unido a la evolución de la psicoterapia familiar. En los años 60 en los Estados Unidos surge un predominio de la teoría de la comunicación, surgiendo el grupo de Palo Alto a partir de los estudios de Bateson sobre la comunicación entre esquizofrénico y su familia, destacando los aspectos comunicacionales.

Los autores Ruiz y Cano (1999) plantean como sucesora de Bateson, la segunda generación de la escuela de Palo Alto, la Escuela Interaccional del MRI (Mental Research Institute), entre sus precursores figuran Watzlawich, Weaklan, y Fishs , cuyo modelo ha sido aplicado tanto a familias como a casos individuales. Esta escuela encuentra los auténticos problemas en las soluciones intentadas por la familia, buscando con las intervenciones un corto circuito en el flujo problema-solución intentada. Se distingue entre:

Cambio- 1 entendiéndose por este los intentos, siguiendo la lógica, contrario al problema, sin cambiar la estructura del sistema, y los *Cambios- 2* como aquellos intentos centrados en intervenciones paradójicas, distinta al sentido común, buscando cambios en la estructura familiar .

En esta misma época, gracias a los estudios de Minuchin, se desarrolla la Escuela Estructural estratégica de terapia familiar. Centrada en los sistemas triádicos, entendiéndolos como relaciones entre tres miembros, como mínimo. (p.69)

Es decir, para esta escuela los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones suponiendo en la primera la mayor cercanía afectiva entre dos miembros en relación a otro. Y la coalición como lo opuesto, vale decir sentimientos en contra de un tercero, dando como resultado la disfunción familiar y el impedimento de su desarrollo.

En Europa, específicamente en Italia, nace La Escuela de Milán (Selvin- Palazzolli) centrado en las pautas comunicacionales en el funcionamiento familiar. Las intervenciones, como en los otros enfoques, apunta a una redefinición del problema, buscando modificar la estructura del sistema familiar disfuncional y la utilización de las prescripciones paradójicas, como por ejemplo estimular el mal funcionamiento familiar para lograr uno mejor.

Siguiendo con este desarrollo los autores Ruiz y Cano (1999) plantean que en la actualidad existen dos grandes corrientes en la terapia sistémica, una más conductual que interesa para el desarrollo de este documento, Haley como representante más fuerte, orientada a las secuencias interaccionales y su modificación, y otra corriente más cognitiva o constructivista. Los modelos constructivistas (Procter, Cecchin, Anderson) centrado en las premisas familiares, los significados compartidos por la familia, las creencias familiares, dirigiendo la intervención a reconstruir la historia que ha sido creada alrededor del problema, desarrollando, como consecuencia, una nueva narrativa, narraciones alternativas.

Siguiendo con la misma línea, Nardone (1997) se refiere a una de estas corrientes definiéndola como el modelo estratégico, enfatizando como el principal objetivo hacer más funcional la relación con la realidad. Adiciona que mientras el cognitivismo llega a la solución del problema de ansiedad, pánico o fobia mediante un cambio gradual de las cogniciones del paciente, el modelo estratégico llega a la solución del mismo problema a través de la utilización de tácticas y técnicas que permiten oponerse a la resistencia al cambio del paciente y lo lleva a experimentar de manera concreta nuevas modalidades de percepción. Continúa definiendo a la intervención conductista como “centrada en la reducción y el control de las repuestas del sujeto ante la realidad amenazadora” (Nardone 1997, p. 98), agregando que es una intervención superficial, mientras que la intervención

estratégica es profunda ya que se centra en el cambio de las modalidades perceptivas frente a la realidad amenazadora, cambiando las respuestas conductistas del sujeto.

2.5.2 Enfoque de manejo grupal

El tratamiento psicológico de los pacientes con trastorno de pánico en formato grupal se ha demostrado que es el más efectivo o al menos es que tiene los resultados más duradero para los individuos que han tratados desde este enfoque de manejo grupal.

Desde el punto de vista de autores como Barlow y Cerny (1988 y Barlow y Craske (1989) las razones para realizar este tratamiento son su eficacia demostrada en diversos estudios y el ahorro en tiempo por parte del terapeuta. Aunado a esto, dispone de un manual de autoayuda que según los autores antes mencionados sirvió como apoyo para el tratamiento.

Ahora bien, desde la perspectiva fundamentada por Clark y Salkovkis consideran que los experimentos conductuales son más eficaces si se practican en grupo.

De lo anterior se destaca que la terapia de grupo provee de medios que podrían favorecer la modificación de los pacientes con trastorno de pánico, además, espacios para el fortalecimientos de las habilidades sociales y de adecuadas relaciones interpersonales. Sin embargo, lo más importante es que las personas ven la mejoría mutuamente y comparten sus experiencias.

2.6 Tratamiento

2.6.1 Tratamientos psicológicos

Las primeras intervenciones psicológicas más en concreto la terapia de exposición se ha centrado en el tratamiento de la evitación agorafóbica y han abordado el pánico de manera secundaria, es decir, como un episodio más de la agorafobia como se mencionó en los antecedentes de esta investigación. No obstante, recientemente se han desarrollado tratamientos específicos para los ataques de pánico con un enfoque más cognitivo conductual.

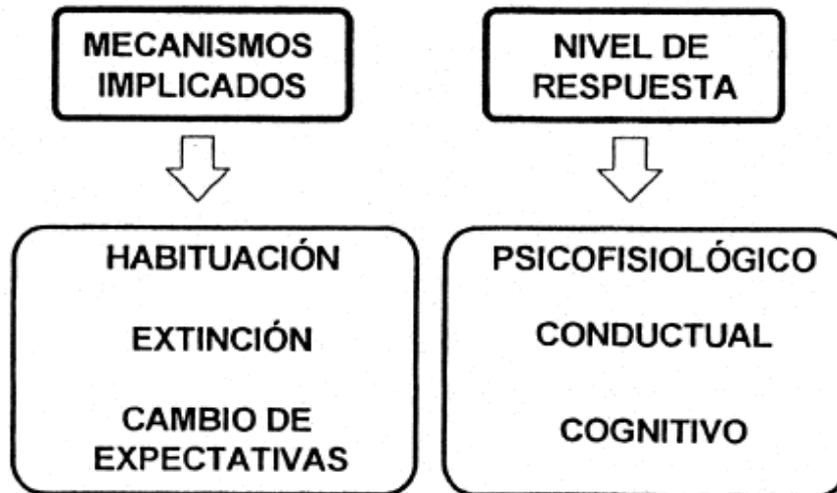
2.6.1.1 Terapia de exposición a la evitación agorafóbica

La terapia de exposición se ha aplicado fundamentalmente a la evitación agorafóbica, consiste en programas unas tareas de exposición concretas que el paciente debe llevar a cabo de forma progresiva para conseguir los objetivos terapéuticos, es decir, las conductas que el paciente teme o evita y que le crean dificultades en su vida cotidiana. (Echeburúa y De Coral, 1999)

Esta terapia actúa sobre las conductas de evitación, pero también sobre el pánico y sobre las distorsiones cognitivas (solo que en este último caso requiere más tiempo), es decir, una gran parte de los ataques de pánico son en una u otra medida, situacionales.

Los programas de exposición son breves (de 6 a 10 sesiones) se estructuran en un formato de auto exposición y se cuenta con la ayuda de los registros de exposición, un manual de autoayuda y la presencia inicial de un coterapeuta no profesional. (Bueno y Buceta, 1998 citado por Echeburúa y De Coral, 1999). La eficacia obtenida con esta técnica depende del grado de habituación psicofisiológica a las situaciones temidas. A continuación se muestra los mecanismos implicados en esta terapia y el nivel de respuesta dado por lo individuos.

Figura 1. Tratamiento de exposición



Fuente: Echeburúa y De Coral, 1999, p. 683

En este mismo sentido de ideas, las estrategias de afrontamiento adecuadas para superar el malestar de la exposición son diversas de un individuo a otro. En este tipo de trastorno, lo que la mayoría de los pacientes teme es un repentino ataque de pánico, cabe señalar que este tipo de ataques son poco frecuentes los momentos de exposición, no obstante si se produjera el ataque es importante que se realicen las siguientes estrategias:

Apartarse un poco del lugar donde ocurrió y sentarse cerca de ese mismo lugar ahuyentando los pensamientos negativos del tipo de "debo de tener un ataque al corazón". Tales sucesos, que pueden afectar a cualquier persona, no ocurren durante los ataques de pánico

Afrontar (cuando el ataque termine) la situación fóbica de nuevo inmediatamente, Una vez que un ataque de pánico pasa, es improbable que vuelva por un tiempo. No hay que dejar, por ello, que se eche a perder la práctica previa.

De lo anterior se destaca la terapia de auto exposición tienen éxito debido al protagonismo de los pacientes, por lo general, el fracaso de este tipo de terapia se da por el incumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

A continuación se observa un cuadro con las técnicas de exposición que se da en la terapia de auto exposición.

Cuadro N° 2 Resumen sobre las técnicas de exposición

Variables	Alternativas		Eficacia máxima
Modalidad	Imaginación	En vivo	En vivo
Agente de la exposición	Auto exposición	Con presencia del terapeuta	Auto exposición
Intensidad	Gradual	Brusca	Tan brusca como pueda tolerar el paciente
Intervalo entre tareas	Corto	Largo	Corto (diario)
Duración de las tareas	Corta	Larga	Tan larga como para facilitar la habituación (30-120 por término medio)
Activación en la tarea	Grado alto de ansiedad	Grado bajo de ansiedad	No importante
Implicación atencional	Atención a la tarea	Distracción cognitiva	Atención a la tarea
Ayudas	Manual de autoayuda	Ayuda de un coterapeuta	Ambas
Estrategias de afrontamiento	Auto instrucciones	Respiraciones instrucciones lentas y profundas	Variables de unos pacientes a otros
Psicofármacos	Antidepresivos	Ansiolíticos	Ninguno (antidepresivos solo en el caso de un estado de ánimo disfórico)

Fuente: Echeburúa y De Coral, 1999, p. 685

2.6.1.2 Terapia cognitiva focal

Según Echeburúa y De Coral (1999) “es el tratamiento psicológico para el pánico más investigado y tiene como objetivo el afrontamiento de los ataques de pánico inesperados” (p. 685)

Este mismo autor menciona que existen varios manuales que describen dicho tratamiento en formato detallado o de auto ayuda como el Barlow y Craske, el de Botella y Ballester, Pastor y Sevillá y el de Roca y Roca. Estos programas de tratamiento consisten en 10 o 15 sesiones, lo cual consta de los siguientes módulos:

Modulo psicoeducativo: consiste en explicarle al paciente la naturaleza de la ansiedad y del pánico, como algo normal, que se transforman en anormales pero no son peligrosas, cuando se disparan en circunstancias inadecuadas y actúan como un sistema de alarma defectuoso.

Reestructuración cognitiva: Tiene como objetivo identificar y modificar los pensamientos catastróficos automáticos por medio de las siguientes técnicas:

Cuestionamiento: ¿Cuál es la probabilidad de que esos sucesos terribles vayan a ocurrir a raíz de la evidencia acumulada en las experiencias pasadas?

Desdramatización: sí, a pesar de todo, ocurren esos hechos temidos no son tan terribles como uno lo piensa

Generación de pensamientos alternativos. (Echeburúa y De Coral, 1999, p. 686)

De lo anterior se deduce que con esta técnica lo que se busca es reducir la sensibilidad a la ansiedad y la tendencia a reaccionar con temor ante ciertas situaciones.

2.6.1.3 Respiración diafragmática lenta

En este tratamiento se le enseña al paciente a hacer superficial y enlentecer la respiración (8-10 ciclos respiratorios por minuto), que se efectúa por la nariz, para que pueda aplicarla en situaciones de estrés y sea capaz de hacer frente, en su caso, a la hiperventilación. Este tratamiento facilita la sensación de control y autoeficacia que disminuye la ansiedad anticipatoria. (Echeburúa y De Coral, 1999, p. 687)

2.6.1.4 Exposición sistemática

Esta tiene como objetivo la eliminación del miedo y consta de dos fases que se explican a continuación.

Exposición a las sensaciones corporales asociadas con los ataques de pánico (sensaciones interoceptivas): se trata de inducir en la clínica pequeños ataques de pánico con el objetivo de desconfirmar las creencias catastróficas. Esta terapia tiene como objetivo la desconfirmación de las creencias catastróficas por lo que los tiempos de exposición son más cortos y los procedimientos terapéuticos se centran más en la reestructuración cognitiva que lleva a una reevaluación del supuesto peligro. (Echeburúa y De Coral, 1999, p. 687)

Exposición a las conductas evitadas en el ambiente natural (experimentos conductuales): se trata de exponer al paciente a situaciones atractivas evitadas pero también a conductas gratificantes que pueden generar sensaciones internas desagradables. (Echeburúa y De Coral, 1999, p. 688)

En síntesis, se puede decir que el tratamiento debe ser multimodal, incluyendo:

A.- Intervención psicoeducativa

- 1.- Educación de los padres y otras personas significativas acerca de los síntomas
- 2.- Educar al niño o adolescente de forma apropiada a su edad
- 3.- Colaborar con el personal escolar cuando los síntomas incluyan el ámbito educativo
- 4.- Consultar y colaborar con Atención Primaria. (Scott & Compton, 2004, p. 43)

B.- Psicoterapia

- 1.- Programa conductual que incluya al niño o adolescente, padres, profesores y otras personas significativas
- 2.- Intervenciones familiares que incluyan terapia familiar, intervenciones padres-hijos, y guía a los padres

3.- Psicoterapias individuales

a) Cognitivo-Conductual

b) Psicodinámica. (Scott & Compton, 2004, p. 43)

C.- Farmacoterapia

1.- Tricíclicos: previo al inicio de la medicación realizar registro de constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, ECG), registro de niveles plasmáticos de fármacos en relación a riesgos clínicos, toxicidad.

2.- Benzodiacepinas: aunque los datos disponibles del uso de BZD en los niños siguen siendo limitados, están siendo usadas sobre todo en la ansiedad anticipatoria y en los trastornos de pánico. Considerar siempre riesgo/beneficios.

3.- ISRSs: datos preliminares sugieren que pueden ser efectivos en el tratamiento de la ansiedad de niños y adolescentes

4.- Betabloqueantes: utilidad limitada en el tratamiento de la ansiedad de niños y adolescentes.

5.- Otras: reconocidos los síntomas psicósomáticos como manifestaciones de la ansiedad, pueden ser beneficiosos en algunos casos los antihistamínicos para las reacciones atópicas, espasmolíticos para alteraciones gastrointestinales.

6.- Neurolépticos no es recomendable su uso en los trastornos de ansiedad de niños y de adolescentes salvo en el Síndrome de Gilles de la Tourette.

D.- Hospitalización: en aquellos casos en los que la gravedad de los síntomas requieran hospitalización, cuando ha existido fracaso del tratamiento ambulatorio o hay dificultades en la contención familiar. (Scott & Compton, 2004, p. 43)

Aunque se sabe que puede haber mejoras espontáneas, el hecho de que el trastorno de pánico sea una enfermedad tan invalidante, un tratamiento precoz es el más adecuado, para ello es necesario que el diagnóstico sea lo más completo y profundo posible para

poder detectar la etiología, plantear un diagnóstico válido y planificar un tratamiento eficaz.

Según Roca (2004) muchos tratamientos efectivos se han estado desarrollando para el trastorno de pánico. Se ha planteado un tratamiento mixto en donde se combine la psicoterapia de tipo cognitivo-conductual junto con el uso de psicofármacos.

2.1.6.5 Terapia cognitivo-conductual

La psicoterapia se debe realizar en la forma y el orden que cada terapeuta considere más útil, pero en general, el primer paso será informar correctamente tanto al niño como a su familia de lo que ocurre. En las entrevistas con él se buscará la forma de hacerle entender como es su enfermedad, como será el trabajo a realizar juntos y como podrá contribuir para lograr el éxito, siempre en un clima de confianza y seguridad. Se le restará importancia a la creencia que el niño tiene acerca de un determinismo de la crisis, lo cual disminuirá el estrés que presenta. (Roca, 2004)

La terapia cognitivo conductual es una combinación de terapia cognitiva, que puede modificar o eliminar el patrón de pensamientos que contribuyen a la sintomatología, y una terapia conductual que ayuda al niño a cambiar su comportamiento.

En lo cognitivo se ha planteado un modelo cognitivo del ataque de pánico, este modelo plantea que los sujetos que sufren trastorno de pánico están inmersos en un ciclo de miedos. Este ciclo opera de la siguiente manera: Primero el niño siente una potencial preocupación además de un incremento en la frecuencia cardíaca, dolor estomacal, etc. Esta sensación puede producirse por algún miedo o situación de miedo evocada, sensaciones corporales internas, pensamientos o imágenes. El niño responde a estas sensaciones con ansiedad. La ansiedad inicial gatilla más sensaciones desagradables, que aumentan a su vez la ansiedad, dando paso a los pensamientos catastróficos. El niño piensa: " me estoy volviendo loco" o pensamientos de esta índole. Cuando este círculo vicioso continúa da paso al ataque de pánico. El niño puede no saber cuáles fueron las primeras sensaciones o pensamientos. (Roca, 2004)

Esta terapia cognitiva consistirá entonces en que el niño aprenda a reconocer los pensamientos o sentimientos de ansiedad iniciales junto con los síntomas somáticos dados en esta secuencia y modificar la respuesta a ellas. Se les enseña que los pensamientos típicos como " ¡este sentimiento horrible está empeorando!" o "me va a dar un ataque de

pánico", pueden ser reemplazados por "es sólo una incomodidad, ya pasará" que ayuda a reducir la ansiedad y protegerse del ataque de pánico. A través de la modificación de las ideas, el niño tendrá mayor control de su problema. (Roca, 2004)

Junto a esto está la terapia conductual que ayuda a disminuir las sensaciones de ansiedad y los síntomas somáticos enseñando al niño técnicas de relajación y distracción para el momento en que aparece el ataque. A través del aprender a relajarse el niño adquiere la habilidad de reducir la ansiedad que produce el ataque de pánico. También se le enseñan ejercicios de respiración, así el niño aprende a controlarla y evitar la hiperventilación o dificultad para respirar durante el ataque de pánico. (Roca, 2004)

Con esto el niño irá conociendo el problema y conviviendo con él y llegará así al último periodo, en que podrá enfrentarlo y superarlo.

Actualmente se encuentran nuevos diagnósticos o patologías que se presentan cada vez con mayor frecuencia. Una de ellas son los ataques de pánico. Clínicamente puede afectar la funcionalidad de las personas en diferentes áreas, dependiendo de intensidad, no obstante puede afectar la vida de una persona limitando sus actividades por temor a que en el momento menos esperado, se produzca un nuevo episodio. En este sentido, el objetivo central de la terapia cognitiva es lograr la reestructuración cognitiva, objetivo que se busca junto al paciente dentro de un tratamiento activo, directivo, estructurado y de duración limitada tal y como se muestra en el siguiente apartado.

2.1.6.5.1 Tratamiento cognitivo-conductual – Programa Terapéutico de Clark

Clark, Salkovskis y Öst (1997) proponen que:

Los sujetos que experimentan ataques de pánico recurrentes se deben a que ellos tienen una tendencia relativamente duradera a malinterpretar las sensaciones benignas del cuerpo indicando un inmediato impedimento psicológico, o catástrofe mental. Esta anomalía cognitiva conduce a una retroalimentación positiva, en la cual la mala interpretación de las sensaciones del cuerpo aumenta la ansiedad, lo que a su vez refuerza las sensaciones, produciendo un círculo vicioso que culmina en un ataque de pánico. (p. 206)

Según la postura de Clark con respecto a los ataques de pánico, ninguna sensación física produciría pánico a menos que se asocie simultáneamente a una cognición distorsionada. Surge una relación de significado entre los síntomas somáticos y las cogniciones.

El tratamiento debe apuntar a ayudar al paciente a identificar y cambiar las interpretaciones catastróficas de sus sensaciones corporales. El objetivo que persigue el tratamiento es que el paciente se cuestione esas creencias, las ponga a prueba para finalmente modificarlas. Los experimentos conductuales, centrados en exposiciones tanto a las sensaciones internas temidas como a las actividades y situaciones evitadas, son de suma importancia en la reestructuración cognitiva, se utilizan para comprobar la validez de las creencias del paciente, al afrontar y comprobar que no se producen las catástrofes temidas, el objetivo es la disconfirmación de las creencias catastróficas.

Los principales pasos del tratamiento según Clark et al (1997) serían:

- Instruir al paciente en el modelo cognitivo. Es un paso psicoeducativo, se explican las características del tratamiento y los elementos básicos de la terapia sobre el trastorno que padece el sujeto.
- Identificar los temores catastróficos ligados a las sensaciones.
- Inducir las sensaciones para probar el círculo vicioso. Poner a prueba los temores catastróficos e identificar interpretaciones alternativas que modifiquen y reemplacen a las anteriores, buscar la reestructuración cognitiva.
- Realizar experimentos comportamentales para cuestionar las creencias catastróficas, poner a prueba las creencias alternativas y suspender las conductas de evitación. (p.207)

Por otro lado, para Keegan (1998) entre las técnicas cognitivas empleadas en el tratamiento se encuentra la revisión de un ataque de pánico reciente, extraer el modelo del círculo vicioso del pánico, identificar y cuestionar las interpretaciones distorsionadas buscando interpretaciones alternativas más realistas.

Como se ha explicado anteriormente en este documento, los pacientes que sufren de pánico con agorafobia están en constante estado hiperalerta, focalizando la atención en sus signos y síntomas, esto los alarma más, agravándolos e interpretándolos como peligrosos. Según Cía (2003) la mejor manera de desafiar estas interpretaciones es experimentar experiencias correctivas, trabajando con la interocepción, esta técnica implica exponerse uno mismo a las propias sensaciones internas y provocarlas. A partir de la inducción de las sensaciones temidas se busca lograr que el paciente reaprenda que las sensaciones y síntomas de la crisis no son peligrosas, al responder de manera diferente a ellas, las mismas dejan de representar ansiedad en el individuo. Lo anterior se logra por medio de técnicas como la hiperventilación, leyendo pares de palabras referidas a sensaciones temidas, trotar en el lugar.

Además del trabajo cognitivo, el paciente debe aprender a lidiar con las sensaciones para lo cual hay que afrontarlas y no evitarlas. Los experimentos conductuales tienen el objetivo no solo de identificar y modificar las interpretaciones catastróficas, sino también entrenar en técnicas como la respiración lenta y técnicas de distracción para lograr el afrontamiento del pánico, tal y como se describió en apartados anteriores.

Por su parte, Chappa (1997) se refiere a la técnica de la exposición en vivo para el tratamiento de la agorafobia como el desarrollo más importante del modelo comportamental. Se cuenta con tareas a realizar entre las sesiones, característica central de la terapia cognitiva, como escuchar grabaciones, ejercicios diarios, lista de instrucciones a seguir en caso de sufrir las sensaciones temidas.

Como se viene desarrollando hasta el momento, los tratamientos cognitivo-conductuales del pánico incluye varias técnicas, se plantea que las más eficaces son la reestructuración cognitiva focalizada y la exposición a los estímulos temidos, sin llevar a cabo ningún tipo de exposición, la reestructuración cognitiva no suele ser tan eficaz, ya que los ejercicios conductuales se utilizan para comprobar la validez de las creencias y para facilitar la reevaluación de los estímulos amenazadores.

Según los autores Ballester y Botella (1992) aplicaron el programa terapéutico de Clark a un caso de trastorno de pánico con agorafobia, obteniendo, en diez sesiones, los resultados buscados, realizando un seguimiento a los dos, seis y doce meses de finalizada la terapia. El terapeuta, adoptando un papel activo en el tratamiento, pretende que el paciente busque y encuentre las evidencias que pongan en duda las interpretaciones disfuncionales que hace de sus sensaciones. Se trata de un estilo terapéutico socrático, como plantea Chappa (1992) el terapeuta orienta las preguntas de tal manera que el paciente puede extraer conclusiones sobre sus temores a partir de sus propias respuestas y entablar una relación cooperativa terapéutica con el paciente, para poder ayudarlos a descubrir las percepciones que son incongruentes con la realidad.

A continuación se describen la estructura de las sesiones según Ballester y Botella (1992) y el modelo terapéutico de Clark:

Primera sesión:

Durante la primera sesión es importante iniciar con el establecimiento de una relación empática entre el terapeuta y los niños.

Luego de trabajar en lo anterior, se procede a indagar sobre el comienzo y curso del problema, si hubo tratamientos previos, con el fin de tener una visión más amplia de la situación particular de los niños.

Se hace un análisis minucioso de las características que definen las crisis del paciente. Para averiguar los síntomas y los pensamientos más frecuentes en las crisis se busca información sobre la última crisis vivida, detallando situación, síntomas corporales, pensamientos, comportamientos.

Como se expuso con anterioridad, los pacientes interpretan catastróficamente los síntomas físicos, es así como la opresión en el pecho es interpretada como un ataque al corazón.

El terapeuta intenta explicar la relación que existe entre los síntomas experimentados, las cogniciones y sobre la relación temporal que comparten, cuando comienza a interpretar las sensaciones los síntomas se hacen aún más insoportables.

También se indaga sobre otras situaciones en las que ha tenido crisis, las reacciones típicas ante las mismas, evitación de actividades y situaciones por miedo sufrir una crisis, tales situaciones son establecidas como conductas objetivo.

Se entrega el diario de ataques pánico, donde se registra diariamente las situaciones en que ocurren las crisis, su duración, intensidad subjetiva de la crisis en una escala de 0 a 10 y las sensaciones corporales experimentadas. Este material es revisado al inicio de cada sesión.

Segunda sesión:

Tiene como objetivo presentar el modelo cognitivo del abordaje de los ataques de pánico. La información se presenta mediante ejemplos. Para demostrar el papel de los pensamientos en la ansiedad, los autores hacen uso del ejemplo de Beck citado por Keegan (1998), como ante un ruido extraño en la casa, la reacción emocional, las sensaciones

corporales y comportamiento varía según se interpreta como un ladrón tratando de entrar o como una ventana rota por la tormenta.

En esta etapa también se trata el tema de la hiperventilación, para demostrar la importancia de la misma y el lugar que ocupa en el proceso del pánico, el terapeuta solicita al paciente que siga un ritmo de respiración rápido y profundo. Las sensaciones provocadas por el ejercicio son similares a las que se experimenta en las crisis, como la falta de aire, temblores, sudoración, palpitaciones, miedo a desmayarse, etc.

Para continuar con el análisis del papel de los pensamientos en el desencadenamiento de las crisis se amplía el diario del pánico agregándose el registro de la interpretación de las sensaciones en sus crisis y el grado de creencia en las interpretaciones catastróficas.

Desde este momento es importante enseñar las técnicas de relajación a cada uno de los niños, como una herramienta útil para la disminución de las reacciones del sistema nervioso simpático e ir generando la sensación de autocontrol.

Tercera sesión:

En esta sesión se revisan dos puntos, las dudas respecto al modelo cognitivo del pánico y del papel de la hiperventilación en sus crisis y se instruye sobre la respiración lenta, en posición sentado o tumbado.

Para cubrir este último punto se pide al paciente que vuelva a hiperventilar, seguido se solicita que respire lento, se graba esta respiración, demostrando como disminuye la intensidad de los síntomas producidos por la hiperventilación.

Antes de finalizar el encuentro se entrega la grabación y se asigna la tarea de seguir ese ritmo dos veces al día durante media hora, en la misma posición ensayada en la sesión.

Cuarta sesión:

Los objetivos a cubrir en esta sesión son los de comentar las dificultades encontradas con el ejercicio de la respiración lenta y siguiendo los mismo pasos que en la sesión anterior se procede a entrenar en la respiración lenta de pie, se asigna la misma tarea.

Para reforzar el aprendizaje sobre el papel que cumplen las cogniciones en las crisis se realiza el siguiente experimento conductual, el terapeuta lee al paciente un listado de pares de palabras asociadas, una es un síntoma frecuente en el pánico y la otra una consecuencia del síntoma, un ejemplo es palpitaciones-morir. La lectura del listado provoca estado de ansiedad, con los síntomas comunes, palpitaciones, sudoración, etc.

También se trata de explorar el papel de la auto-atención corporal en las crisis, Ballester y Botella (1992) plantean que es un factor esencial para comprender el proceso del pánico, resaltan como un alto nivel de introspectividad lleva a una mayor conciencia corporal y esto a experimentar más síntomas. Siguiendo con esta línea Keegan (1998) entre los factores que favorecen el mantenimiento de la ansiedad nombra la atención selectiva, a partir de esta, quienes se creen en peligro tienen una mayor sensibilidad a estímulos congruentes con el peligro percibido.

Para poner de manifiesto la importancia de la auto-atención se lleva a cabo un experimento conductual, el cual consiste en solicitar al paciente que se concentre en su corazón e intente captar sus propias palpitaciones. A los segundos el paciente las percibe y experimenta desagradablemente. Este experimento permite introducir técnicas de distracción que ayudan a controlar el pánico.

De manera paralela es importante realizar la psicoeducación en torno al tema del uso correcto de la medicación brindada por el especialista, ya que en muchos de los casos se recurre de manera inmediata a las benzodiazepinas para abordar los síntomas egodistónicos.

Quinta sesión:

En esta sesión se analizan y abordan posibles problemas con las diferentes técnicas de respiración enfocadas en niños, las cuales constan en los anexos de dicha propuesta. Por otro lado, de haber ocurrido, discusión y análisis de crisis experimentadas durante la semana.

Para la semana se asigna la tarea de aplicar las técnicas de control de ansiedad y continuar con el registro de las crisis en el diario de pánico.

Sexta sesión:

Se comienza tratando si existieron crisis, revisando el diario de pánico. En la sesión se realiza un nuevo experimento conductual para cuestionar la asociación entre sensaciones corporales e interpretaciones catastróficas. Asimismo hacer una identificación de síntomas propios de los ataques de pánico diferenciándoles de las causas de medicas. Por ejemplo: el terapeuta y paciente corren, suben y bajan las escaleras, entre otros durante unos minutos, al finalizar se le pregunta al paciente sobre las sensaciones experimentadas, coincidiendo con las del terapeuta, falta de aire, sudoración, palpitaciones y sin embargo, ninguno de los dos ha tenido un ataque cardíaco, explicándole al paciente que al parecer, las palpitaciones no significaban necesariamente un ataque cardíaco.

Se asigna la tarea a realizar durante la semana de comenzar a afrontar alguna de las situaciones que son evitadas, utilizando las técnicas de control de ansiedad adquiridas.

Séptima y Octava sesión:

Discusión cognitiva de crisis ocurridas durante la semana, sobre las tareas de afrontamiento tratando de resaltar la tendencia a sobreestimar la probabilidad e intensidad del pánico. Se incluye experimento conductual para, nuevamente, cuestionar las interpretaciones catastróficas, por ejemplo mareo-desmayo o muerte.

En esta séptima sesión se realiza énfasis en el reconocimiento positivo de recursos personales, debido a que la autopercepción de los niños se deteriora al percibirse como inferiores e impotentes ante la disminución de la funcionalidad en diferentes áreas de su vida.

En la octava sesión el terapeuta invita al paciente a reflexionar sobre las crisis de pánico, y analizar las evidencias que se tienen a favor y en contra de los pensamientos catastróficos ante las sensaciones corporales. Se asigna la tarea de registro y continuar con el afrontamiento de situaciones, actividades temidas y evitadas.

Novena y décima sesión:

Están dedicadas a la prevención de recaídas, para ellos los objetivos a cubrir en estas sesiones son los de analizar la evolución del paciente a lo largo de la terapia, se refuerza el interés demostrado y la importancia de haber aprendido lo esencial de la terapia

y que cuenta con las herramientas para afrontar cualquier crisis como lo hizo a lo largo de todo el tratamiento, de esta manera, el terapeuta atribuye la mejoría al trabajo del paciente.

Se realiza un repaso del contenido de las sesiones, se solicita que el paciente realice una valoración de en qué cambio su estado desde el comienzo de la terapia y hasta qué punto piensa que la terapia ha influido en el cambio.

Se resalta la conveniencia de seguir con las técnicas aprendidas y la posibilidad de aplicar las mismas a sensaciones corporales, a síntomas corporales distintos, no habituales que pudieran aparecer en futuras crisis.

2.6.2 Tratamiento farmacológico

Numerosos son los estudios que han señalado la efectividad de los tratamientos con diversos fármacos así como de los tratamientos cognitivo –conductuales, pero existe controversia acerca de cuál de las dos alternativas es más eficaz. Sin duda alguna el fármaco más investigado en el tratamiento de pánico es un antidepresivo tricíclico denominado la imipramina. Este fármaco tiene como principal problema los efectos secundarios (depresión nueva o que empeora; pensar en provocarse daño o en suicidarse, o en planear o intentar el suicidio; preocupación extrema; agitación; ataques de pánico; dificultad para quedarse o permanecer dormido; comportamiento agresivo; irritabilidad; actuar sin pensar; inquietud grave; y excitación frenética anormal) por los que un 1/3 de los pacientes son incapaces de seguir el tratamiento.

Según Roca (2000)

La BZD de alta potencia como el alprazolam son mejor toleradas, pero tienen el problema de la dependencia y de la alta tasa de recaídas en la enfermedad al intentar abandonar el tratamiento. Los nuevos antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs), administrados gradualmente reducen significativamente ambos problemas. (p. 171)

De lo anterior se destaca que muchos de los investigadores cognitivo conductual están convencidos en que dicho enfoque es el mejor, destacando claro está que dicho tratamiento es el que presenta menor cantidad de efectos secundarios y mejores resultados a largo plazo.

Por su parte, según el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2008) en la guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención

primaria, se describe el tratamiento farmacológico de la crisis de pánico, el cual registra que existe escasa la evidencia sobre el tratamiento farmacológico agudo de los ataques de pánico.

No obstante, en el tratamiento inmediato de las crisis de pánico las BZD tienen la ventaja, respecto a los antidepresivos, del inicio más rápido de su acción. Alprazolam y lorazepam son comúnmente utilizados en las urgencias, y no está clara la ventaja de la vía sublingual con respecto a la oral. En el tratamiento farmacológico de mantenimiento se constata la utilización de inhibidores de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y Antidepresivos Tricíclicos (ADT) como fármacos de elección. En los pacientes tratados 8 a 10 semanas con imipramina fluoxetina, comparado con placebo, se encuentra un efecto significativo en la reducción del número de crisis espontáneas. (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008, p. 67)

Algunas de las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico para la crisis de angustia son:

Para el tratamiento inmediato de las crisis de pánico graves pueden utilizarse las BZD alprazolam y lorazepam. Ansiolíticos - Benzodiacepinas (BZD) El alprazolam, clonazepam, lorazepam y diazepam han demostrado ser eficaces para el trastorno de pánico. El alprazolam ha demostrado reducir la frecuencia de los ataques de pánico y los síntomas de agorafobia y ansiedad anticipatoria. La formulación de liberación retardada parece tener una buena rapidez de inicio del efecto, con la ventaja de una mayor duración de su acción terapéutica. El uso de clonazepam a corto plazo, al inicio del tratamiento, junto con los ISRS, puede llevar a una respuesta más rápida. Sin embargo, las BZD están asociadas a un amplio espectro de efectos adversos, tanto durante como después del tratamiento (dependencia, síndrome de abstinencia por su cese y recurrencia ante la discontinuidad del tratamiento). En pacientes con trastorno de pánico se ha observado este efecto de retirada brusca con el alprazolam. (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008, p. 68)

Ya que el uso a largo plazo de las BZD está asociado con problemas, se recomienda utilizarlas durante un período limitado (corto plazo) y con la dosis más baja posible para disminuir los síntomas del TA, teniendo que disminuir ésta gradualmente. Se recomienda también su uso a corto plazo, en cualquier momento, para disminuir la agitación o ansiedad

aguda o grave. En su utilización a largo plazo, las guías seleccionadas, no las recomiendan, pero si se usan, añaden que su uso debe estar supervisado. (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008, p. 68)

Por su parte, para Cárdenas et al (2010):

El tratamiento tradicional de los trastornos de ansiedad comprende intervenciones psicosociales, como la psicoterapia individual combinada con terapia familiar y orientación a los padres, además del tratamiento farmacológico. En el tratamiento farmacológico se han utilizado principalmente los inhibidores selectivos de la recaptura de Serotonina (ISRS). El tratamiento varía según el tipo de trastorno de pánico que padece el menor. (p.28)

Existen otros fármacos que pueden ser utilizados, los antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos, como la venlafaxina, sola o en combinación con ISRS, en la población pediátrica las benzodiacepinas deben ser usadas de manera muy limitada y solo bajo la vigilancia de un especialista. A continuación se muestran las dosis mínimas y máximas recomendadas para niños y adolescentes con trastorno de pánico.

2.6.3 Otras técnicas utilizadas desde diferente enfoque

Además de las técnicas mencionadas anteriormente se encuentran otras técnicas alternativas desde otros enfoques como la Técnica de Liberación Emocional (EFT) que se describe a continuación.

2.6.3.1 Técnica de liberación emocional (EFT)

La Técnica de Libertad Emocional o EFT (por sus siglas en ingles), es la técnica de acupresión psicológica más recomendada para optimizar la salud emocional. Aunque todavía se pasa por alto, la salud emocional es definitivamente esencial para la salud y curación física, ya que sin importar lo sano de la alimentación o estilo de vida que lleve un individuo, no existirá la salud integral si existen barreras emocionales que se interponen en su camino. (Mercola, 2002)

Según Mercola (2002) es muy fácil de aprender y ayudará a:

- Remover las Emociones Negativas

- Reducir los Antojos Alimenticios
- Reducir o Eliminar el Dolor
- Implementar Metas Positivas

Esta técnica es una forma de acupuntura psicológica basada en la misma energía meridiana usada en la acupuntura tradicional para curar enfermedades físicas y emocionales durante más de cinco mil años, pero sin la agresividad de las agujas. En cambio, simples golpecitos con las puntas de los dedos son utilizados para permitir la entrada de la energía cinética a los meridianos específicos sobre la cabeza y pecho mientras se enfoca en su problema específico ya sea un evento traumático, una adicción, dolor, entre otros, además de las afirmaciones positivas de su voz.

Esta combinación de golpear en la energía meridiana y hacer afirmaciones positivas en voz alta eliminan el “corto circuito”, que en realidad es un bloqueo emocional que va desde su sistema de bioenergía del cuerpo, para así restaurar el equilibrio de la mente y cuerpo, que es esencial para una salud óptima y curación de enfermedades físicas.

Aunque en la actualidad, existe cierto hermetismos referente a la técnica, otras personas se sorprenden inicialmente (y en ocasiones les divierte) la metodología de EFT y de las afirmaciones, cuyos elementos básicos se muestran a continuación:

Ubicación y técnicas para la estimulación

Existen dos áreas básicas de aprendizaje para usar el EFT: la ubicación y técnica de los golpecitos y las afirmaciones positivas. Estas áreas, así como algunas técnicas y principios avanzados de EFT, se explican seguidamente:

Técnica de Tapping o Golpecitos Adecuada

La secuencia básica de EFT es sencilla y por lo general les toma a mis pacientes sólo unos pocos minutos en aprenderlo. Ellos tienen la ligera ventaja de contar con ayuda profesional para mostrarles los puntos específicos para los golpecitos o tapping, pero el individuo debería ser capaz de aprender estos puntos con relativa rapidez.

Lo primero que debe entender es que el paciente se estará dando golpecitos con la punta de los dedos (tapping). Hay una gran cantidad de meridianos de acupuntura en las puntas de sus dedos, y cuando da los golpecitos con la punta de sus dedos también es

probable que no nada más utilice los meridianos con los que está golpeando, sino también los que están en las puntas de sus dedos.

El EFT tradicional funciona mediante golpecitos con la punta de su dedo índice y el dedo medio y con una sola mano. Cualquiera de las dos manos funciona de la misma manera. Muchos de los puntos de golpeo o tapping existen en cualquier parte de lado de su cuerpo, así que no importa el lado que utilice ni tampoco importar si cambia de mano durante el golpeo o tapping. Por ejemplo, puede golpear bajo su ojo derecho y, posteriormente golpear debajo de su ojo izquierdo.

Modifique ligeramente este enfoque al utilizar ambas manos y todos sus dedos, para que puedan estar ligeramente relajados y para que formen ligeramente una línea curvada natural. El uso de más dedos le permite acceder a más puntos de acupuntura. Cuando se utiliza todos los dedos el paciente cubrirá una gran área que si solo lo hiciera con una mano o con dos dedos, y esto le permitirá cubrir los puntos de golpeo más fácilmente.

Sin embargo, muchas personas obtienen resultados muy exitosos mediante el enfoque tradicional con una mano y dos dedos. Se puede utilizar cualquiera de los dos métodos, pero yo tiendo a utilizar mi versión modificada en un esfuerzo para hacerlo más completo.

Los golpecitos deben de darse sólidamente, pero no tan fuerte ya que podría lastimarse y crearse moretones en el cuerpo.

Al tocar los puntos es importante que se den golpecitos de 5 a 7 veces. El número real no es crítico, pero lo ideal sería aproximadamente la longitud de tiempo que toma una respiración completa. Es probable que haya un claro beneficio al dar golpecitos durante un ciclo de respiración completo.

Algunos puntos se citan a continuación:

1. Parte Superior de la Cabeza (TH)

Con los dedos espalda con espalda en el centro del cráneo.

2. Cejas (EB)

Justo arriba y a un lado de la nariz, al comienzo de la ceja

3. Al lado de los Ojos (SE)

En el hueso que rodea la esquina exterior del ojo.

4. Debajo de los Ojos (UE)

En el hueso debajo de sus ojos, justo a una pulgada de su pupila

5. Debajo de la Nariz (UN)

En el área pequeña entre la parte de debajo de su nariz y en la parte superior de sus labios.

6. Barbilla (CH)

En medio entre su barbilla y la parte de debajo de su labio. A pesar de no es directamente sobre su barbilla, la llamamos el punto de la barbilla, ya que es lo suficientemente representativo para que pueda ser entendido por las personas.

7. Clavícula (CB)

La unión del esternón (hueso del pecho), la clavícula y la primera costilla. Este es un punto muy importante, y en la acupuntura se le llama K27 (riñón). Para localizarlo, coloque su dedo índice sobre la ranura en forma de U en la parte superior del esternón (cerca de donde se hace el nudo de una corbata). Desde la parte debajo de la U, mueva su dedo hacia la parte de abajo del ombligo a 1 pulgada, y después hacia la izquierda (o derecha) 1 pulgada. Este punto se conoce como la clavícula a pesar de no ser la misma clavícula.

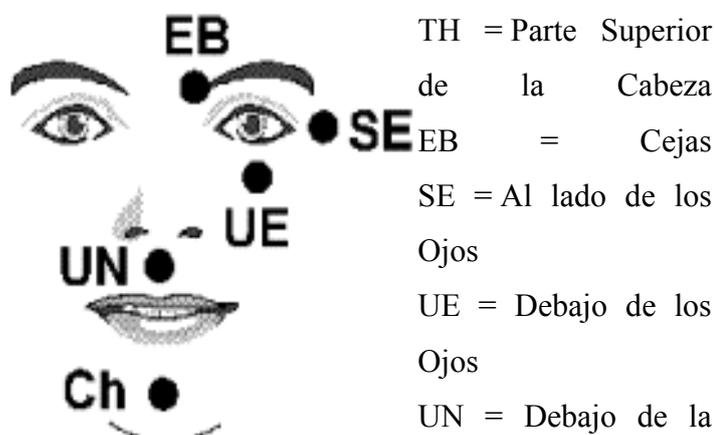
8. Debajo de los brazos (UA)

Sobre la parte lateral de su cuerpo, a la altura de su pezón (en los hombres), o en la centro de la correa del brassier (en las mujeres). Se encuentra a 4 pulgadas de la axila.

9. Muñecas (WR)

El último punto es la parte interior de ambas muñecas. (Mercola, 2002, p.3)

La abreviación de estos puntos se resume a continuación de la misma manera en que fueron presentados anteriormente. Una vez más, es el orden en que debe aplicar el EFT:



Nariz
Ch = Barbilla
CB = Clavícula
UA = Debajo de los
Brazos
WR = Muñecas

Fuente: Mercola, 2002

Por su parte para Craig y Callahan (2005) esta terapia alternativa forma parte de lo que ha venido a llamarse psicología energética, se basa en el tratamiento del sistema energético del cuerpo y de la mente para eliminar (muchas veces en su totalidad) todo tipo de problemas emocionales, mentales, físicos y hasta espirituales.

Craig siendo el desarrollador de esta técnica considera esta como acupuntura emocional, ya que utiliza los mismos puntos utilizados en la medicina tradicional china, y es una de las más efectivas en balancear el sistema energético del cuerpo. EFT ha demostrado su efectividad hasta en un 80% en pruebas clínicas y es una herramienta simple y a su vez poderosa para tratar miedos, fobias, ansiedades, molestias, cólera, adicciones y todo tipo de problemas físicos y emocionales. Esto es un nuevo paradigma en el proceso de tratamiento y sanación, porque ya no es necesario largos meses y años de terapia convencional para resolver problemas. A través de EFT muchos problemas emocionales, físicos y mentales específicos pueden ser resueltos en cuestión de minutos.

Otra de las ventajas de EFT es que cualquiera puede aprender a utilizarlo, sin embargo, es recomendable antes de utilizar EFT o cualquier otra técnica de autoayuda, usar su sentido común y consultar con su médico si su condición así lo amerita.

Según Craig y Callahan (2005):

En términos sencillos, EFT consiste en un ligero golpeteo en puntos de acupresión localizados a lo largo de los meridianos o canales energéticos del cuerpo humano, manteniéndose simultáneamente enfocado en el problema que se desea tratar. De esta manera el sistema energético es "balanceado" y la energía está a disposición para que el proceso de sanación se desenvuelva. A pesar de eso, esta explicación todavía es una teoría controvertida, el hecho es que EFT generalmente funciona en disolver completa y permanentemente el dolor físico y emocional. Incluso mientras usted aprende a utilizarla, usted notara como las "aristas de su problema se suavizan. Constantemente nos sorprendemos con cada nuevo éxito de EFT. (p.3)

De lo anterior se destaca que esta técnica puede ser utilizada para superar cualquier tipo de problemas psicológicos, tal es el caso de los ataques de pánico, tomando en cuenta que EFT es utilizado en las terapias alternativas, si no es el objetivo de dicha propuesta, es importante saber que existen otras técnicas que pueden beneficiar el proceso, cabe resaltar que para aplicar dicha técnica se disponer de capacitación a nivel profesional.

CAPÍTULO III: PROBLEMAS Y OBJETIVOS

3.1 Planteamiento del Problema

¿En qué medida, la falta de una propuesta para el abordaje cognitivo – conductual de ataques de pánico en niños (as) entre 6 y 10 años de edad, puede afectar la intervención en el Sector de la Salud Pública de Costa Rica?

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo General

Desarrollar una propuesta para el abordaje cognitivo – conductual de ataques de pánico en niños (as) entre 6 y 10 años de edad, con una modalidad grupal, el cual pueda utilizar como un recurso material de intervención en el Sector de la Salud Pública de Costa Rica.

3.2.2 Objetivos Específicos

3.2.2.1 Realizar una revisión bibliográfica de los trastornos ansiosos, específicamente de los ataques de pánico, basada en artículos científicos e investigaciones recientes existentes.

3.2.2.2 Sistematizar diversas técnicas e instrumentos en diferentes módulos intervención psicoterapéutica para el abordaje de ataques de pánico en niños (as), desde un enfoque cognitivo- conductual.

3.2.2.3 Facilitar a profesionales en salud mental una propuesta de trabajo para la intervención psicoterapéutico en dicho trastorno de ansiedad.

3.3 Alcances y limitaciones

3.3.1 Alcances

La investigación busca ampliar el panorama acerca del abordaje cognitivo – conductual de ataques de pánico en niños (as) entre 6 y 10 años de edad, con una modalidad grupal, lo cual destaca un interés social y académico acerca de las oportunidades de mejora de los programas de intervención sobre la temática, para profesionales en el área de psicología.

3.3.2 Limitaciones

Una de las limitaciones más comunes en este tipo de investigación es la falta de disponibilidad de bibliografía reciente relacionada con la temática expuesta en esta revisión.

Por otro lado, no se cuenta con estudios epidemiológicos a nivel nacional tomando en cuenta diferentes patologías y edades, como una forma de evidenciar la alta prevalencia en consulta externa o servicios de emergencias.

Además las guías de atención y estudios realizados a nivel cognitivo conductual con dicha patología se enfocan principalmente en adultos o adolescentes no en población infantil.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Se realizará una revisión bibliográfica, no sólo los artículos originales publicados en revistas científicas que nos dan cuenta de los resultados de investigaciones llevadas a cabo, sino también a estudios relevantes que aporten a la línea de investigación; la revisión de manuales y guías clínicas nos permitirá definir conceptual y operativamente los términos del objetivo general y específicos.

La revisión de los estudios previos permitirá, conocer el estado actual del tema: qué se sabe, qué aspectos quedan por investigar. Además de identificar el marco de referencia, las definiciones conceptuales y operativas de la propuesta.

Asimismo se retomarán todas aquellas referencias que aporten antecedentes relevantes acerca del objeto de estudio y supongan una contribución relevante. La información en ciencias de la salud tiene una capacidad de renovación muy importante, por lo que se tomarán en cuenta estudios que se aporten como referencia para justificar la propuesta preferiblemente del año 2000 en adelante.

La excepción a lo propuesto anteriormente son los manuales, guías clínicas o artículos originales que ofrezcan definiciones de los conceptos que se manejan en la investigación y que son referencia para el conjunto de la comunidad científica.

La consulta de documentos se realizará en el Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica (SIBDI), el cual cuenta con diversas bases de datos certificadas y de respaldo de la comunidad científica a nivel internacional. Además de buscadores electrónicos, revistas científicas, proyectos de investigación, bibliotecas electrónicas, tesis, libros, entre otros, los cuales cuenten con criterios de calidad esperables que garanticen la confiabilidad y validez de la información expuesta.

4.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación utilizada para la elaboración del presente documento corresponde a una revisión bibliográfica. Según la definición de Kerlinger (citado por Barrantes, 2010) la presente investigación es de tipo no experimental ya que “es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes para que sus manifestaciones ya que no tienen el control de las variables”. (P. 130.).

También es de tipo descriptiva según Barrantes (2010) definiendo: “que buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (p. 131), ya que describe el conocimiento obtenido de diferentes estudios sobre el abordaje cognitivo – conductual de ataques de pánico en niños y niñas.

4.2 Fuentes de información

Para la realización de esta investigación se utilizó únicamente las fuentes secundarias como se muestra a continuación.

4.2.1 Fuentes secundarias

En la presente revisión se procedió a la revisión de tesis y libros, con el fin de conseguir la información requerida. A continuación se detallan las otras fuentes secundarias que se consultaron; se incluyen textos y material general obtenido en:

- Sistema de Bibliotecas de la Universidad de Costa Rica.
- los manuales, guías clínicas o artículos científicos de revistas de Psicología.
- Consultas en sitios virtuales.

4.3 Manejo de la Información

Una vez que se realiza la búsqueda de la información relacionada con los ataques de pánico en niños y su abordaje cognitivo conductual, esta a su vez, es seleccionada con el fin de analizar la estructura de cada artículo, también se realiza una síntesis de las principales conclusiones que reporta este artículo así como los autores de las mismas,

luego estos se comparan con los de otros autores, aportando el criterio personal de la investigadora.

Luego de seleccionar y comparar la información se procede a realizar la discusión pertinente relacionándola con el contexto actual y la necesidad del sector salud, razón por la cual, esta discusión se deriva la necesidad de detallar una propuesta de abordaje psicológico para niños con ataques de pánico recurrentes. Una vez realizada dicha discusión se brindara las conclusiones y recomendaciones pertinentes dirigidas al planteamiento de una propuesta que se ajuste al Sector de la Salud Pública de Costa Rica.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En el presente capítulo se llevará a cabo un análisis crítico de los tratamientos psicológicos, farmacológicos y alternativos existentes para intervenir en los casos de ataques de pánico en niños, además se describirán el enfoque sistémico y el grupal según Clark. Este apartado tiene relación con el cuarto objetivo planteado, el cual indica recomendar a los profesionales en psicología sobre el abordaje psicoterapéutico del trastorno de pánico.

Luego de analizar la información recopilada, así como realizar el recorrido las diferentes posturas teóricas y modelos de abordaje para la intervención del trastorno de pánico, se ha corroborado el reto que sugiere el uso de la terapia cognitiva conductual, siendo esta probada por diversos estudios como la más eficaz en estos casos.

5.1 Diagnóstico

Debido a la existencia de diversos síntomas o manifestaciones del trastorno de pánico, para Cárdenas et al (2010) y el CIE-10 los síntomas son muy similares a los de DSM-IV excepto en el hecho de que la CIE-10 incluye un síntoma adicional: boca seca. A diferencia del DSM-IV, el diagnóstico que propone la CIE-10 exige que por lo menos uno de los síntomas corresponda a palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca. La CIE-10 al menos 4 crisis en un periodo de 4 semanas, mientras que el DSM-IV, solo el que las crisis de angustia resulten clínicamente significativas, sin especificar un número de crisis por tiempo determinado.

Los criterios para calificar a una crisis de pánico según el DSM-IV-TR son:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o desmayo

- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- Escalofríos o sofocaciones.

Ahora bien, es importante señalar que existen tres tipos de angustia o pánico, la crisis de angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), las crisis de angustia situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales) y las que pueden o no aparecer con estímulos situacionales. En el trastorno de pánico se requiere que existan crisis de angustia inesperadas.

En el caso específico de los niños y niñas, cuando estos acuden a consulta o son llevados por los padres debido a los síntomas de ansiedad que hacen sospechar de trastorno de pánico, es importante que conversar sobre el tiempo de evolución, síntomas, el deterioro que le ocasionan. De ahí la importancia de descartar cualquier enfermedad no psiquiátrica que explique las crisis de angustia, como las secuelas de abuso sexual, distiroidismo, consumo de sustancias, alteraciones metabólicas, entre otras, pues la ausencia de una causa médica o por efecto de una sustancia que puede generar esos síntomas es uno de los criterios para pensar en un trastorno de pánico.

5.2 Enfoques

En relación con el enfoque de intervención que se le debe dar al trastorno del pánico, en esta revisión se muestran básicamente dos, una de ellas y la más acertada para la elaboración de la propuesta de este documento es la grupal desarrollada por Clark en la cual el paciente debe aprender a lidiar con las sensaciones para lo cual deberá afrontarlas y no evitarlas. Los experimentos conductuales tienen el objetivo no solo de identificar y modificar las interpretaciones catastróficas, sino también entrenar en técnicas como la respiración lenta y técnicas de distracción para lograr el afrontamiento del pánico, este enfoque puede ser utilizado grupal o individualmente.

Por otro lado, se muestra el enfoque sistémico que se desarrolla unido a la evolución de la psicoterapia familiar, según Ruiz y Cano (1999) de la Escuela Interaccional del MRI (Mental Research Institute) propone que los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones suponiendo en la primera la mayor cercanía afectiva entre dos miembros en relación a otro. Y la coalición como lo opuesto, vale decir sentimientos en contra de un tercero, dando como resultado la disfunción familiar y el impedimento de su desarrollo.

En este mismo sentido, la Escuela de Milán (Selvin- Palazzolli) apunta a una redefinición del problema, buscando modificar la estructura del sistema familiar disfuncional y la utilización de las prescripciones paradójicas. No obstante, en la actualidad existen dos grandes corrientes en la terapia sistémica, una más conductual, Haley como representante más fuerte, orientada a las secuencias interaccionales y su modificación, y otra corriente más cognitiva o constructivista. Los modelos constructivistas (Procter, Cecchin, Anderson) centrado en las premisas familiares, los significados compartidos por la familia, las creencias familiares, dirigiendo la intervención a reconstruir la historia que ha sido creada alrededor del problema, desarrollando, como consecuencia, una nueva narrativa, narraciones alternativas.

Siguiendo con la misma línea, Nardone (1997) se refiere a una de estas corrientes definiéndola como el modelo estratégico, enfatizando como el principal objetivo hacer más funcional la relación con la realidad. Este modelo llega a la solución del mismo problema a través de la utilización de tácticas y técnicas que permiten oponerse a la resistencia al cambio del paciente y lo lleva a experimentar de manera concreta nuevas modalidades de percepción. Este mismo autor, define la intervención conductual como algo superficial, mientras que la propuesta por Nardone (1997) es profunda ya que se centra en el cambio de las modalidades perceptivas frente a la realidad amenazadora, cambiando las respuestas conductistas del individuo. Cabe señalar que las terapias grupales han demostrado ser más efectivas en la intervención del trastorno del pánico.

5.3 Tratamiento

Diversas son las terapias o tratamientos para tratar el trastorno de pánico, la terapia de exposición se ha aplicado fundamentalmente a la evitación agorafóbica, (Echeburúa y De Coral, 1999), el único inconveniente de esta terapia es el tiempo el cual debe ser mayor en el trastorno de pánico en relación a otras terapias.

Los programas de exposición cuentan con la ayuda de los registros de exposición, un manual de autoayuda y la presencia inicial de un coterapeuta no profesional. (Bueno y Buceta, 1998). La eficacia obtenida con esta técnica depende del grado de habituación psicofisiológica a las situaciones temidas, por lo general, el fracaso de este tipo de terapia se da por el incumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

Por otro lado, la terapia cognitiva focal, es una de las estudiadas, por autores como Barlow y Craske, Botella y Ballester, Pastor y Sevilla y Roca y Roca. Estos programas de tratamiento consisten en 10 o 15 sesiones, los cuales constan de un módulo psicoeducativo, reestructuración cognitiva, lo cual busca es reducir la sensibilidad a la ansiedad y la tendencia a reaccionar con temor ante ciertas situaciones.

Otro de los tratamientos es el de respiración diafragmática lenta, la cual facilita la sensación de control y autoeficacia que disminuye la ansiedad anticipatoria. (Echeburúa y De Coral, 1999, p. 687). En comparación con la exposición sistemática que elimina el miedo, desconfirmando las creencias catastróficas.

A lo largo de la revisión bibliográfica, se encontró que muchos autores coinciden en concluir que los tratamientos cognitivo-conductuales para el tratamiento del trastorno de pánico son altamente eficientes y empíricamente válidos. Entre estos tratamientos para Botella (2001) el programa de terapia cognitivo desarrollado por Clark resulta ser uno de los tratamientos más eficaces, opinión compartida por Roca, Bados, entre otros. Sin embargo, se encuentran algunas limitaciones en los programas de tratamiento tales como la falta de profesionales adecuadamente formados, el tiempo y el costo elevado de la terapia, ya que necesitan de la presencia activa del terapeuta a lo largo de todo el proceso.

Entre los estudios, se encuentra el de Ballester y Botella (1992) que adaptaron el tratamiento cognitivo de Clark a un formato grupal de once pacientes obteniendo mejoras significativas en pánico, evitación y cogniciones catastróficas.

Roca (2004) expuso la aplicación de la terapia cognitiva focal en formato de grupo, la duración total de la terapia fue de 20 sesiones de dos horas que se llevaron a cabo semanalmente. Los resultados obtenidos fueron muy buenos, quedando todos libres de pánico y agorafobia, la mejoría que se mantuvo en los seguimientos realizados a los dos meses de finalizar el tratamiento y al año.

Numerosos son los estudios que han señalado la efectividad de los tratamientos con diversos fármacos así como de los tratamientos cognitivo –conductuales, pero existe controversia acerca de cuál de las dos alternativas es más eficaz. Sin duda alguna el fármaco más investigado en el tratamiento de pánico es un antidepresivo tricíclico denominado la imipramina, no obstante, los resultados de los estudios demuestran que los efectos secundarios de este tratamiento empeoran los síntomas de dicho trastorno. (Echeburúa y De Coral, 1999)

Por su parte, Roca (2000) considera que las benzodiacepina (BZD) como el alprazolam son mejor toleradas, pero tienen el problema de la dependencia y de la alta tasa de recaídas en la enfermedad al intentar abandonar el tratamiento. Los nuevos antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs), administrados gradualmente reducen significativamente ambos problemas. Por lo que muchos de los investigadores cognitivo conductuales están convencidos en que dicho enfoque es el mejor, destacando claro está que dicho tratamiento es el que presenta menor cantidad de efectos secundarios y mejores resultados a largo plazo.

Por otro lado, según el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2008) registra que existe escasa evidencia sobre el tratamiento farmacológico agudo de los ataques de pánico, sin embargo, coincide con Roca (2000) que en el tratamiento inmediato de las crisis de pánico las BZD tienen la ventaja, respecto a los antidepresivos ya que reaccionan más rápidamente. En este mismo sentido de ideas, Cárdenas et al (2010) considera que el tratamiento farmacológico se ha utilizado principalmente son los inhibidores selectivos de la recaptura de Serotonina (ISRS) y que este varía según el tipo de trastorno de pánico que padece el niño o niña.

En síntesis, se puede decir que el tratamiento para eliminar el trastorno de pánico debe ser multimodal e interdisciplinario, el cual debe incluir una intervención psicoeducativa, psicoterapia conductual que incluya al niño, padres, profesores y otras personas significativas, de la cual se destaca la terapia cognitivo conductual es una combinación de terapia cognitiva, que puede modificar o eliminar el patrón de pensamientos que contribuyen a la sintomatología, y una terapia conductual que ayuda al niño a cambiar su comportamiento. Además de la farmacoterapia (tricíclicos, benzodiacepinas, IRSs, betabloqueantes) por un especialista en psiquiatría.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos y en los objetivos específicos de la presente revisión bibliográfica se concluye lo siguiente:

De acuerdo con el objetivo específico N°1: **Realizar una revisión bibliográfica de los trastornos ansiosos, específicamente de los ataques de pánico, basada en artículos científicos e investigaciones recientes existentes**, se concluye que las investigaciones sobre la temática antes mencionada datan de más de 15 años, algunas más recientes son las de 10 años atrás, las cuales concuerdan que el ataque de pánico se presenta cuando hay crisis repetidas, algunas de la cuales son inesperadas. Al menos una de ellas se ha seguido durante un mes o más de alguno de los siguientes síntomas: inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis, preocupación por sus consecuencias, cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis. Además, las crisis de pánico no se deben a los efectos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica, ni pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Se concluye también que los síntomas físicos incluyen: dolor de pecho, palpitaciones, falta de aliento, mareos, malestar estomacal, sensaciones de irrealidad y angustia de enfrentar la muerte.

Los niños y las niñas que sufren de trastorno de pánico exageran la interpretación de los estímulos que reciben del medio externo. Lo anterior trae como consecuencia, que los menores tengan dificultad para quedarse dormido o para mantenerse despierto así como también problemas de concentración e incluso pueden llegar a ser muy irritables. Es decir, los ataques de pánico pueden interferir en las relaciones sociales, ámbito familiar, el trabajo escolar y el funcionamiento normal del niño.

De acuerdo con el objetivo específico N°2: **Sistematizar diversas técnicas e instrumentos en diferentes módulos intervención psicoterapéutica para el abordaje de ataques de pánico en niños (as), desde un enfoque cognitivo- conductual**, se concluye que a nivel conductual existen diversas terapias, la primera de ellas la terapia de exposición a la evitación agorafóbica, en la cual se expone al paciente a situaciones concretas que teme o evita y que le crean dificultades en su vida cotidiana, la eficacia obtenida con esta técnica depende del grado de habituación psicofisiológica a las situaciones temidas, es decir, del protagonismo del paciente depende el éxito de esta terapia.

Otro tipo de terapia es la cognitiva focal, siendo este el tratamiento psicológico más investigado, cuenta con un módulo psicoeducativo, uno de reestructuración cognitiva, un cuestionamiento, desdramatización y la generación de pensamientos alternativos, con lo que logra reducir la sensibilidad a la ansiedad y la tendencia a reaccionar con temor ante ciertas situaciones.

Otra forma de abordaje es la respiración diafragmática lenta que facilita la sensación de control y autoeficacia que disminuye la ansiedad anticipatoria. Y por último se encuentra terapia de exposición sistemática que tiene como objetivo la eliminación del miedo y consta de dos fases una de ellas la exposición a las sensaciones corporales asociadas con los ataques de pánico (sensaciones interoceptivas) y la exposición a las conductas evitadas en el ambiente natural (experimentos conductuales).

Aunado a esto se concluye que la psicoterapia cognitiva conductual puede complementarse con un tratamiento farmacológico y algunas terapias alternativas, como lo es la Técnica de Libertad Emocional o EFT.

De acuerdo con el objetivo específico N°3: **Facilitar a profesionales en salud mental material de trabajo para la intervención psicoterapéutico en dicho trastorno de ansiedad**, se concluye que es importante contar con una recomendación de abordaje terapéutico que reúna los principales temas a trabajar en terapia, además de técnicas para la intervención psicológica desde un enfoque cognitivo conductual. Esta terapia cognitiva consistirá entonces en que el niño aprenda a reconocer los pensamientos o sentimientos de ansiedad iniciales junto con los síntomas somáticos dados en esta secuencia y modificar la respuesta a ellas.

La parte de la terapia conductual ayuda a disminuir las sensaciones de ansiedad y los síntomas somáticos enseñando al niño técnicas de relajación y distracción para el momento en que aparece el ataque. También se le enseñan ejercicios de respiración, así el niño aprende a controlarla y evitar la hiperventilación o dificultad para respirar durante el ataque de pánico.

Por lo anterior y debido al hecho de que a nivel de Salud Pública no se cuenta actualmente con una propuesta de abordaje psicoterapéutico documentada para la intervención psicológica de usuarios/as con diagnóstico de trastorno de pánico, se diseñó, como parte de esta investigación una propuesta de intervención psicológica la cual

permitirá facilitar a los profesionales en Psicología contar con una herramienta adecuada y que los guíe en el abordaje a nivel grupal en niños de 6 a 10 años que sufren de este trastorno.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

En relación con los resultados obtenidos y las conclusiones presentadas tras la revisión bibliográfica del tema del trastorno de pánico en niños la investigadora recomienda:

- Realizar los análisis de los principales criterios diagnósticos y características clínicas presentados en la presente investigación para el establecimiento del acertado diagnóstico del trastorno de pánico en niños. Es decir, es de suma importancia que se tengan los conocimientos científicos necesarios para hacer el diagnóstico correcto y aplicar el abordaje respectivo.
- Se recomienda al profesional en psicología indagar sobre el tiempo de evolución, síntomas, el deterioro y funcionamiento en todos los ámbitos, con el fin de descartar cualquier enfermedad no psiquiátrica que explique las crisis de angustia, como las secuelas de abuso sexual, distiroidismo, consumo de sustancias, alteraciones metabólicas o neurológicas, entre otras, pues la ausencia de una causa médica o por efecto de una sustancia que puede generar esos síntomas es uno de los criterios para pensar en un trastorno de pánico.
- Es vital que al niño y a la familia se les brinde información correspondiente del abordaje a realizar. Se debe invitar a sus padres a identificar los factores que contribuyen a perpetuar los síntomas, realizando un abordaje integral. En caso necesario se debe canalizar a los padres o familiares cercanos a la atención en salud mental.
- Se recomienda a los profesionales en Psicología continuar con el estudio de las estrategias por las cuales se produce el éxito terapéutico de los programas cognitivo conductuales y explorar más en el ámbito multimodal e interdisciplinario.
- Incorporar una sesión de seguimiento de los tratamientos del trastorno de pánico, componente especialmente relevante al tratarse de niños y niñas con factores de riesgo para la recaída o recurrencia.
- Se recomienda tomar en cuenta los tratamientos psicológicos combinados con fármacos principalmente en niños con ataques de pánicos muy intensos y recurrentes, con la debida psicoeducación sobre el manejo para obtener mayor éxito terapéutico.

- Desarrollar programas preventivos que fomenten las habilidades de afrontamiento y modifiquen los factores ambientales de riesgo para el desarrollo de este tipo de trastornos.

**CAPÍTULO VIII: PROPUESTA DE ABORDAJE
PSICOLÓGICO GRUPAL**

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIO DE POSGRADO
POSGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROPUESTA PARA EL ABORDAJE COGNITIVO – CONDUCTUAL DE
ATAQUES DE PÁNICO EN NIÑOS (AS) ENTRE 6 Y 10 AÑOS DE EDAD, CON
UNA MODALIDAD GRUPAL: UN RECURSO MATERIAL DE INTERVENCIÓN
EN EL SECTOR DE LA SALUD PÚBLICA DE COSTA RICA.**

MPsc. Sadie Steele Chaves



Marzo, 2014

8.1 Introducción

Según la revisión bibliográfica realizada, el trastorno de pánico, a lo largo del tiempo ha generado controversias en lo que se refiere a la psicopatología y las alternativas terapéuticas propuestas. Este se trata de un cuadro clínico con alta prevalencia, tanto así que figura como una entidad diagnóstica separada de la ansiedad generalizada a partir del DSM-III. Este trastorno se ha caracterizado por la presencia de ataques de pánicos inesperados y recurrentes, constituyendo un fuerte estallido de ansiedad con sensaciones de carácter físico, como aumento de ritmo cardíaco, temor de morir o miedo a enloquecer.

De ahí la importancia de la presente propuesta ya que la terapia cognitiva conductual ha demostrado ser una de las más efectivas en la modalidad grupal, lo cual ayuda a los niños y niñas a identificar y modificar la manera de pensar y actuar ante las situaciones en las cuales experimenta ansiedad. A diferencia de otras terapias la terapia cognitiva conductual se centra en problemas y dificultades del presente, buscando mejorar el estado anímico en el momento en que se presentan los síntomas.

8.2 Justificación

A partir del análisis de la información recopilada en esta investigación y tomando en cuenta que a nivel de salud pública no se cuenta con una propuesta de abordaje psicoterapéutico documentada para la intervención psicológica en niños de 6 a 10 con trastorno de pánico, se ha planteado, a partir del modelo cognitivo conductual reseñado en el marco teórico de este documento, una propuesta de abordaje grupal para la intervención psicológica, aplicable a niños en esas edades únicamente.

Hoy día existen diversos tipos de terapias que son empleadas para abordar diferentes conflictos psicológicos. Una de estas terapias es la Terapia Cognitivo Conductual, la cual es una opción cada vez más valorada por las personas y la más eficaz que existe en la actualidad ya que es efectiva no solo como ayuda en situaciones críticas; sino que proporciona recursos y estrategias que ayudan a lograr más estabilidad y seguridad en el día a día y prevenir el malestar emocional futuro y con resultados altamente positivos en los pacientes con trastorno de pánico.

La Terapia Cognitivo Conductual fomenta una mejora global en el manejo de las emociones dentro del trastorno, lo cual se traduce en beneficios en otros espacios: laboral, social, salud, relaciones interpersonales. Es frecuente que los cambios alcanzados aumenten la autoconfianza y el afrontamiento exitoso de otros problemas y estresores. El paciente percibe que no sólo ha cambiado alguna u otra conducta, sino el estilo general de percibir e interpretar los acontecimientos.

Por lo tanto, la importancia de este estudio radica en conocer las herramientas y las técnicas para proponer tratamientos eficaces a la hora de solucionar problemas psicológicos como lo es el trastorno de pánico, lo que motiva a evaluar la situación otorgando a los pacientes y profesionales en psicología recursos útiles para solucionar sus conflictos.

8.3 Objetivos de la Propuesta

Como parte de la propuesta de intervención psicológica se plantean los objetivos terapéuticos a alcanzar, siendo estos los que marcarán la elección de las técnicas a utilizar y el desarrollo de las sesiones, sin dejar de lado la importancia de tener siempre presente que el plan de atención psicológica que se plantea es una guía que deberá ser adaptada a las necesidades de cada paciente, por lo que se requerirá flexibilidad por parte del terapeuta.

Los objetivos son los siguientes:

- Disminuir el malestar clínicamente significativo, es decir, que el niño (a), retome las actividades previas que disfrutaba o bien se interese por otras nuevas formas de interactuar.
- Identificar la sintomatología asociada a la ansiedad, cuando visualice un posible ataque de pánico.
- Determinar sus propios miedos y encontrar formas alternativas para enfrentarlos.
- Promover el apoyo de los padres de familia al momento de realizar los ejercicios de relajación en sus hogares.

8.4 Estructura de las Sesiones

En este apartado se describirá la estructura de las sesiones, su contenido y formato, con el fin de que su aplicación sea clara y específica, tomando en cuenta que las mismas deben ser ajustadas a las necesidades de grupo con el que se está trabajando, siendo ésta una propuesta de atención psicológica que permite la flexibilidad.

La propuesta de intervención psicológica está dirigida al abordaje grupal para la intervención psicológica en niños de 6 a 10 con trastorno de pánico a partir del modelo cognitivo conductual. Está diseñado para ser trabajado en diez sesiones; siete de abordaje psicoterapéutico y tres sesiones de seguimiento; con apertura para la ampliación de éstas según sea el caso. Cada una de las sesiones se podrá realizar en 60 minutos con una frecuencia de una vez a la semana según las condiciones del grupo de pacientes con el que se cuente. Los procesos deben ser pausados y seguros trabajando cada tema según el tiempo y la capacidad del grupo, sin generar presiones ni exigencias, con el fin de favorecer la recuperación de los niños y niñas que participan en este.

Las sesiones se dividen en:

Sesión	Descripción
Sesión 1	Presentación y recolección de la información. Establecimiento de la alianza terapéutica
Sesión 2	Motivación para el proceso, establecimiento de metas y planes terapéuticos
Sesión 3 a la 7	Intervención terapéutica propiamente dicha
Sesión 8 a la 10	Repaso de las técnicas aprendidas y seguimiento

Fuente: Elaboración propia

8.5 Selección de Técnicas

La técnica elegida es la terapia cognitiva conductual grupal, ya que cumplen con los criterios de la APA (IV) en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DMS-IV. Además para ser considerados tratamientos bien establecidos o con suficiente evidencia empírica acerca de su eficacia (Botella, 2001) se fundamentan en los programas elaborados por el grupo de Barlow (1988) y Barlow y Craske (2000) y por el grupo de Clark y Salkovskis (1989). Ambos grupos incluyen en sus programas:

- Un componente educativo referente a la ansiedad y el pánico.

- Entrenamiento en técnicas psicofisiológicas de control de la ansiedad.

- Reestructuración de la interpretación catastrofista que el paciente hace de las sensaciones corporales con técnicas de discusión cognitiva.

- Exposición a los estímulos temidos y experimentos conductuales.

Con lo anterior se pretende entrenar al paciente en estrategias para controlar su trastorno de pánico, tomando un papel activo y no pasivo en el proceso de tratamiento del mismo. Esta postura activa y de autocontrol permite reducir y en muchos casos prescindir de medicación así como disminuir el índice de recaídas y de utilización de los servicios de salud a nivel pública que es el ámbito que interesa en esta propuesta.

8.6 Temas generales a trabajar

Para cada sesión se ha diseñado una serie de temas a trabajar los cuales están relacionados con los objetivos planteados esto con el fin de profundizar en la modificación de las conductas propias de la patología clínica y así favorecer la mejoría de los pacientes.

Tomando en cuenta lo anterior, se sugiere realizar el establecimiento de los temas, basándose en los objetivos anteriormente citados los cuales se han diseñado a partir de la jerarquización de las necesidades observadas en los pacientes.

Algunos de los temas que el profesional en psicología podrá establecer son los siguientes: los pensamientos desencadenante de la crisis, además de circunstancias

asociadas, además de la actual que lo ha llevado a buscar ayuda, los síntomas presentes que está experimentando, psicoeducación, técnicas de relajación (Koppler), alternativas de autocontrol por medio de la identificación del pensamiento del modelo ABC, intensidad de las emociones sentidas, miedo, autoconocimiento y fortalecimiento de sus propias habilidades. Cada uno de estos temas se trabaja en las sesiones con el fin de obtener una mejoría tras los pensamientos catastróficos repentinos que generan los ataques de pánico. También será importante incluir dentro de los temas otras técnicas de relajación y autoconocimiento, para así promover la motivación para el cambio.

8.7 Desarrollo de las sesiones

En este apartado se presentará el diseño detallado de cada una de las sesiones que se han planeado para llevar a cabo esta propuesta de intervención psicológica grupal. Cada una de las sesiones que se detallará a continuación está diseñada con base en una serie de objetivos a trabajar, así como los temas relacionados con éstos objetivos que serán metas o tareas a alcanzar y finalmente las técnicas sugeridas para alcanzarlos.

En total se ha planteado diez sesiones; una de inicio e identificación, otra de psicoeducación y aprendizaje de técnicas de relajación, cinco de intervención o abordaje psicoterapéutico y seguimiento. Se recomienda que sesiones se realicen semanalmente con el objetivo de mantener la continuidad en el proceso es un factor que favorecerá la adherencia al tratamiento psicológico y una oportunidad para realizar la alianza terapéutica, además de observar de cerca el proceso, cambios y circunstancias que surgen durante el mismo.

Como parte del plan de seguimiento, se pretende fomentar la autonomía y el autoconocimiento sobre los niveles de miedo que pueden experimentar, así como las técnicas de relajación con el fin de verificar el mantenimiento de las conductas aprendidas en el proceso y la puesta en práctica de las mismas.

Con el fin de poner en práctica todas las técnicas planteadas se ha diseñado un material de fácil acceso, para que sea utilizado por el profesional en psicología y pueda contar con las herramientas completas a la hora de poner en práctica la propuesta. Este material se encuentra dirigido en los anexos de esta propuesta.

Finalmente, cabe mencionar que esta es una propuesta de intervención psicológica está dirigida al abordaje grupal para la intervención psicológica en niños de 6 a 10 años de edad con trastorno de pánico a partir del modelo cognitivo conductual, por lo que en todo momento el profesional a cargo de dicha intervención debe estar atento a flexibilizarla según los requerimientos específicos del grupo de pacientes con el que se trabaja.

Sesión N° 1

Objetivo	Tiempo	Actividades	Materiales
<p>Iniciar relación empática con los usuarios.</p> <p>Presentación entre los integrantes del grupo, promoviendo la interacción entre los mismo sin que esto resulte un evento amenazante.</p> <p>Identificar sintomatología asociada a los ataques de pánico.</p> <p>Psicoeducación</p>	<p>60 minutos</p>	<p>Se les brindará a los niños una hoja con el dibujo de un rostro al cual deberán dibujarle las partes de la cara y colocarle el nombre de sí mismos. Luego presentarán el dibujo a sus compañeros indicando las actividades que más les gusta realizar en la cotidianidad.</p> <p>Se realizará una lluvia de ideas con la sintomatología física asociada a la ansiedad y los ataques de pánico</p>	<p>Anexo n° 1</p> <p>Papel periódico</p> <p>Crayones</p> <p>Lápices de color</p>

Sesión N° 2

Objetivo	Tiempo	Actividades	Materiales
<p>¿Cómo siento la ansiedad en mi cuerpo cuando experimento un ataque de pánico?</p> <p>Iniciar con técnicas de relajación, para que se conviertan en herramientas de autocontrol y autorregulación</p>	<p>60 minutos</p>	<p>Realizar un ejercicio breve de danza terapia con el fin de estimular la interacción entre los niños y permita el estimular el control de diferentes partes del cuerpo.</p> <p>Se realizará un dibujo de una persona y con lápices de color van a señalar las partes del cuerpo que se están afectadas por la ansiedad.</p> <p>Ejercicio de relajación</p>	<p>Hojas blancas</p> <p>Crayones</p> <p>Lápices de color</p> <p>Música</p> <p>Anexo n° 8: Técnica de relación muscular de Koppen</p>

Sesión N° 3

Objetivo	Tiempo	Actividades	Materiales
<p>Explicar el modelo ABC adaptado para niños (acontecimiento, emoción y pensamiento “tramposo”) con el objetivo que asocien que su patología está asociado a sus pensamientos y emociones, los cuales se pueden modificar y buscar formas alternativas de autocontrol</p>	<p>60 minutos</p>	<p>Se les brindará un modelo del diario de pensamientos para explicar la triada cognitiva.</p> <p>Además se les brindará el mismo formato para que lo realicen en su hogar.</p>	<p>Anexo n°2</p> <p>Lápices de color</p>

Objetivo	Tiempo	Actividades	Materiales
<p>Identificar y expresar emociones, ya que se les dificulta el reconocerlos.</p> <p>Lo anterior facilitará el formular el diario de pensamientos de una forma más completa.</p> <p>Promover el identificar la intensidad de sus emociones en diferentes situaciones, con el fin de promover la autorregulación.</p>	<p>60 minutos</p>	<p>Se les brindará una hoja con caras que muestren las diferentes emociones y los niños identificarán los respectivos nombres.</p> <p>Luego se les preguntará en qué momentos de su vida han experimentado dichas emociones o bien que brinden un ejemplo de una situación en particular.</p> <p>Posteriormente se les brindará un dibujo de un termómetro, que les permita graficar la intensidad de sus emociones.</p>	<p>Anexo n° 4</p> <p>Anexo n° 9</p> <p>Papel periódico</p> <p>Lápices de color</p>

Sesión N° 5

Objetivo	Tiempo	Actividades	Materiales
<p>Abordar el tema del miedo, el cual está presente en los trastornos de pánico.</p>	<p>60 minutos</p>	<p>Se leerá el cuento “mi amigo Aníbal”, en el cual se abordan diferentes situaciones que causan comúnmente miedo a los niños.</p> <p>Luego se realizará una conversación con el tema planteado en el cuento, de esta manera lograr identificar el miedo en su propia situación.</p>	<p>Anexo n° 6</p> <p>Papel periódico</p> <p>Crayones</p> <p>Lápices de color</p> <p>Relajación por medio de la imaginación</p>

Sesión N° 6

Objetivo	Tiempo	Actividades	Materiales
<p>Se continuará con el tema del miedo y de cómo enfrentarlo de una forma más positiva.</p>	<p>60 minutos</p>	<p>Crear una historia de niño que experimentan miedos similares.</p> <p>Se realizará una lluvia de ideas con las formas alternativas para enfrentar sus propios miedos.</p> <p>Además se realizará la técnica de aproximación al miedo, la cual consiste en escribir en un papel las cosas a las cuales se teme, se les colocará un hilo de lana en dirección al papel y la distancia hacia el niño e imaginarán una forma simbólica de destruir a lo que le temen.</p>	<p>Anexo n° 7</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Hilo de lana</p> <p>Lápices de color</p> <p>Relajación caminando</p>

Sesión N° 7

Objetivo	Tiempo	Actividades	Materiales
<p>Promover el autoconocimiento, identificando sus propias virtudes, con el fin de visualizar una imagen más positiva de sí mismo, promoviendo el sentimiento de seguridad.</p>	<p>60 minutos</p>	<p>Se les brindará una hoja con el dibujo de un árbol, el cual van a colorear y colocar y nombre.</p> <p>Luego se les dará una hoja con el dibujo de manzanas a las cuales se les colocará diversas virtudes, posteriormente se recortarán y pegarán en el árbol con sus propias cualidades.</p>	<p>Anexo n° 5</p> <p>Goma</p> <p>Tijeras</p> <p>Lápices de color</p>

Objetivo	Tiempo	Actividades	Materiales
<p>Identificar formas alternativas para lograr manejar un ataque de pánico.</p> <p>Promover el aprendizaje de técnicas de relajación, las cuales se pueden realizar sin estar necesariamente en posición horizontal, lo cual se convierte en un apoyo inmediato para el niño (a)</p>	<p>60 minutos</p>	<p>Se realizará un conversatorio en el cual se abordarán formas alternativas de enfrentar un ataque pánico, retomando lo aprendido anteriormente.</p> <p>Se ejecutará las técnicas de relajación “soldado de plomo” y “relajación caminando”</p>	<p>Anexo n° 8</p> <p>Papel periódico</p> <p>Lápices de color</p>

Sesión N° 9

Objetivo	Tiempo	Actividades	Materiales
<p>Visualizar una vida más tranquila sin ataques de pánico. Lo cual permitirá identificar qué actividades han dejado de realizar por experimentar ataques de pánico y cuales desearían hacer.</p>	<p>60 minutos</p>	<p>Se les brindará un pliego de papel periódico, para que realicen la propia silueta y dentro de la figura harán un cuadro comparativo entre las cosas que les gustaría realizar y las actividades que han dejado de lado por temor a padecer un ataque de pánico.</p> <p>Se realizará la técnica de relajación por medio de la imaginación, visualizando un lugar seguro.</p>	<p>Anexo n° 8</p> <p>Papel periódico</p> <p>Crayones</p> <p>Lápices de color</p>

Sesión N° 10

Objetivo	Tiempo	Actividades	Materiales
<p>Se realizará un repaso por lo aprendido durante las 10 sesiones en las que participaron, con el fin de promover el acceso a la diversa información.</p> <p>Psicoeducación en el uso y efecto de la medicación, con el fin de promover el apego al tratamiento farmacológico y el uso adecuado del mismo.</p> <p>Cierre terapéutico</p>	<p>60 minutos</p>	<p>Se retomará el diario de pensamientos tramposos, el identificar la intensidad de sus emociones y la búsqueda de soluciones alternativas.</p> <p>Se les brindará un reconocimiento por el esfuerzo realizado durante las sesiones, a través de un certificado, como una forma de evidenciar los alcances logrados.</p>	<p>Anexo 10</p>

8.8 Conclusiones de la propuesta

Luego del análisis de la información recopilada y del planteamiento de la propuesta de intervención, se puede concluir que ésta se diseñó pretendiendo brindar un recurso práctico para subsanar la necesidad tanto de los pacientes con edades comprendidas entre los 6 y 10 años, así como de los profesionales en psicología que laboran para el sector salud a nivel nacional.

Por lo anterior, la estructura de las sesiones se ha diseñado con el fin de que se pueda adaptar a las necesidades de los pacientes, tomando en cuenta las condiciones del sector salud, para lograr ofrecer un plan de tratamiento efectivo que se logre implementar en un período de corto.

Se concluye también que esta propuesta se considera un entrenamiento para el paciente con trastorno de pánico, ya que cuenta con estrategias para controlar su ansiedad, lo que le permite tomar un papel activo y no pasivo en el proceso de tratamiento de su trastorno.

El abordaje presentado tiene postura activa y de autocontrol permitiendo reducir significativamente y en algunos casos prescindir de medicación, así como disminuir el índice de recaídas y de utilización de los servicios de salud mental.

De igual forma, las técnicas seleccionadas proveen de herramientas para lograr la modificación de la sintomatología presente en el trastorno de pánico y por ende mejora la calidad de vida de los pacientes sometidos a estas técnicas.

Con respecto al desarrollo de las sesiones, estas se diseñaron a partir de una serie de objetivos, metas y técnicas sugeridas que permiten seguir una línea de acción que favorecerá la recuperación de los pacientes con trastorno de pánico, al permitirle avanzar paulatinamente.

Se concluye que ésta propuesta es una herramienta que servirá de guía a la hora de establecer el plan de tratamiento psicológico para la intervención del trastorno de pánico en niños, la cual brinda un orden sugerido y un establecimiento de sesiones que permitirán determinar el plan de acción, seguido de la terapia cognitiva conductual que favorece la consecución de los objetivos y metas, y que es muy eficaz en este tipo de trastorno.

8.9 Recomendaciones de la Propuesta

Según lo planteado en esta propuesta para el abordaje cognitivo – conductual de ataques de pánico en niños (as) entre 6 y 10 años de edad, con una modalidad grupal, el cual pueda utilizar como un recurso material de intervención en el Sector de la Salud Pública de Costa Rica, se pretende que el terapeuta logre establecer la alianza terapéutica necesaria para motivar a los pacientes a ser parte del proceso terapéutico el cual debe contener aquellos aspectos necesarios, por lo que se detallan las siguientes recomendaciones:

- Tomar en cuenta la propuesta como para el abordaje cognitivo – conductual de ataques de pánico en niños (as) entre 6 y 10 años de edad en la modalidad grupal.
- Implementar los objetivos, temas y técnicas sugeridos para luego adaptarlos a las condiciones específicas de cada grupo de usuarios.
- Tener una actitud empática con el niño, así como que la sintomatología del trastorno de pánico puede presentarse en cualquier momento incluso dentro de las sesiones planeadas.
- Evitar las críticas, llamadas de atención y todo tipo de señalamiento negativo.
- Identificar, junto con el niño, actividades divertidas y relajantes que pueden hacer juntos mientras que los síntomas del trastorno de pánico desaparecen. Practicar estas actividades mientras que transcurre el tratamiento y sobre todo en los momentos en que el niño está ansioso o presentando los síntomas.
- Mantener comunicación con equipo interdisciplinario (psiquiatría), además con los padres de familia con el fin de conocer el funcionamiento del niño, sus mejoras y puntos pendientes de trabajar o reforzar.
- Promover la motivación para mantener a los niños y niñas en el proceso terapéutico.

8.10 Referencias Bibliográficas de la Propuesta

American Psychological Association. (1994) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ta edición, Washigton, D.C; APA.

Barlow D, Cerny JA.(1988) Psychological treatment of panic. Nueva York: Guilford Press.

Barlow D, Craske MG.(2000) Mastery your anxiety and panic: client workbook for anxiety and panic. San Antonio: Graywind Psychological Corporation; 2000

Botella, C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. Psicothema. 2001; 13: 465-478.

Clark DM, Salkovskis PM. (1989) Cognitive therapy for panic and hypocondriasis. Oxford: Pergamon; 1989

Bibliografía general

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2000) El desorden del pánico en niños y adolescents. Recuperado el 17/02/14 en: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/El_Desorden_del_Panico_en_Ninos_y_Adolescentes_50.aspx

Barrantes, R (2010) *Investigación: Un camino al conocimiento*. EUNED: San José, Costa Rica

Beck, A.T; Emery, G. (1985) *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*, New York, Basic Book.

Birmaher B, Villar L. Trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes. In: Meneghello J, Grau Martínez A, eds. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2000: 323-33.

Botella, C., & Ballester, R. (1992) Aplicación del programa terapéutico de Clark a un caso con trastorno de pánico. *Psicothema*, Vol. 4, 1, 69-88. En red. Recuperado el 05/03/14 en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=815>.

Cárdenas, E; Feria, M; Palacios, L y De la Peña, F (2010) *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México

Chappa, H. (1997). *Pánico Y Agorafobia: Abordajes Cognitivo Y Psicofarmacológico*. Buenos Aires:Salerno.

Cía, A. (2003). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Maggio.

CIE-10 (1992) *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Editorial Meditor.

Clark, D. y Salkovskis, P. et al. (1997). *Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 65, 4.

Clark, D., Salkovskis, P., Öst, L.G. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 65, 2, 203-213.

DSM-III (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ªed.) Washington, D.C., APA (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1984).

DSM-IV (1994) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 4ta edición, Washington, D.C; APA.

DSM-V (2013) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5ta edición, Washington, D.C; APA.

Echeburúa, E y De Coral, P (1999) Trastorno de pánico: Terapias psicológicas, psicofármacos o tratamientos combinados. *Análisis y modificación de conducta*. Vol 25, Nº 103. PP 678-702

Feixas, G & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Piados.

Freud, S. (1973) *Inhibición, Síntoma y angustia, Obras completas*, T.III, Biblioteca Nueva, Madrid.

Gold, A (2006) Trastornos de ansiedad en niños. *Archivo Pediátrico Uruguayo*, 77(1): 34-38. Recuperado el 14/02*/13 en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp77-1/pdf/adp77-1_8.pdf

Keegan, E. (1998) *Trastorno de ansiedad: La perspectiva cognitiva*. Vertex. *Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol 09, 33, 197-209

Keegan, E. (1998) Trastorno de ansiedad: La perspectiva cognitiva. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol 09, 33, 197-209

Mendoza, M (2013) El pánico en niños y adolescentes. Recuperado el 17/02/14 en: <http://dramendozaburgos.com/blog/el-panico-en-ninos-y-adolescentes/>

Mercola, J (2002) Pasos básicos para la libertad emocional. Recuperado el 21/02/14 en: <http://espanol.mercola.com/eft-tle.aspx>

Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico, fobias*. Barcelona: Herder.

OMS (2001) *Informe Sobre la Salud en el Mundo*. Salud Mental. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (2004) Situación actual de la salud mental en Costa Rica / Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud. -- San José, C.R.

Ortiz, L. (2006) Ansiedad y miedos en niños ante la hospitalización. Investigación, intervención, programas y técnicas. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia* - Volumen 3 / Número 3 / julio-diciembre 2006.

Para Feixas y Miró (1993) este reciente desarrollo de los modelos sistémicos ha producido un acercamiento a los modelos cognitivos, sobretodo de los constructivistas.

Roca, E. (2004) El trastorno de pánico y su tratamiento. Terapia cognitiva focal en formato de grupo. En red. Recuperado el 04/03/14 en: <http://www.comportamental.com/articulos/5.htm>

Roca, E. y Roca, B. (2002) *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia)*. Recuperado el 07/02/14 en: www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina3.htm

Ruiz, J.J & Cano, J.J .(1999). *Las psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitario* En red. Recuperado el 04/03/14 en: <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/ProfSanitarios/profesionales3d.htm>.

Sáenz, R y Acuña, E (2002) Análisis Sectorial de Salud Costa Rica. San José: Ministerio de Salud.

Scott N, Compton, Jonh S. (2004) Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 8, August 2004.

The Nation's Voice on Mental Illnesses (NAMI) (2005) Trastornos de ansiedad en niños y adolescents. Recuperado el 13/02/14 en: http://www.nami.org/Template.cfm?Section=NAMI_en_espa%C3%B1ol&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=25919

ANEXOS

MI NOMBRE ES...



www.parcels.com

MI NOMBRE ES...



www.passepartout.com

Premio a la perseverancia



Esta mención se concede a

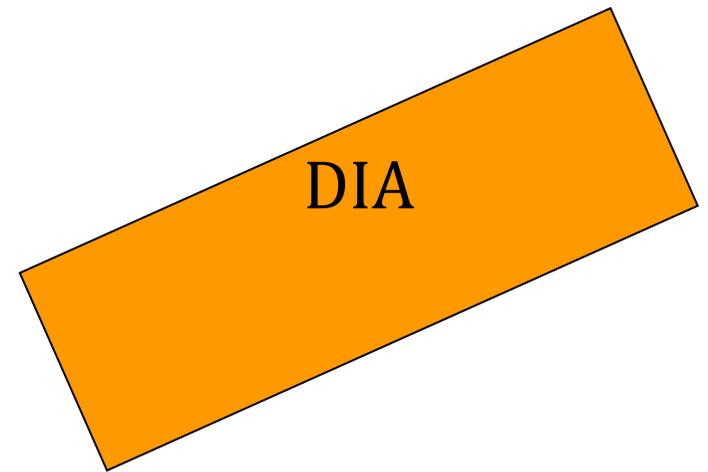
El reconocimiento por haber concluido satisfactoriamente el tratamiento terapéutico

Firma

Fecha

Firma

Fecha



DIARIO DE PENSAMIENTOS

PENSAMIENTOS MENTIROSOS	SENTIMIENTOS	CONDUCTA	SOLUCIÓN
1.			
2.			
3			

ASÍ ME SENTÍA!!!

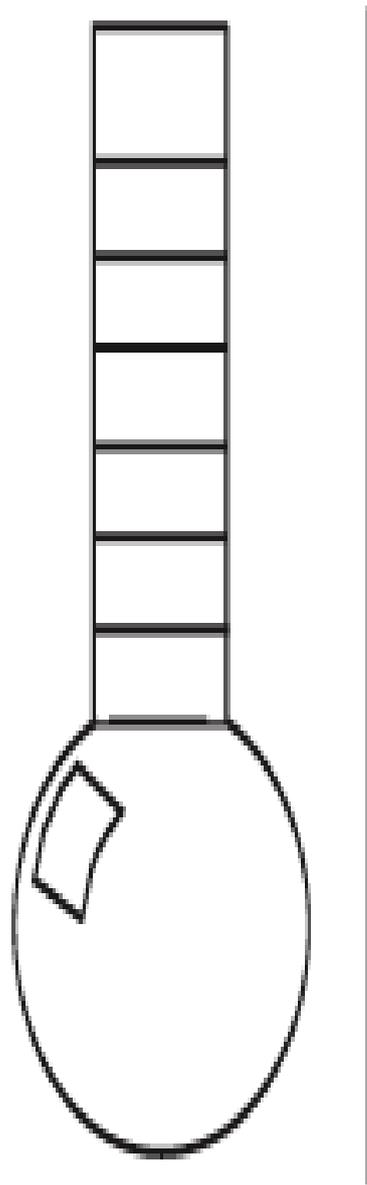


Fig. 3—Termómetro de dolor. Tomado de Wicks-Nelson e Israel, 1997 (13).

PROCEDIMIENTO DE RELAJACIÓN MUSCULAR DE KOEPPEN

MANOS Y BRAZOS

Imagina que tienes un **limón** en tu mano izquierda. Ahora trata de exprimirlo, trata de exprimirle todo el jugo. Siente la tensión en tu mano y brazo mientras lo estás exprimiendo. Ahora déjalo caer. Fíjate cómo están ahora tus músculos cuando están relajados. Coge ahora otro limón y trata de exprimirlo. Exprímelo más fuerte de lo que lo hiciste con el 1º; muy bien. Ahora tira el limón y relájate. Fíjate qué bien se sienten tu mano y tu brazo cuando están relajados. Una vez más, toma el limón en tu mano izquierda y exprímele todo el zumo, no dejes ni una sola gota, exprímelo fuerte. Ahora relájate y deja caer el limón. (Repetir el mismo procedimiento con la mano y el brazo derechos).

BRAZOS Y HOMBROS

Ahora vamos a imaginarnos que eres un **gato muy perezoso** y quieres estirarte. Estira (extiende) tus brazos frente a ti, levántalos ahora sobre tu cabeza y llévalos hacia atrás. Fíjate en el tirón que sientes en tus hombros. Ahora deja caer tus brazos a tu lado. Muy bien. Vamos a estirar otra vez. Estira los brazos frente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia atrás, fuerte. Ahora déjalos caer. Muy bien. Fíjate como tus hombros se sienten ahora más relajados. Ahora una vez más, vamos a intentar estirar los brazos, intentar tocar el techo esta vez. De acuerdo. Estira los brazos enfrente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia atrás, fíjate en la tensión que sientes en tus brazos y hombros. Un último estirón ahora muy fuerte. Deja caer los brazos, fíjate qué bien te sientes cuando estás relajado.

HOMBROS Y CUELLO

Ahora imagina que eres una **tortuga**. Imagínate que estás sentad@ encima de una roca en un apacible y tranquilo estanque relajándote al calor del sol, te sientes tranquil@ y seguro allí. ¡Oh! de repente sientes una sensación de peligro. ¡Vamos! mete la cabeza en tu concha. Trata de llevar tus hombros hacia tus orejas, intentando poner tu cabeza metida entre tus hombros, mantente así, no es fácil ser una tortuga metida en su caparazón. Ahora el peligro ya pasó, puedes salir de tu caparazón y volver a relajarte a la luz del cálido sol,

relájate y siente el calor del sol. ¡Cuidado! más peligro, rápido mete la cabeza en tu casa, tienes que tener la cabeza totalmente metida para poder protegerte, O.K. ya puedes relajarte, saca la cabeza y deja que tus hombros se relajen. Fíjate que te sientes mucho mejor cuando estás relajado que cuando estás tenso. Una vez más. ¡Peligro! esconde tu cabeza, lleva los hombros hacia tus orejas, no dejes que ni un solo pelo de tu cabeza quede fuera de tu concha. Mantente dentro, siente la tensión en tu cuello y hombros. De acuerdo, puedes salir de tu concha, ya no hay peligro. Relájate, ya no va a haber más peligro, no tienes nada de qué preocuparte, te sientes seguro, te sientes bien.

MANDÍBULA

Imagínate que tienes un **enorme chicle** en tu boca, es muy difícil de masticar, está muy duro. Intenta morderlo, deja que los músculos de tu cuello te ayuden. Ahora relájate, deja tu mandíbula floja, relajada, fíjate qué bien te sientes cuando dejas tu mandíbula caer. Muy bien, vamos a masticar ahora otro chicle, mástalo fuerte, intenta apretarlo, que se meta entre tus dientes. Muy bien, lo estás consiguiendo. Ahora relájate, deja caer la mandíbula, es mucho mejor estar así, que estar luchando con ese chicle. O.K., una vez más vamos a intentar morderlo. Muérdelo lo más fuerte que puedas, más fuerte, muy bien, estás trabajando muy bien. Bien, ahora relájate. Intenta relajar tu cuerpo entero, intenta quedarte como flojo, lo más flojo que puedas.

CARA Y NARIZ

Bueno, ahora viene volando una de esas **molestas moscas**, o **preciosa mariposa** y se ha posado en tu nariz, trata de espantarla pero sin usar tus manos. Intenta hacerlo arrugando tu nariz. Trata de hacer tantas arrugas con tu nariz como puedas. Deja tu nariz arrugada, fuerte. ¡Bien! has conseguido alejarla, ahora puedes relajar tu nariz, ¡oh! por ahí vuelve esa pesada mosca, arruga tu nariz fuerte, lo más fuerte que puedas. O.K. se ha ido nuevamente. Ahora puedes relajar tu cara. Fíjate que cuando arrugas tan fuerte tu nariz, tus mejillas, tu boca, tu frente y hasta tus ojos te ayudan y se ponen tensos también. ¡Oh! otra vez regresa esa vieja mosca, pero esta vez se ha posado en tu frente. Haz arrugas con tu frente, intenta cazar la mosca con tus arrugas, fuerte. Muy bien, ya se ha ido para siempre, puedes relajarte, intenta dejar tu cara tranquila, sin arrugas. Siente cómo tu cara está ahora más tranquila y relajada.

PECHO Y PULMONES

Vas a respirar hinchándote y deshinchándote como un **globo**. Vas a coger el aire por la nariz intentando llenar todos tus pulmones de aire... aguanta a respiración contando tres segundos y siente la presión en todo tu pecho luego sueltas el aire por la boca despacito poco a poco y cierras los ojos y comprueba como todo, todo tu cuerpo se va desinflando como un globo y como todo tu cuerpo se va hundiendo y aplastando contra el sofá o la cama donde estás tumbado...con el aire suelta toda las cosas malas, todas las cosas que no te gustan, todas las cosas que te preocupan... ¡Fuera! ... ¡échalas!... y quédate respirando normal y notando esa sensación tan buena de tranquilidad, de dejadez de paz... respirando como tu respiras normalmente y notando como el aire entra y sale sin dificultad... ¡Vamos a respirar de nuevo profundamente ¡ coge el aire por tu nariz...hincha el globo todo lo que puedas y cuenta hasta tres aguantando el aire....uno , dos y tres.... Y suelta por la boca, despacio, cerrando los ojos y convirtiéndote en un globo que se va deshinchando, deshinchando hundiéndose, hundiéndose... aplastándose y quedándose tranquilo...

ESTOMAGO

Imagina que estás tumbado sobre la hierba, ¡Vaya! mira, por ahí viene un **elefante**, pero él no está mirando por donde pisa, no te ha visto, va a poner un pie sobre tu estómago, ¡no te muevas! no tienes tiempo de escapar. Trata de tensar el estómago poniéndolo duro, realmente duro, aguanta así, espera, parece como si el elefante se fuera a ir en otra dirección. Relájate, deja el estómago blandito y relajado lo más que puedas. Así te sientes mucho mejor. ¡Oh! por ahí vuelve otra vez. ¿Estás preparado? Tensa el estómago fuerte, si él te pisa y tienes el estómago duro no te hará daño. Pon tu estómago duro como una roca. O.K., parece que nuevamente se va. Puedes relajarte. Siente la diferencia que existe cuando tensas el estómago y cuando lo dejas relajado. Así es como quiero que te sientas, tranquilo y relajado. No podrás creerlo pero ahí vuelve el elefante y esta vez parece que no va a cambiar de camino, viene derecho hacia ti. Tensa el estómago. Ténsalo fuerte, lo tienes casi encima de ti, pon duro el estómago, está poniendo una pata encima de tí, tensa fuerte. Ahora ya parece que se va, por fin se aleja. Puedes relajarte completamente, estar seguro, todo está bien, te sientes seguro, tranquilo y relajado.

Esta vez vas a imaginarte que quieres pasar a través de una **estrecha valla** en cuyos bordes hay unas estacas. Tienes que intentar pasar y para ello te vas a hacer delgado, metiendo tu estómago hacia dentro, intentando que tu estómago toque tu columna. Trata de meter el estómago todo lo más que puedas, tienes que atravesar esa valla. Ahora relájate y siente cómo tu estómago está ahora flojo. Muy bien, vamos a intentar nuevamente pasar a través de esa valla. Mete el estómago, intenta que toque tu columna, déjalo realmente metido, muy metido, tan metido como puedas, aguanta así, tienes que pasar esa valla. Muy bien, has conseguido pasar a través de esa estrecha valla sin pincharte con sus estacas. Relájate ahora, deja que tu estómago vuelva a su posición normal. Así te sientes mejor. Lo has hecho muy bien.

PIERNAS Y PIES

Ahora imagínate que estás parado, descalzo y tus pies están dentro de un **pantano lleno de barro espeso**. Intenta meter los dedos del pie dentro del barro. Probablemente necesitarás tus piernas para ayudarte a empujar. Empuja hacia dentro, siente como el lodo se mete entre tus pies. Ahora salte fuera y relaja tus pies. Deja que tus pies se queden como flojos y fíjate cómo estás así. Te sientes bien cuando estás relajado. Volvemos dentro del espeso pantano. Mete los pies dentro, lo más dentro que puedas. Deja que los músculos de tus piernas te ayuden a empujar tus pies. Empuja fuerte, el barro cada vez está más duro. O.K. salte de nuevo y relaja tus piernas y tus pies. Te sientes mejor cuando estás relajado. No tenses nada. Te sientes totalmente relajado.

IMAGEN POSITIVA

Ahora que has terminado todos los ejercicios vas a fijarte en lo que notas en tu cuerpo...cuando estamos relajados notamos diferentes sensaciones, pesadez, calor, cansancio, sueño, que nuestro cuerpo pesa y no nos podemos mover, o tal vez todo lo contrario que nuestro cuerpo no pesa y parece como que flotamos, podemos notar rosquillitas y hormigueo en los dedos de las manos ... busca tus sensaciones de relajación... fíjate en ellas y disfrútalas... tu mente y tu pensamiento se puede quedar con ellas...y repetir lo que notas... calor... calor... flotar... flotar...

Vas a elegir una imagen para ti... **TU IMAGEN POSITIVA**: un lugar, un sitio, real o imaginario, que hayas estado o no, un sitio que solo por estar allí ya estarías tranquilo y

relajado...y te lo vas a imaginar lo mejor posible... lo que ves, lo que oyes, lo que notas en tu cuerpo, hasta puedes imaginarte lo que hueles... y cómo estás allí tumbado...en la hierba , en la arena, flotando en el mar, flotando en una nube blanca de algodón, volando como una ave... tu imagen.

Y mantente en ella mientras que este relajado...

¡Has terminado! No te levantes de golpe, estírate, abre los ojos, bosteza, sonríe... y ya te puedes levantar...

Al igual que todos los días comes y duermes, y te lavas las manos y juegas... puedes practicar la relajación solo son diez minutos y si lo haces descubrirás su secreto.

“EL SOLDADO DE PLOMO”. (RELAJACIÓN EN POSICIÓN DE PIE)

Ahora aprenderás como te puedes relajar estando de pie, *vamos por pasos*.

Paso 1. Ponte de pie con tus manos a los costados, piernas juntas bien estiradas, espalda recta, cuello derecho, cabeza derecha mirando al frente (posición de firmes).

Paso 2. Vas a imaginarte que poco a poco te conviertes en un soldado de plomo y vas a poner todo tu cuerpo muy tenso, muy duro... lo más que puedas.

Paso 3. Vas a imaginarte que te conviertes en un hombre de chicle y poco a poco vas a ir relajando todo tu cuerpo, lo vas a poner flojito, flojito.

Paso 4. Ahora cuando yo diga INHALA, con la boca cerrada vas a jalar con la nariz tranquilamente todo el aire que puedas y lo llevarás hasta tu abdomen contando mentalmente 1, 2, 3 cuando escuches EXHALA lo vas a sacar lentamente mientras cuentas 4, 5, 6.

Paso 5. Ahora en posición de firmes (**paso 1**), vas a respirar profundamente (**paso 4**), y mientras INHALAS vas a ir tensando todo tu cuerpo para convertirte en un soldado de plomo (**paso 2**) cuenta 1, 2, 3, 4, 5, ahora poco a poco, mientras EXHALAS te convertirás en un hombre de chicle 6, 7, 8, 9, 10.

Paso 6. Repite este ejercicio 5 veces más o hasta que te sientas relajado.

Problemas. Si el niño no puede hacer esto, ayúdelo a adquirir “la posición de firmes”, moldeando cada una de las partes de su cuerpo. En el momento que tenga que hacer

tensión, toque las partes que se vean relajadas y sugiérale que las tense. Se ha observado que es de gran ayuda que mientras el niño tenga sus manos al lado del cuerpo, usted ponga su dedo índice para que el niño tense sus manos alrededor de su dedo.

RELAJACIÓN CAMINANDO

Existen situaciones en las que no vas a poder estar en un solo lugar para relajarte, esto no es un problema porque a continuación te enseñaremos como relajarte caminando.

Paso 1. Empieza a caminar lentamente.

Paso 2. Cuando escuches “ALTO, TENSA”, detente y en la posición en la que estés, tensa todo tu cuerpo (quedarás como una estatua de marfil o congelado)

Paso 3. Cuando escuches “ADELANTE, RELAJA” afloja todo tu cuerpo y continúa caminando.

Paso 4. Realizar un ejercicio de respiración profunda.

Paso 5. Realiza la secuencia 5 veces más o bien hasta que te sientas relajado.

Como puedes ver este procedimiento lo puedes llevar a cabo donde tu quieras puede ser un salón pequeño, en cualquier área del hospital, en la casa e incluso en la calle.

PRACTICA. Una práctica consistente es importante para cualquier programa de relajación. Se sugiere que le dediques un tiempo especial durante el día. Es recomendable tener dos sesiones diarias cortas de 10 minutos cada una.

RELAJACIÓN POR MEDIO DE LA IMAGINACIÓN

Instrucciones. Es necesario que el padre o terapeuta, vaya leyendo el siguiente texto mientras el niño lo imagina, sería ideal que mientras el niño lleva a cabo el procedimiento, lo vaya memorizando, para que después de algunas sesiones él pueda relajarse sin necesidad de que usted lo dirija. Se recomienda grabar el procedimiento, con voz clara y firme dejando un tiempo razonable para imaginar cada una de las indicaciones .

Siéntate o recuéstate cómodamente, busca la posición que más te guste, cierra los ojos y empieza a relajar todos los músculos de tu cuerpo... empieza a respirar lenta y profundamente... toma aire por la nariz (INHALA) y llena plenamente tus pulmones... sostén unos segundos el aire... y déjalo salir lentamente por tu boca (EXHALA).

Imagina que en la parte superior de tu cabeza hay una llave de agua, al momento de abrirla un agua fresca y cristalina va empezar a entrar por todo tu cuerpo, el agua es clara y transparente y te va limpiando y relajando desde la parte superior de tu cabeza hasta la planta de tus pies, déjala fluir libremente, deja que el agua se lleve tus preocupaciones, tus malestares, el dolor y la tensión que sientes.

Deja que esta agua cristalina refresque tu rostro, tu cuello, déjala que fluya también por el interior de tu brazos, y que salga por las palmas de tus manos, déjala que fluya plenamente.

Permite que el agua inunde tu tronco, siéntela fresca recorrer tu espalda, tu pecho, tu abdomen y tus glúteos, siente como al ir bajando el agua te va dejando relajado y cómodo. Poco a poco el agua arrastra el dolor y la tensión diluyéndolos.

Esta agua transparente y clara está pasando también por tus piernas, siente como te va refrescando y relajando, bajando por los muslos, las rodillas, las pantorrillas, los tobillos, los pies y los dedos. Si tienes alguna molestia, tensión o dolor, siente como el agua se los va llevando, como los diluye y a su paso solo deja relajación y bienestar.

Este ejercicio te permite relajar completamente tus músculos y tus órganos, todo tu cuerpo, siente como el agua va desde tu cabeza hasta tus pies, ahora ya estas completamente relajado.

Ahora, toda el agua que está dentro de ti se está evaporando y tú con ella, permítele que se expanda, creciendo y subiendo muy lentamente hasta integrarse a una nube, ahora estas flotando en el espacio, te sientes completamente libre sin ataduras, ni dolor, ni preocupaciones eres uno con la nube y te desplazas como el viento sin importar a donde te dirijas.

Siendo una nube puedes observar debajo de ti el mar en calma y decides integrarte a él y bajas, lentamente, al hacerlo sientes la frescura de las olas, y tu cuerpo poco a poco se integra al agua del mar, empiezas a sentir que eres infinito y eterno, disfrutas por fin la verdadera sensación de libertad, sientes la vida en el mar y formas parte de ella.

Ahora decides regresar a tu cuerpo trayendo contigo la sensación de energía del mar, la libertad de la nube y la claridad y frescura del agua, sientes como todo esto está fluyendo por tu cuerpo en armonía, sin que nada la obstruya, no permitas que nada interfiera en el viaje constante de este bienestar.

Siente como al moverse por todo tu cuerpo esta energía, recuperas la salud, la armonía, tus funciones nuevamente son precisas, tu cuerpo recupera la belleza, tu piel recupera su frescura y lozanía, tu cabello su sedosidad y brillo, tus ojos recuperan la mirada jovial, estas en armonía con la energía de tu cuerpo, la que te mantiene con vida, saludable, armónico, elástico, con un cuerpo perfecto.

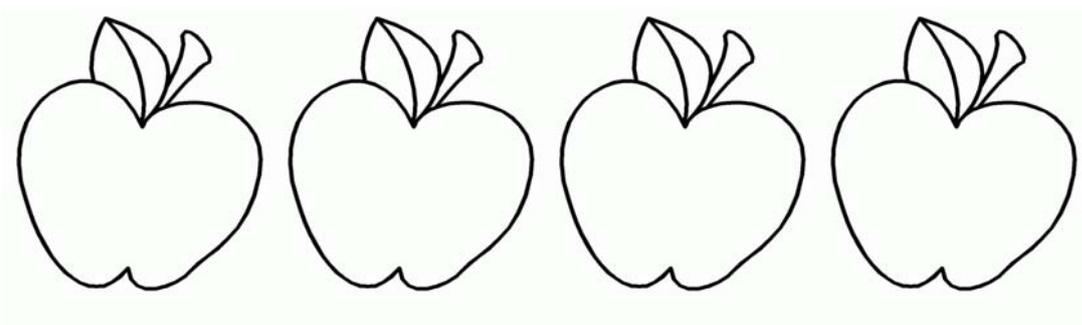
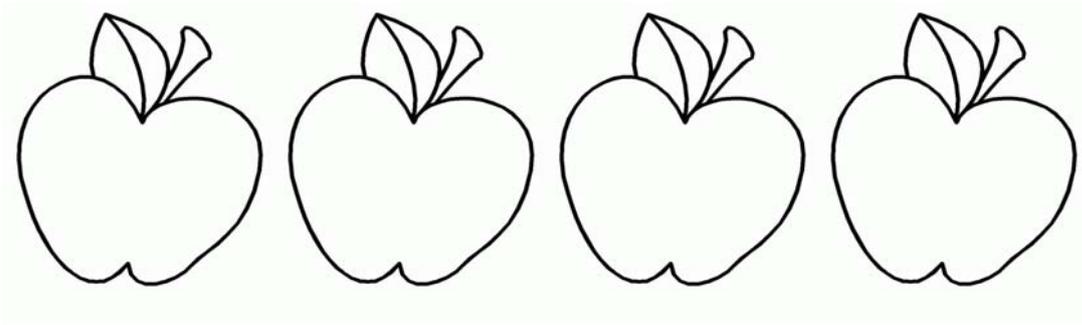
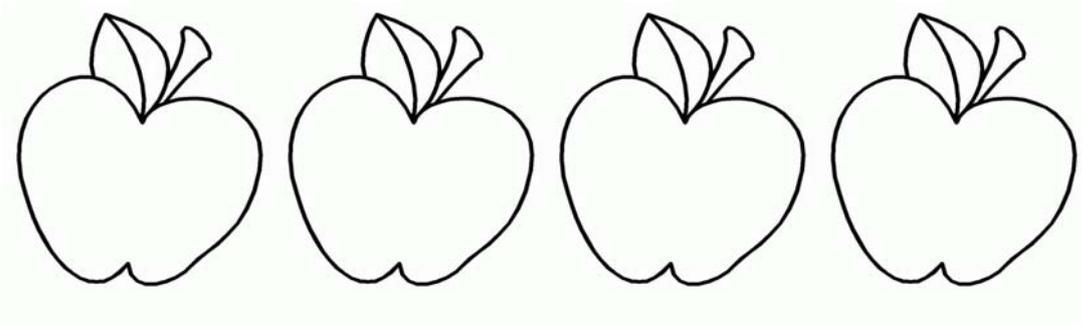
Para salir de tu nivel de relajación, respira profundamente y al hacerlo siente como entran en ti, partículas de vida, que aportaran a tu cuerpo optimismo y confianza, mueve lentamente los dedos de tus manos, respira profundamente, poco a poco vas a regresar a tu sillón o al lugar en el que empezaste el viaje, estírate, lentamente vas a abrir los ojos y te vas a dar cuenta que tienes una vida nueva, que todos los malestares y el dolor se han ido, confía en que todas tus labores cotidianas estarán impregnadas de esa felicidad que en este

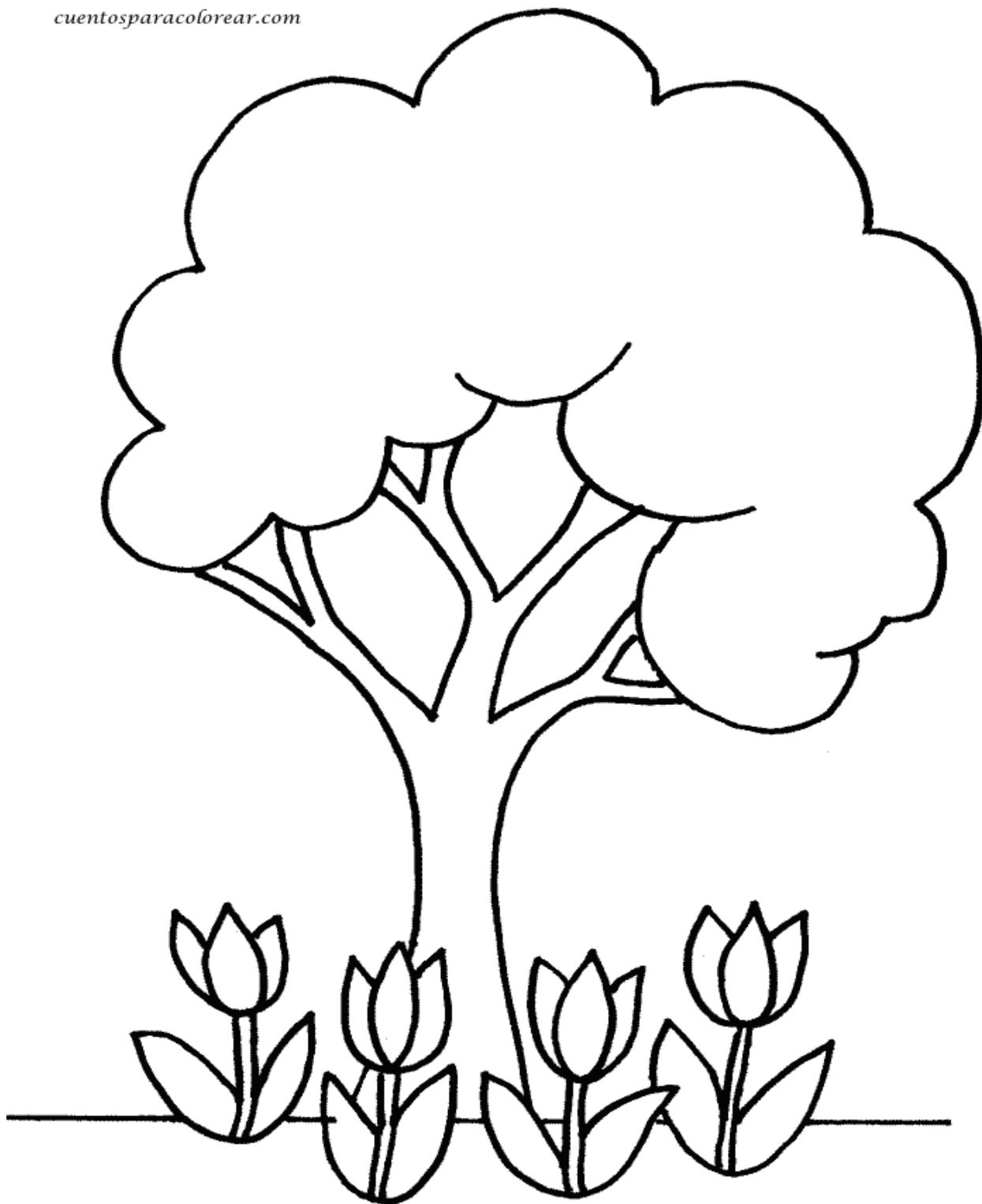
instante empiezas a sentir, respira profundamente, ahora estas plenamente despierto y consiente y ya puedes empezar tus labores cotidianas (procedimiento médico, tarea etc.).

Recomendación: Al finalizar el procedimiento pregunte al niño como se sintió, si logro seguir todas sus indicaciones y como se siente es estos momentos. Es importante reforzar el desempeño de los niños y sobretodo enfatizar que este procedimiento le ayudará a manejar tensiones, malestares y el dolor. Además resalte que con la práctica cotidiana él podrá notar mejorías considerables relacionadas con su salud. Si el niño y su familia profesan alguna religión durante el procedimiento puede hacerse modificaciones que aludan a Dios o creencias particulares

Recomendación: Al finalizar el procedimiento pregunte al niño como se sintió, si logro seguir todas sus indicaciones y como se siente es estos momentos. Es importante reforzar el desempeño de los niños y sobretodo enfatizar que este procedimiento le ayudará a manejar tensiones, malestares y el dolor. Además resalte que con la práctica cotidiana, él podrá notar mejorías considerables relacionadas con su salud.

VIRTUDES





MIS VIRTUDES

RELAJACIÓN SIN TENSION

Instrucciones. Es necesario que el terapeuta, vaya leyendo cada uno de los siguientes puntos mientras el niño lo practica, sería ideal que mientras el niño lleva a cabo el procedimiento, lo vaya memorizando, para que después de algunas sesiones él pueda relajarse sin necesidad de que usted lo dirija. Se recomienda grabar el procedimiento, con voz clara y firme dejando un tiempo razonable para realizar cada una de las indicaciones

Siéntate o recuéstate cómodamente, busca la posición que más te guste, cierra los ojos y empieza a relajar todos los músculos de tu cuerpo... empieza a respirar lenta y profundamente... toma aire por la nariz (INHALA) y llena plenamente tus pulmones... sostén unos segundos el aire... y déjalo salir lentamente por tu boca (pon tus labios entreabiertos) (EXHALA).

Comienza concentrando tu atención en tu cara, en tus mandíbulas apretadas, tensas y afloja esta tensión lentamente, recorre todo tu cuerpo... toma aire por la nariz (INHALA) y llena plenamente tus pulmones... sostén unos segundos el aire... y déjalo salir lentamente por tu boca (EXHALA).

Relaja los músculos de tu cuello, libera la tensión... muévelo lentamente... toma aire por la nariz (INHALA) y llena plenamente tus pulmones... sostén unos segundos el aire... y déjalo salir lentamente por tu boca (EXHALA)

Concentra tu atención en tus hombros, libera la tensión, el malestar, muévelos suavemente y relájalos completamente al respirar... INHALA sostén unos segundos el aire y al EXHALAR con los labios entre abiertos, imagina que sale de ti toda la preocupación, toda la angustia y la tensión que te invade.

Continúa relajando el tronco, tu espalda, el abdomen, los glúteos, libera el estrés y la tensión que los mantiene contraídos, e incómodos, respira profunda y lentamente... toma aire por la nariz y llena plenamente tus pulmones... sostén unos segundos el aire... y déjalo salir lentamente por tu boca.

Concentra tu atención en tus piernas, libera la tensión poco a poco, bajando por tus muslos, tus rodillas, las pantorrillas y finalmente tus pies, siente como sale toda la tensión por cada uno de tus dedos y se aleja el malestar, muévelos suavemente y relájalos completamente al respirar ...INHALA... EXHALA.

Continua relajado, la tensión de los músculos de tus brazos va desapareciendo con forme mueves tus dedos, deja que escape la tensión, ahora no hay tensión en tu cuerpo, te sientes libre de ese malestar...respira profundamente... INHALA... EXHALA.

Todo tu cuerpo esta plenamente relajado, te sientes muy tranquilo, muy a gusto contigo mismo y con todos los que te rodean, siente como poco a poco las preocupaciones y la tensión se alejan de ti, respira profundamente, toma aire por la nariz... sostén unos segundos el aire... y déjalo salir lentamente por tu boca.

Lentamente abrirás los ojos, y sentirás como todo tu cuerpo esta relajado, y sentirás ese bienestar recorriendo tu cuerpo.

Emociones

