

**Guía clínica
para el tratamiento
psicológico de trastornos
psiquiátricos en niños
y adolescentes**

**Laura Hernández Guzmán
Corina Benjet
Marco Antonio Andar
Graciela Bermúdez
Flor de María Gil Bernal**

Guía Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes

Laura Hernández Guzmán, Corina Benjet, Marco Antonio Andar
Graciela Bermúdez, Flor de María Gil Bernal

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
México, 2010

Guía Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes

Laura Hernández Guzmán, Corina Benjet, Marco Antonio Andar, Graciela Bermúdez, Flor de María Gil Bernal

Editores

Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora

Validación Interna

Ingrid Vargas, Nayelhi Saavedra

Validación externa

Eduardo Madrigal, Graciela Cámara, Cinthia Anda, Ma. Luisa Rascón

Aspectos Éticos

Liliana Mondragón

Producción editorial

Patricia Fuentes de Iturbe

Esta Guía Clínica se diseñó con el apoyo de Recursos para la *Igualdad entre Mujeres y Hombres*, anexo 10 del PEF 2010.

Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales

Secretaría de Salud

D.R. 2010 Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, México DF, 14370

ISBN: 978-607-460-145-9

Edición 2010

Impreso en México

Citación

Hernández L, Benjet, C, Andar MA, Bermúdez G, Gil, F (2010). Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra sin la autorización por escrito de los titulares de los Derechos de Autor.

Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Objetivos de la guía	7
1.Trastornos internalizados (ansiedad y depresión)	11
1.1 Conceptos centrales y características del tratamiento	11
1.2 Algoritmo general para los trastornos internalizados: ansiedad o depresión	12
1.2.1 Diagnóstico	12
1.2.2 Psicoeducación	12
1.2.3 Reestructuración cognitiva	16
1.2.4 Exposición	18
1.3 Especificidades por trastorno	23
1.3.1 Fobia Específica	23
1.3.2 Fobia Social	26
1.3.3 Ansiedad generalizada	28
1.3.4 Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)	28
1.3.5 Trastorno obsesivo compulsivo	28
2. Trastornos Externalizados	30
2.1 Tratamientos validados empíricamente	30
2.2 Conceptos centrales y características del tratamiento	30
2.3 Algoritmo general para el tratamiento de los trastornos externalizados	31
2.3.1 Psicoeducación	31
2.3.2 Tratamiento	32
2.3.3 El entrenamiento a padres	36
Aspectos Éticos	41
Referencias	43

Prólogo

Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*¹, el 6.4% de población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad².

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad.

Por lo anterior, se ha planteado la creación de unidades de atención especializadas en salud mental (UNEMES-CISAME) en todo el país. Se propone que estas unidades funcionen como el eje donde se estructure la atención comunitaria de la salud mental.

Como parte de este proyecto se solicitó al Instituto Nacional de Psiquiatría desarrollar una serie de guías clínicas sobre los padecimientos más frecuentes en nuestro país, a partir del análisis de la evidencia científica y de los criterios diagnósticos, de prácticas terapéuticas y de acciones preventivas que han probado ser más efectivas en el ámbito del manejo de los padecimientos mentales.

Las 12 Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales que conforman esta colección tienen como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas para abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso.

1. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 2003.

2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención en Salud Mental. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México, 2008.

El conjunto de Guías Clínicas es el fruto del trabajo realizado por un grupo conformado por investigadores y clínicos especializados en diversas áreas de la salud mental a quienes agradecemos su compromiso y su interés por contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad de vida de los pacientes, así como de su entorno familiar y social.

Asimismo, agradecemos a todas aquellas personas que revisaron y validaron estas guías; esperamos seguir contando con sus valiosas aportaciones para la actualización y mejora continua de estos instrumentos para la práctica clínica.

Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza
Directora General
Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*

Se han documentado más de 550 intervenciones psicológicas utilizadas para el tratamiento de niños y adolescentes; sin embargo más de 90% de ellas nunca se han evaluado empíricamente (Kazdin, 2000). Para que un tratamiento se considere validado empíricamente o basado en la evidencia, debe haberse demostrado su eficacia, a través de ensayos clínicos aleatorios, y el cambio, producto del tratamiento, debe mantenerse con el paso del tiempo; asimismo, un equipo de investigadores independiente al que hubiese demostrado originalmente su eficacia, debe encontrar resultados similares (Hamilton y Dobson, 2001).

Las psicoterapias validadas empíricamente comparten las siguientes características: La formación de habilidades, se centran en un problema específico, requieren veinte o menos sesiones e incluyen evaluación continua para medir el progreso durante el tratamiento. Sin embargo, raramente incluyen métodos tradicionales de evaluación como aquellas de personalidad, proyectivas o de inteligencia (O'Donohue, Buchanan y Fisher, 2000).

La ética profesional dicta que los clínicos empleen únicamente tratamientos basados en la evidencia y que se capaciten para proporcionar tales tratamientos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2006).

Objetivos de la guía

Esta guía tiene como objetivos proporcionar a los profesionales de la salud, que trabajan con menores de edad:

- Información sobre los tratamientos psicológicos efectivos para los diferentes trastornos mentales que presentan los niños y adolescentes.
- Los conceptos centrales y las características de estos tratamientos psicológicos.
- Algoritmos para el tratamiento psicológico de los trastornos internalizados y externalizados en niños y adolescentes.

Guía Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes

Los trastornos internalizados inician frecuentemente en la infancia o en la adolescencia. En México, la edad media en la cual comienzan los trastornos de ansiedad es a los 14 años; aquellos de primera aparición son la ansiedad de separación, la fobia específica y la social (Medina-Mora y cols., 2003; 2007). La depresión también es un trastorno de inicio temprano, ya que una cuarta parte de las personas que han sufrido depresión en México tuvo su primer episodio como niño o adolescente (Benjet y cols., 2004). El 7.2% de los adolescentes de la Ciudad de México presentaron algún trastorno del estado de ánimo en los 12 meses previos al estudio; y el 29.8% manifestaron algún trastorno de ansiedad, principalmente fobia específica o social (Benjet y cols., 2009).

Los tratamientos psicológicos validados empíricamente para trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes incluyen terapia cognitivo conductual para ambos tipos de trastornos, y desensibilización sistemática (exposición gradual), modelamiento, y práctica reforzada para los trastornos de ansiedad (Ollendick y King, 2004; Kazdin 2000). Diversos autores, como Barlow y cols (2004) y Chorpita y cols (2004), sugieren que el tratamiento cognitivo-conductual, dirigido a los trastornos emocionales, ansiedad y depresión, es muy similar de uno a otro. Estos autores han propuesto que, de un trastorno de ansiedad a otro, existe gran similitud y que lo que varía entre ellos es la valoración cognitiva asociada con un contexto o una situación que da lugar a respuestas de evitación. Es decir, que a los trastornos emocionales subyacen componentes comunes que superan a los que no comparten. Un estudio reciente de Hernández Guzmán y cols en niños mexicanos encontró que el conjunto de trastornos de ansiedad en la infancia (fobia específica, fobia social, ansiedad de separación, estrés postraumático, ansiedad generalizada y pánico/agorafobia) correlacionan entre ellos y subyacen a un factor de orden superior de ansiedad general. Este hallazgo coincide con los resultados de Spence (1998) en población infantil y los de Barlow y cols (2004) en adultos.

1.1 Conceptos centrales y características del tratamiento

Los tratamientos que han mostrado eficacia para estos trastornos se basan en teorías de aprendizaje, conductuales y cognitivas, o sea, tienen como principio generar cambio en las emociones, mediante la modificación de los pensamientos y conductas desadaptativas. Los pensamientos blancos de modificación, son pensamientos distorsionados acerca de uno mismo, el futuro, situaciones y/o objetos. De acuerdo con Barlow y cols (2004), en cada uno de los trastornos emocionales, incluyendo la depresión, se sobreestima la probabilidad de que ocurra un evento negativo y se exageren las consecuencias en el caso de que este evento negativo ocurriese. En los distintos trastornos se evita:

1. Trastorno de pánico y agorafobia. Sensaciones somáticas (experiencias emocionales).
2. Fobia social. La actuación-interacción social.
3. Fobia específica. Estímulos, objetos o situaciones específicos.
4. Estrés postraumático. Estímulos asociados con el trauma.
5. Trastorno obsesivo compulsivo. Se emplean estrategias de evitación, mediante rituales cognitivos y conductuales.
6. Trastorno de ansiedad generalizada. Se emplean conductas de preocupación y el perfeccionismo negativo y desadaptado como estrategias de evitación de la ansiedad.
7. Trastorno de ansiedad de separación. Conductas de aferrarse a la persona de apego, como estrategias de evitación de la ansiedad.

8. Depresión. Recientemente, se ha reconocido también que en el caso de la depresión, se recurre al aislamiento como estrategia para evitar interacciones y contextos que provoquen afecto negativo.

Barlow y cols (2004) han documentado que los trastornos de ansiedad, concretamente el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada, comparten con la depresión los afectos negativos y la activación del sistema nervioso autónomo. Lo que ha dado lugar a tratamientos, cuya eficacia, para tratar indistintamente los diversos trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, se ha demostrado ampliamente (Barrett, Dadds y Rapee, 1996; Bögels y Siqueland, 2006; Chorpita y cols., 2004; Kendall, 1994; Kendall y cols., 1997; Lumpkin y cols., 2002; Medlowitz y cols., 1999; Muris, Mester y Melick, 2002; Nauta y cols., 2001, 2003, 2005).

A continuación se presenta un algoritmo general para los trastornos internalizados, y posteriormente especificaciones por trastornos específicos. Respecto al tratamiento de la depresión, existen algunos puntos de divergencia que, en el presente algoritmo, se señalarán por separado donde resulte pertinente. En algunos casos, se insertará una sección que sólo corresponda a la depresión, en otros simplemente se hará la aclaración respectiva en una nota.

1.2 Algoritmo general para los trastornos internalizados: ansiedad o depresión

El algoritmo general para el tratamiento de los trastornos internalizados en niños y adolescentes se presenta en forma de un diagrama de flujo en la figura # 1. Cada uno de los componentes del algoritmo se explica a continuación:

1.2.1 Diagnóstico

El primer paso es el **diagnóstico**. Una vez que se ha realizado el diagnóstico de un trastorno internalizado (ansiedad o depresión), inicia la fase de psicoeducación.

1.2.2 Psicoeducación

La **psicoeducación** inicia con la **jerarquización de situaciones o estímulos**, o sea, la identificación de las diversas preocupaciones y fuentes de evitación asociadas con el trastorno de que se trate. En este contexto, la tarea del terapeuta consiste en establecer, junto con el paciente, una jerarquía de situaciones o estímulos. En el caso de los niños, debe crear una situación de juego que propicie el establecimiento de esta jerarquía. Es posible trabajar individualmente o en grupo.

Se ha propuesto que se utilice algún tipo de metáfora, por ejemplo, una escalera (Chorpita y cols., 2004) para que los niños ubiquen en los distintos peldaños de la escalera sus distintos miedos y sus preocupaciones. Lo que les produzca más ansiedad en la parte más alta de la escalera y los menos ansiógenos en la parte más baja. Este es sólo, un ejemplo. Se puede usar también un termómetro para que el niño vaya colocando sus miedos a lo largo de la escala del termómetro, a mayor "temperatura" más miedo. Para ayudar al niño a jerarquizar sus miedos, se menciona una a una las situaciones y estímulos que él mismo y/o sus padres hayan expresado en la entrevista inicial. También se emplea la información manifestada en la aplicación de las diversas pruebas psicológicas (SCAS, Spence, 1998; CES-D, Benjet, y cols., 1999). Este material desempeña un papel muy importante en el desarrollo de las fases que se describen a continuación, pues es la información básica con la que se trabaja.

Una vez establecida la jerarquía, el siguiente paso en el algoritmo es educar al niño acerca de la ansiedad.

(Nota: En el caso de la depresión, se prescinde de la jerarquización de situaciones o estímulos. Sin embargo, resulta muy importante indagar por un lado acerca de las emociones, y por el otro, de los pensamientos que el niño esté presentando).

La siguiente fase de psicoeducación tiene varios **objetivos**. El primero es que el paciente entienda lo que es la ansiedad o depresión, según el trastorno de que se trata. Un segundo objetivo es que reconozca que ciertos pensamientos son los que provocan las emociones que tanto le desagradan y que trata de evitar y, finalmente, que identifique esos pensamientos automáticos negativos asociados con las emociones disfuncionales. Para alcanzar el primer objetivo, se recurre también a metáforas, por ejemplo, la ansiedad como una falsa alarma contrastada con el miedo real asociado con un peligro real. En los ejemplos se pueden usar los miedos expresados por el niño en el apartado anterior. (Nota: Para la depresión se trabaja con los pensamientos y emociones).

Educación sobre ansiedad: La falsa alarma

Se discute con el niño acerca de las falsas alarmas, por medio de historias que ejemplifiquen cómo es que, en ocasiones, se dispara una falsa alarma y en realidad no está pasando nada. Una vez que el niño haya entendido qué es una falsa alarma, se le debe explicar, que muchas veces nuestro organismo o nuestra mente detona falsas alarmas y que en realidad algo que no le produce miedo a nadie o que no debía provocar miedo, produce un intenso miedo.

Se puede utilizar como ejemplo: *“¿Qué pasaría si en este momento entrara un tigre? Lo más probable es que quienes estamos aquí sintamos un miedo tremendo, porque el tigre representa un verdadero peligro. Podría atacarnos y matarnos, por eso nuestro organismo responde con una alarma, que es el miedo. Esa alarma nos alertará para que nos pongamos a salvo. En cambio, si entra una hormiguita, muchos no sentiremos absolutamente nada, porque la hormiguita no representa ningún peligro para nosotros. Pero, si un niño se asusta mucho y grita cuando entra la hormiguita, quiere decir que se le ha encendido la alarma. Aunque realmente la hormiguita no hace nada, el organismo de ese niño le está enviando una falsa alarma. Es él mismo, quien sin darse cuenta está activando la falsa alarma”*.

La metáfora de la falsa alarma sirve para educar al niño acerca de la ansiedad, de la idea de que muchas veces tendremos pensamientos absurdos de que algo nos va a hacer daño o de que algo va a suceder, sin que verdaderamente haga daño o verdaderamente pueda suceder. Una vez educado el niño acerca de lo que es la ansiedad, cómo es que nosotros mismos nos hacemos muy malas jugadas y a veces sentimos miedo de cosas de las que no debíamos sentir miedo; el siguiente paso, para seguir con la psicoeducación, es ayudar al niño a distinguir entre emociones, pensamientos y conductas.

Educación sobre depresión: El detective de las emociones

La psicoeducación para la depresión difiere ligeramente de la de los trastornos de ansiedad. Como ya se indicó, se prescinde de la jerarquización de estímulos y situaciones, para comenzar directamente con la educación acerca de la depresión. A los niños deprimidos se les puede explicar que cuando estamos deprimidos nos sentimos muy tristes. *“La depresión es una reacción normal que sentimos todas las personas cuando perdemos a alguien o algo que queremos mucho, cuando nos pasa algo que no queríamos que pasara, cuando por más que tratamos, no logramos lo que queremos. Es normal que nos*

deprimamos cuando muere alguien a quien amamos mucho. Pero hay veces que no ha pasado nada malo, o no es tan malo lo que pasó, o ya pasó mucho tiempo, y de todas formas nos sentimos deprimidos. Esa depresión no es normal y debemos investigar lo que está ocurriendo. Debemos averiguar qué pensamos."

Jugando a ser detectives de las emociones, se discute con el niño acerca de las emociones como la tristeza, el enojo o el mal humor y se le ayuda a identificar en qué circunstancias se siente así, qué piensa cuando se siente así y qué hace o deja de hacer cuando se siente así. Se puede utilizar el termómetro del ánimo como una metáfora para que les ayude a evaluar la intensidad de sus emociones similar a la escala del termómetro que se describió para la ansiedad.

Se revisan las respuestas a las entrevistas e inventarios aplicados previamente al paciente y se indaga más acerca de aquéllas que indican la presencia de un síntoma. El terapeuta y el niño juegan al detective e indagan juntos, qué tanto de lo que ocurre usualmente cuando se está deprimido le está ocurriendo al niño en particular. Este ejercicio tiene como objetivo que el niño comprenda que lo que le sucede es que está deprimido y que esto les ocurre también a otros niños:

Tristeza. *"Hay situaciones, como cuando los compañeros o amigos no quieren jugar con nosotros, o cuando estamos enfermos, etcétera que nos producen pensamientos que nos entristecen mucho. Cuando nos sentimos tristes dejamos de hacer cosas que antes nos gustaba hacer. ¿Tú sientes tristeza? ¿Cómo es tu tristeza? ¿Dónde la sientes, en el pecho, en el estómago, en las piernas? ¿Qué sientes, dolor, como vacío? ¿Qué piensas cuando te sientes triste?"*

Enojo. *"A veces nos enojamos sin que realmente haya pasado nada que deba enojarnos. Simplemente estamos de mal humor". ¿Te sientes de mal humor? ¿Qué piensas cuando te sientes de malas? ¿Qué haces?"*

Pesimismo. *"Las personas deprimidas piensan que les van a pasar cosas malas, no creen que sus problemas se resuelvan, ni que el futuro vaya a ser mejor para ellos, que nunca tendrán amigos. ¿Tú qué piensas? ¿Cómo crees que vaya a ser tu futuro? ¿Crees que ya no vas a sentirte triste? ¿Cómo vas a ser cuando seas más grande (mayor)?"*

Fracaso. *"A algunas personas deprimidas les da miedo equivocarse, y por eso mejor no intentan hacer cosas (actividades) nuevas. ¿Quieres aprender algo nuevo? ¿Tienes miedo de equivocarte cuando estás aprendiendo algo nuevo?"*

Pérdida de placer. *"Para los niños que se deprimen, hay juegos que antes les parecían divertidos, pero de repente ya no. ¿Te pasa eso a ti? ¿A qué jugabas antes, que ahora ya no juegas?"*

Culpa. *"Cuando estamos deprimidos sentimos que tenemos la culpa de lo malo (las cosas malas) que pasa. ¿Tú sientes culpa? ¿De qué te sientes culpable?"*

Castigo. *"Cuando estamos deprimidos sentimos como cuando nos castigan. ¿Tú te sientes castigado?"*

Disgusto personal. *"Cuando estamos deprimidos no nos sentimos bien con nosotros mismos. Nos sentimos decepcionados de lo que hacemos, de cómo somos. Sentimos que nadie nos quiere, que somos aburridos o tontos. ¿Cómo piensas que eres tú? ¿Te dices cosas feas en tu mente? ¿Qué te dices?"*

Llanto. *“Las personas deprimidas lloran mucho. ¿Lloras a veces? ¿Mucho? ¿Qué piensas cuando lloras?”*

Sueño. *“Algunas personas que se deprimen a veces tienen problemas para dormir o duermen mucho. Tienen sueño todo el tiempo. ¿Duermes casi todo el día? ¿Quisieras quedarte durmiendo todo el día? ¿No duermes bien? ¿Te despiertas por la noche y ya no puedes dormir?”*

Concentración. *“¿Puedes poner atención en la escuela? ¿Te distraes en clase?”*

Energía. *“¿A veces te das cuenta que no tienes ganas de hacer nada? Dime, ¿qué piensas cuando no quieres hacer nada? ¿Te sientes cansado? ¿Se te quita el hambre?”*

Evitación. *“¿Te pasas mucho tiempo sin hacer nada? ¿Tratas de no pensar en tus problemas? ¿Si una tarea te parece difícil, ya no la haces?”*

Síntomas físicos. *“¿Sientes dolores aunque no estés enfermo? ¿Te sientes enfermo?”*

Es importante discutir con el niño la naturaleza cíclica de los síntomas y componentes de la depresión. Dependiendo de sus respuestas a la conversación sobre los síntomas de la depresión, el terapeuta extrae los pensamientos más frecuentes asociados con la depresión. En este punto, debe comenzar a asociar los pensamientos negativos con los síntomas que haya referido como más frecuentes. *“¿Te das cuenta que cuando piensas eso, te sientes más triste, realizas menos actividades que antes te gustaba hacer, duermes más, dejas de hacer lo que te gusta y te sientes peor, te sientes mal y más triste?”* etcétera. Se le explica lo que le está pasando, que juntos han descubierto lo que le pasa. Una vez que el niño haya entendido lo que es la depresión, estará listo para distinguir entre emociones, pensamientos y conductas.

Distinción entre emociones, pensamientos y conductas

Uno de los componentes más importantes de la psicoeducación es que el niño, en primer lugar, aprenda a distinguir entre las emociones, los pensamientos y las conductas; y posteriormente, a identificar la conexión que existe entre éstos.

Para iniciar la discriminación entre los tres elementos que son piezas básicas para lograr la psicoeducación, tanto de la ansiedad como de la depresión, puede servirse de juegos. Se puede trabajar, por ejemplo, con tres recipientes claramente distintos entre ellos, que pueden ser una canasta, un bote y una caja. Cada recipiente corresponde a cada uno de los componentes, por ejemplo, los pensamientos irían en la canasta, las emociones en el bote y las conductas en la caja. El juego consiste en que, tanto el terapeuta, como los niños, reciban un papelito describiendo un pensamiento, una emoción o una conducta, lo lean en voz alta y lo introduzcan en el recipiente que le corresponda. Por ejemplo, en el papelito estará escrito “soy muy listo”, el niño tendrá que identificar si es una emoción, una conducta o un pensamiento. El niño deberá meter el papelito en la canasta. Existen variedades de este juego. Los niños más pequeños tal vez requieran que el terapeuta se refiera a las emociones como “lo que siento”, a los pensamientos como “lo que pienso” o “lo que me digo en mi mente”, y a las conductas como “lo que hago”.

Hay distintos juegos que puedan utilizarse para enseñar a los niños a discriminar entre sus emociones, sus pensamientos y sus conductas. Hay juegos del tipo “Monopoly” o “Turista”, donde van echando dados y van avanzando y caen en una casilla en donde se le pide al niño que represente

una emoción o que la mencione y en otra casilla una conducta. De esta manera, los niños jugando aprenderán a distinguir entre emociones, pensamientos y conductas, lo cual es un requisito importante para el siguiente paso.

Distinción de pensamientos negativos o absurdos

Durante el trabajo con los pensamientos, es muy importante que el niño identifique cuáles son los pensamientos que producen las emociones que experimenta. Comprender la conexión entre pensamientos, emociones y conductas es fundamental. El siguiente objetivo es que el niño perciba la conexión entre los pensamientos y las sensaciones o emociones que le molestan, también que identifique cuando sus pensamientos son negativos y/o absurdos. El concepto de pensamiento automático es fundamental en este punto, para que el niño entienda que hay ciertos pensamientos que ocurren automáticamente (que le vienen a la cabeza de repente) y le producen automáticamente una emoción que le desagradan o le hace sentir mal. Los pensamientos automáticos pueden ser pensamientos positivos o negativos. Es importante que el niño identifique, tanto los pensamientos asociados a las emociones desagradables, como a las agradables.

Por lo tanto, el niño identificará estos pensamientos automáticos y las emociones relativas a la ansiedad/depresión que sufre. Un ejercicio que se recomienda para que el niño identifique los pensamientos automáticos y se percate de su conexión con las emociones, es pedirle que cierre los ojos. Se le pide que respire profundo. Se le induce un pensamiento: *“Estás sin hacer nada y piensas ‘nadie me quiere’”*. Un pensamiento obviamente tomado del material que ya se obtuvo acerca de las preocupaciones expresadas por él mismo y/o sus padres, dependiendo del trastorno de ansiedad de que se trate o de la depresión. Se le pregunta *“¿Qué sentiste cuando te dijiste eso?”* Generalmente, responderá que tristeza, o enojo, o miedo. *“Ves cómo es que tú mismo te puedes producir esa emoción que te molesta tanto”*. Se realiza, entonces, el ejercicio contrario, es decir, con un pensamiento positivo y se le pregunta qué sintió cuando se dijo eso. Los pensamientos automáticos ya identificados anteriormente serán los que el niño relacione con alguna emoción. Se le inducirá el pensamiento a la vez que se le pregunte qué sintió. Generalmente, los pensamientos automáticos generarán una emoción negativa. Es importante permitir que el niño vea que él (ella) tiene el control de los pensamientos y puede inducir o suprimir cuando quiera las emociones que éstos provocan.

1.2.3 Restructuración cognitiva

El enfoque cognitivo conductual descansa en gran parte en la premisa de que los pensamientos, las emociones y la conducta se entrelazan e influyen mutuamente. La forma en que la persona percibe o evalúa una situación ejerce una influencia sobre sus respuestas emocionales y su conducta, las que a su vez afectan la apreciación de nuevas situaciones. El tratamiento cognitivo-conductual implica enseñar a los niños, en este caso, acerca del triángulo pensamientos-emociones-conducta y modificar junto con ellos sus pautas de pensamiento de tal forma que, en el futuro, afronten con mejores recursos las situaciones desafiantes. El tratamiento entraña la asignación de tareas que los niños se llevan a casa.

La restructuración cognitiva se aplica a cada pensamiento automático relativo a las situaciones o estímulos que el niño hubiese propuesto durante la jerarquización de situaciones o estímulos, siguiendo el orden en la jerarquía de situaciones o estímulos, empezando por los que le producen más ansiedad. Es importante recordar que en el caso de la depresión, se trabaja directamente con los pensamientos, sin que correspondan a una situación o estímulo jerarquizado previamente.

En la fase de reestructuración cognitiva, una vez identificados y jerarquizados los pensamientos automáticos que producen la emoción desagradable o molesta, el algoritmo ofrece dos opciones. La primera se dirige a los niños pequeños, menores de 8 años o niños que presenten escasas habilidades verbales.

Alto y pienso

La reestructuración cognitiva dirigida a los niños es más sencilla que la que se trabaja con adultos y niños mayores. En este caso, después de que el niño identifique claramente cuáles son los pensamientos negativos que le provocan emociones negativas, se le enseña la técnica “alto y pienso” como parte de la tarea de romper el rayo maligno (Kendall, 1994 y 1997). Puede complementarse con el ejercicio del superhéroe, en el que se explica al niño que trabajarán en el superhéroe que se dedica a romper el ciclo de pensamientos negativos –emociones molestas– conducta. Puede describirse como un anillo de rayos malignos que sólo él (el superhéroe) puede romper con su visión láser muy poderosa. Su tarea consiste en encontrar los pensamientos negativos que hacen sentir sufrimiento y malestar y romper el rayo maligno. Su siguiente tarea será crear un rayo positivo que pueda unir pensamientos buenos que le hagan sentir bien. Cada vez que el niño tenga un pensamiento negativo se le enseña a decir “alto y pienso”. *“Yo tengo el control de mis emociones y que ya sé que si pienso eso, tendré esa emoción que tanto me molesta. Alto, rompo el rayo, se detiene el pensamiento”*. Paralelamente, se trabaja con el niño una lista de pensamientos agradables que le hagan sentir bien. Se enseña al niño no sólo a detener el pensamiento negativo, sino a evocar uno de esos pensamientos agradables que le hacen sentir bien. Este ejercicio de reestructuración es mucho más sencillo que la alternativa: de someter a prueba la evidencia.

Someter a prueba la evidencia

Someter a prueba la evidencia sólo se realiza con niños mayores de ocho años o con niños menores, pero muy verbales y que se hubiesen identificado previamente con una inteligencia superior. Consiste en investigar los datos o la evidencia que apoye la veracidad de ese pensamiento que le produce emociones tan desagradables. El niño tendrá que identificar o tendrá que investigar los hechos, lo que ocurre en la realidad que corrobore o no, que ese pensamiento es válido o no.

Este ejercicio se plantea como un juego en el que el niño protagoniza a un detective y tiene que investigar si los hechos realmente corroboran ese pensamiento en particular. ¿Cuántos hechos o cuánta evidencia apoyan el pensamiento? Si un niño no entiende la tarea, se puede usar alguna historia no necesariamente relacionada con su problema. Inicialmente, el terapeuta puede contarle una historia acerca de un personaje, cuyos chocolates han desaparecido y su pensamiento fue: *“Mi primo es el culpable”*. Su tarea es buscar pistas para decidir si realmente fue su primo el culpable. Pone atención a las pistas, observa, hace preguntas, hasta encontrar al culpable. Por ejemplo, el protagonista de la historia repite continuamente: *“No debo sacar conclusiones sin haber investigado bien los hechos”*. Así, el protagonista de la historia observa y descubre que una de sus hermanas tiene manchada la boca, huele a chocolate, no comió casi a la hora de la comida. Cuando preguntó a su tía, ella vio salir a su hermana de la habitación donde guardaba los chocolates. En cambio su primo no tenía manchada la boca, no olía a chocolate, comió muy bien y recuerda que estuvo todo el tiempo jugando con él. El terapeuta apunta en una columna los hechos que corroboran la culpabilidad de los distintos personajes y, en otra columna, los que no la apoyan.

El terapeuta puede buscar otras historias similares que le permitan que el niño entienda que investigar los hechos es lo que le sirve para tomar una decisión acerca de qué tanto corroboran o no un

pensamiento. Cuando el niño haya comprendido la tarea, seguirá protagonizando al detective junto con el terapeuta para identificar, en su lista de pensamientos automáticos negativos elaborada por el terapeuta, los sucesos o hechos que corroboren un pensamiento en particular, y cuáles son los hechos que no lo corroboran. Es decir, el terapeuta ayudará al niño a evaluar cada pensamiento en términos de la evidencia que apoye o no un pensamiento dado. En este punto es muy importante ayudar al niño a analizar con cuidado esta evidencia.

El resultado de este ejercicio son dos listas para cada pensamiento trabajado, una lista de los hechos que apoyan un pensamiento y otra de los hechos que no lo apoyan. Entonces, se invita al niño a identificar o decidir qué tan absurdo o que tan negativo es ese pensamiento. Dentro de este mismo contexto, se aprovecha para que el niño verbalice el pensamiento que sí se apoya en los datos o hechos. Por ejemplo, como parte de su tarea como detective, el niño sometió a prueba el pensamiento *"nadie me quiere"*, de los datos que dio para apoyar el pensamiento que le producía una emoción desagradable, indicó que no le daban permiso de ver la televisión en ciertas ocasiones, que lo castigaban y que sus hermanos le molestaban. Entre los datos mencionados que no apoyaban ese pensamiento fueron: sus papás le leían cuentos antes de irse a la cama, su mamá le hacía la comida que a él le gustaba, lo llevaban de paseo a los juegos, lo llevaban de viaje, de vez en cuando iban a Acapulco y sus hermanos lo cuidaban cuando su mamá salía. El terapeuta hace preguntas al niño que le induzcan a verbalizar hechos que contradigan un pensamiento negativo determinado. Posteriormente, ambos evalúan la lista, y analizan qué tan absurdo resultó el pensamiento y que en realidad no hay tantos hechos que lo corroboren. En ese momento el terapeuta ayuda al niño a crear un pensamiento alternativo que sí se ajuste más a los hechos. Por ejemplo, *"bueno mis papás sí me quieren, aunque a veces tienen que corregirme, y mis hermanos, a veces me molestan, pero también juegan conmigo"*. Los pensamientos positivos alternativos son muy importantes, pues son los que evocará el niño cada vez que tenga los pensamientos automáticos negativos. Es importante cubrir con este procedimiento los pensamientos automáticos negativos más relevantes, ya sea durante la sesión o como una tarea que se lleve el niño a casa.

En este punto conviene valorar si el niño ha logrado regular sus emociones, ya sea mediante la detención de pensamientos negativos o la sustitución de pensamientos absurdos por otros apoyados en los hechos, es decir, pensamientos adaptados o equilibrados. El terapeuta evalúa la racionalidad (si se basan en datos) de las apreciaciones que el niño haga de sí mismo y de lo que le pasa. Si el niño ha logrado la regulación emocional, se procede a la siguiente parte que es la exposición. Si no se ha logrado la regulación emocional se regresa, ya sea, a la reestructuración de "alto y pienso" o a la reestructuración para someter a prueba la evidencia, según sea el caso.

1.2.4 Exposición

La exposición emplea el principio de desensibilización sistemática de la terapia conductual, en el que la exposición continua a un estímulo temido (al mismo tiempo que se anticipan las conductas de evitación o escape del estímulo o situación) reduce el sufrimiento y la ansiedad. Esta técnica emplea, tanto la exposición imaginada (el paciente se imagina interactuando con el estímulo o en la situación temidos), como la exposición en vivo (el paciente se expone directamente al estímulo o situación temidos) para reducir gradualmente las emociones negativas. Es muy importante recordar que la introducción de los estímulos o sensaciones que molestan al paciente es gradual. Se comienza con las que producen mucho menos miedo o sufrimiento. La exposición se realiza en un ambiente que garantice al paciente seguridad.

Exposición imaginada

El primer paso en la exposición es la exposición imaginada, que va seguida por la exposición en vivo. La combinación de estos dos tipos de exposición es la más efectiva que existe, pues cumple con varias funciones. La exposición asocia una situación de seguridad con la situación o estímulo que provoca las emociones displacenteras; comunica al paciente que pensar en la situación ansiógena no es peligroso. Le permite saber que la ansiedad no permanecerá para siempre, sino que disminuirá con el paso del tiempo sin necesidad de suprimir o evitar las situaciones o estímulos que la provocan, y enseña al paciente que experimentar los síntomas de la ansiedad no significa la pérdida del control. Es importante que la exposición se gradúe, es decir, que los estímulos (preocupaciones o situaciones que producen ansiedad) se presenten en orden: de las menos ansiógenas (o desagradables) a las más ansiógenas (o desagradables). La exposición a esos sucesos, a esas situaciones, o a esos pensamientos estresores que provocan ansiedad es lo que ha demostrado ser una de las técnicas más efectivas para combatirlos. La exposición se recomienda como el tratamiento de primera instancia para atacar la evitación de situaciones, estímulos, preocupaciones, pensamientos intrusivos, recuerdos traumáticos, etcétera.

Es muy importante recordar que no toda las personas expuestas a una situación difícil van a desarrollar ansiedad o depresión. A pesar de que muchas personas pueden experimentar síntomas de desagrado después de una situación traumática, sólo un porcentaje muy bajo desarrollará ansiedad. La idea de la exposición es romper con el círculo vicioso que se crea cuando el paciente evita constantemente las situaciones que le producen ansiedad.

La evitación se refuerza y entonces el paciente nunca aprende que esas emociones, pensamientos, recuerdos e imágenes no son peligrosos, y como resultado, la ansiedad no disminuye. La sensación original de miedo y las creencias distorsionadas acerca de éste, nunca se procesan conscientemente. Como resultado, muchos de estos recuerdos, pensamientos, sensaciones, emociones, y situaciones relacionadas con éstos, no se pueden abordar y resolver mediante aprendizaje nuevo. La utilización de la exposición tanto imaginada, como en vivo, ayuda al paciente a reactivar los recuerdos; a tomarlos como un reto y disminuir la evitación relacionada con la ansiedad. Esto se aplica en los casos de estrés postraumático, trauma original, pensamientos problemáticos y situaciones con las que ha asociado el trauma.

Este procedimiento implica alentar a que el niño imagine lo que le produce miedo, una y otra vez, mientras se le describe con todo detalle posible. El recuento progresivo de un suceso, pensamiento o situación, revive las emociones asociadas con éstos. Es importante utilizar el tiempo presente mientras se relata la historia, ya que, este permitirá sentir o tener un encuentro más intenso con las emociones que se estén reviviendo.

Es muy importante explicar a los niños porqué es importante exponerse a esos estímulos o esas situaciones que suele evitar. En el caso de la depresión, se trata de realizar actividades contrarias a la inactividad propia de la depresión. También se recomienda el uso de metáforas relacionadas con hacerle frente a un enemigo imaginario, al que hay que vencer y la única forma de vencerlo es enfrenándolo. Se debe explicar al niño, cómo este método va a ayudarlo a reducir los niveles de ansiedad y de sufrimiento. La explicación que reciba el paciente acerca de lo que puede esperar de la aplicación de esta técnica, proporcionará un marco de referencia muy claro para la terapia. Un ejemplo de explicación sería: *"Hoy hablaremos acerca de algunas reacciones que las personas tienen ante ciertos sucesos, ante ciertas cosas que pasan, ante ciertos objetos o ante lo que sienten. Las personas creen muchas veces que se están volviendo locas o que no tienen control, cuando tienen pensamientos raros, imágenes o*

sensaciones que les hacen sentir mal. Esta sensación puede causar todavía mucho más sufrimiento y más ansiedad y miedo. A veces los niños a los que les pasa eso tratan de no pensar, de no tener esos pensamientos, esas imágenes, esas sensaciones, pero entre más los evitan, peor se sienten. Podrían sentir malestar, sufrimiento, que no están ahí o que quisieran salir corriendo. Lo que haremos es destruir esas emociones. Ya vimos que esos pensamientos que nos producen esas emociones, no son reales, son falsas alarmas. Destruiremos esas falsas alarmas pensando en ellas. Al principio, tal vez sientas mucho miedo (o te sientas muy mal) y te parezca que no vas a poder tolerarlo, aun la idea de hablar de ello tal vez te dé miedo. Aquí conmigo estás seguro, estás en un lugar seguro, aquí no pasa nada, aquí tú tienes control de todo lo que te pase. Yo te diré algunas ideas para que tú las veas en tu mente y tú me vas a poder decir si quieres que lo diga yo más despacio o que me detenga".

Recordemos que depende de la efectividad de la psicoeducación y de la reestructuración cognitiva que el paciente esté o no listo para el procedimiento. También es importante la fuerza con la que se haya establecido una buena alianza terapéutica con el niño y qué tanto control siente sobre lo que está ocurriendo dentro de la sesión. Por eso es tan importante empezar con el mínimo sufrimiento o miedo y progresar a los más intensos, de tal manera que el niño sienta que su control va en aumento conforme progresen las sesiones. Al introducir al paciente a la exposición imaginada, el terapeuta debe hacer referencia a la psicoeducación. Se le debe recordar al niño de qué manera ciertos de sus pensamientos se asocian con sensaciones o emociones de sufrimiento o miedo, y que realmente funcionan como una falsa alarma. No hay ningún peligro real en la situación en la que se encuentra en este momento. Para conocer el progreso del paciente, puede usarse nuevamente la escalera o el termómetro, con los cuales el niño identificará la intensidad de su sufrimiento o miedo, y que tan tolerable es éste.

Durante la exposición, el terapeuta debe poner especial cuidado en mantener al niño fuera de la zona de incomodidad en la que siente cierto sufrimiento o cierta ansiedad, pero no muy intenso, no al punto en el que sea intolerable o inmanejable. Se indica al niño que dé una señal (por ejemplo, levantar un dedo cuando esté imaginando) para que el terapeuta sepa qué es lo que está sintiendo, y si debe bajar un poquito el nivel de lo que esté induciendo a la imaginación. Al niño se le expresa que él tiene el control, y no el terapeuta, de lo que ocurra en la sesión. Los niños que sufren demasiado o que sienten muchísima ansiedad en la situación, tienden a disociar en la sesión. Es muy importante que el terapeuta esté pendiente de los signos de disociación que incluyen la desorientación y la sensación de sentirse ausente de la situación.

Se debe permitir el suficiente tiempo para que el niño procese la experiencia antes de terminar la sesión. Esto podría requerir el extender la sesión de sesenta a noventa minutos. Se debe tener mucho cuidado de no terminar la exposición de manera prematura, pues, esto podría reforzar las respuestas de evitación y escape. Es importante tener un tiempo posterior en el que se le pregunte al niño y se obtenga retroalimentación acerca de cómo fue sintiendo las cosas, hasta que punto llegó su termómetro, puesto que son importantes herramientas para modificar el procedimiento en la siguiente sesión y optimizar el tratamiento. Siempre es importante modificar el procedimiento con base en la retroalimentación que proporcione el paciente. La exposición se repite hasta que la ansiedad se haya reducido de manera consistente.

Exposición en vivo

Después de la exposición imaginada, se aplica la exposición en vivo. A diferencia de la exposición imaginada, la exposición en vivo implica que el niño realice las actividades de interacción con la si-

tuación o estímulo que provoca sufrimiento o ansiedad. La exposición en vivo conduce al paciente a la conducta manifiesta. A lo largo de las sesiones, generalmente como tarea que el niño debe realizar entre sesiones, el terapeuta promueve actividades que no estén asociadas con las emociones disfuncionales. Obviamente estas actividades dependerán del tipo de trastorno del que se trate, haciendo referencia constantemente a las preocupaciones asociadas con el trastorno en cuestión, expresadas por el paciente o sus familiares. La exposición en vivo muchas veces no es posible, puesto que, no se puede llevar un estímulo al consultorio, o el terapeuta no puede salir del consultorio para acompañar al paciente a exponerse a la situación que le produzca miedo o sufrimiento. Sin embargo, es mediante las tareas que el paciente suele exponerse a ciertas situaciones. Esto es, si se siente cómodo haciéndolo, pues implica que lo haga por sí mismo.

Entrenamiento de habilidades sociales

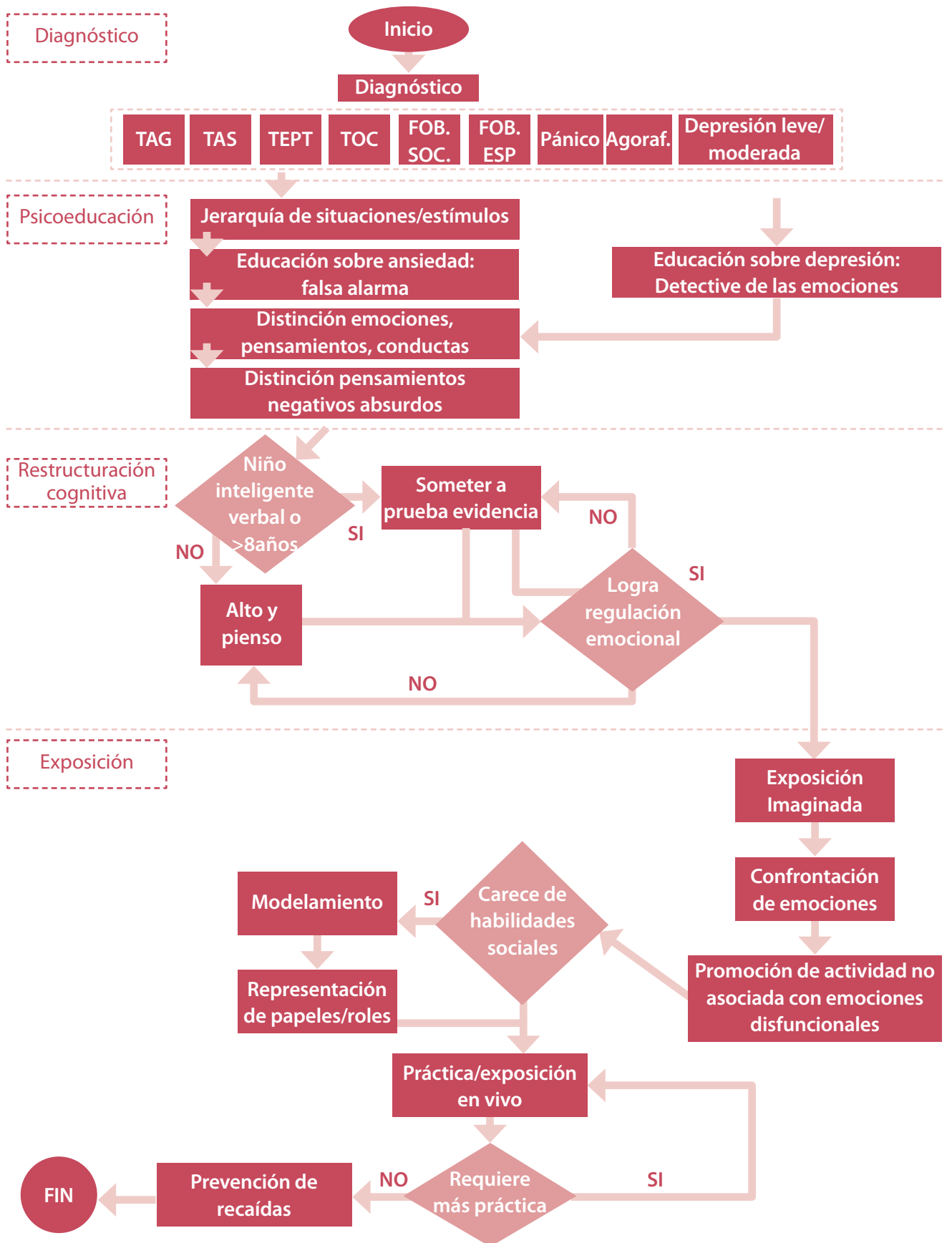
La realización de actividades, confronta al terapeuta con el hecho de que, en muchas ocasiones, los pacientes no poseen las habilidades para llevar a cabo alguna tarea, sobre todo cuando se trata de habilidades sociales. Por lo que, si el paciente carece de la habilidad para exponerse a cierta situación, habrá que dotarle de esas habilidades. En este caso, se emplean técnicas como el modelamiento y la representación de papeles o roles (role-playing, mal llamado juego de roles). Generalmente, es la combinación del modelamiento y de la representación de papeles o roles, lo que garantiza un mejor aprendizaje de las habilidades sociales.

Brevemente, el modelamiento implica que el terapeuta actúe como modelo, para que el niño imite lo que se espera de él en distintas situaciones. Obviamente, lo que se le modele dependerá de las conductas que se espera que el niño realice como parte del ejercicio de exposición. Una vez que se le ha modelado, se pide al niño que él lo haga, se practica varias veces. Por ejemplo, la tarea de exposición implica que el niño invite a otro niño a jugar. El terapeuta representa la escena varias veces, mediante aproximaciones sucesivas el niño lo imita hasta que logre realizar la conducta deseada. A lo largo de este procedimiento, el terapeuta debe elogiar los esfuerzos del niño por realizar la conducta deseada. Cuando ya se ha logrado que el niño realice las actividades, se puede realizar la exposición en vivo, para que el niño se enfrente a las situaciones o pensamientos con los cuales se esté trabajando. Si el terapeuta considera que se requiere más práctica, se regresa a la exposición imaginada y se repite el procedimiento. Cuando ya no se requiera de más práctica y el niño se exponga a aquello que evitaba, en sus situaciones vitales, el siguiente paso es la inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas.

La inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas

La inoculación ante el fracaso consiste en advertir al niño que, bajo ciertas circunstancias, podría volver a experimentar el miedo o el sufrimiento que ya venció. Debe conocer esta posibilidad y comprender que no significa que todo se ha perdido. Se repasan con él, las estrategias de reestructuración cognitiva y de exposición que ya conoce. Se recomienda que el terapeuta utilice la imaginación guiada para que el niño se visualice sintiendo miedo o tristeza en alguna situación y verbalice "*no importa, yo tengo el control, aplico las técnicas que ya conozco para destruir esas emociones.*" La inoculación ante el fracaso ayuda a prevenir las recaídas, pues el niño identifica las señales del sufrimiento y la ansiedad. Se induce al niño a recordar las herramientas que ya utiliza: Someter a prueba la evidencia o detener sus pensamientos negativos para hacer frente a nuevas situaciones que podrían ponerlo en una posición de vulnerabilidad. En la inoculación se repasa todo lo que se ha hecho y se prepara al niño para que en un momento dado, si fracasa o siente que está teniendo alguna recaída, pueda echar mano de esas herramientas. Es importante que el niño sepa que si ya venció antes el miedo y

Figura 1 Diagrama del algoritmo general para el tratamiento psicológico de trastornos internalizados en niños y adolescentes



el sufrimiento, podrá vencerlos nuevamente. Se le debe comunicar que será mucho más fácil hacerlo, puesto que tiene todas las herramientas y todas las armas necesarias para vencer. Se sugiere citar al paciente en sesiones posteriores de evaluación y de seguimiento, después de 3 ó 6 meses para verificar si ha habido recaídas. Aunque no informe el niño ni sus padres sobre recaídas, se sugiere reforzar la inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas.

Pronóstico con tratamiento psicológico

Estudios de tratamiento cognitivo-conductual para depresión con niños y adolescentes (principalmente adolescentes) encuentran que entre 43 y 87% remite pos-tratamiento (Evans y cols., 2005). En una comparación de tratamiento cognitivo-conductual (TCC), tratamiento con fluoxetina, tratamiento con ambos y placebo, 43% de aquellos con TCC, 61% con fluoxetina y 71% con tratamiento combinado remitieron en la doceava semana en comparación de 35% del grupo placebo (March y cols., 2004). Sin embargo, aquellos recibiendo TCC y tratamiento combinado mantuvieron su respuesta a 36 semanas (97 y 89% respectivamente), más que el grupo con fluoxetina (74%).

Para los trastornos de ansiedad se han encontrado buenas tasas de respuesta con terapia conductual y terapia cognitivo conductual. Por ejemplo, para fobia social se han encontrado tasas de respuesta de 67 a 89%, para fobia específica 88%, para TAG 66% de adolescentes y 50% niños remite (Evans y cols., 2005) postratamiento.

1.3 Especificidades por trastorno

1.3.1 Fobia Específica

La técnica conductual “exposición en vivo” es, de acuerdo con los resultados de investigación, la que arroja mejores resultados. Se ha postulado que la experimentación de las emociones provocadas por el estímulo fóbico es la clave para superarlo (Emmelkamp y cols., 2002; Rentz y cols., 2003). Sobresale, en el caso del tratamiento de las fobias específicas, el tratamiento de una sesión conductual desarrollado por Öst (1989a). Este autor ha logrado tratar con éxito las fobias específicas, mediante la técnica de exposición en una única sesión (Öst, 1989b). El trabajo original de Öst ha mostrado predominantemente que entre 74% y 95% de los pacientes adultos con alguna fobia específica (Hellström y Öst, 1995; Öst, Salkovskis y Hellström, 1991) muestra mejoría después del tratamiento de una sesión para las fobias específicas, que persiste un año después (Öst, 1997). Öst y cols., (2001) repitieron estos efectos con niños, así como otros equipos de investigadores independientes (Muris y cols., 1997; Muris y cols., 1998; Ollendick y King, 1998).

Características del tratamiento de una sesión para fobia específica

El tratamiento de las fobias específicas incluye diversas técnicas:

Relajación progresiva: Respiración profunda y diafragmática, y relajación muscular.

Psicoeducación: El paciente se educa acerca de las características de su fobia específica y sobre la posibilidad de controlarla.

Exposición: La confrontación del paciente con el estímulo o situación, demuestra al paciente cómo adquirir control de la situación. La exposición se lleva a cabo en conjunto con otras técnicas como las aproximaciones sucesivas, el reforzamiento de las conductas de acercamiento y la desensibilización sistemática.

El Protocolo de tratamiento de una sesión para la fobia específica en niños (Öst, 1989, 1999) se divide en las siguientes tres fases: Fase de evaluación y diagnóstico (niño y uno o ambos padres), fase de tratamiento (tratamiento de exposición de tres horas), y fase de mantenimiento y prevención de recaídas (herramientas y tareas para casa).

Fase 1. Evaluación y diagnóstico

- Temporalidad: Una o dos semanas antes de la sesión de tratamiento.
- Objetivo: Evaluación y diagnóstico de la fobia específica, a través de una entrevista al niño y a sus padres, instrumentos de autoinforme y una evaluación conductual.
- Componentes:
 - Análisis de la conducta (objeto fóbico, reacciones de miedo, edad de inicio, la adquisición y un análisis funcional, factores que mantienen el comportamiento fóbico, pensamientos negativos)
 - Psicoeducación (final de la sesión de evaluación, información).
- Actividades a realizar con los padres:
 - La posible causa de la fobia y como interfiere.
 - Dar importancia al problema.
 - Explicar los beneficios que tendrían.
 - Tratamiento se llevará a cabo en una visita posterior.
 - Componentes básicos del tratamiento.
 - Aclarar en qué consisten las tareas para casa.
 - Aplicar los instrumentos de autoinforme.
- Actividades a realizar con los niños
 - Beneficios que tendría si superara su fobia.
 - Comunicar que en el tratamiento tendrá la oportunidad de participar en un programa de entrenamiento para superar su fobia.
 - Explicar los componentes básicos.
 - Aplicar los instrumentos de evaluación de autoinforme.
 - Elaborar la jerarquía de miedo con el niño.

Fase 2. Tratamiento

- Temporalidad: Una o dos semanas después de la sesión de evaluación en una sesión de exposición.
- Objetivo: Tratamiento de una sesión para la fobia específica.
- Componentes:
 - Exposición en vivo
 - Modelamiento
 - Reforzamiento
- Metas del tratamiento de una sesión:
 - La primera meta se relaciona con las situaciones reales o naturales (casa, escuela, parque) que el niño es capaz de manejar, después de haber realizado el tratamiento.
 - La segunda meta se relaciona con los logros terapéuticos a lograr durante la sesión de tratamiento, es decir, que se cumpla la meta planteada antes de la sesión de tratamiento.
- La relación terapeuta-paciente: La relación del terapeuta con el paciente será clara y confiable para el niño, con el propósito de alcanzar las metas planteadas para la sesión de tratamiento.

- Trabajo en equipo: El niño entenderá que durante la sesión de tratamiento, el terapeuta lo cuidará, apoyará y ayudará a combatir su fobia, siempre y cuando se comprometa a participar al 100% en las actividades planeadas.
- Procedimiento:
 - El terapeuta sigue el orden de los estímulos enlistados en la jerarquía de miedo y emplea el siguiente procedimiento:
 - Plática breve sobre el estímulo fóbico, centrándose en sus características.
 - El terapeuta presenta el estímulo en formatos no animados (fotografías, películas o grabaciones).
 - Se presenta el objeto fóbico en vivo, pero sometido (frasco, jaula, según sea el caso).
 - Poco a poco el terapeuta expone al niño al estímulo fóbico hasta lograr el objetivo de cada eslabón de la jerarquía de miedo.
 - Una vez que el niño realiza por sí mismo el eslabón de la jerarquía de miedo, se pasa al siguiente.
- Instrucciones
 - Se realiza con cada elemento de la jerarquía del miedo .
 - El tratamiento termina una vez que el niño realiza por sí mismo el último eslabón de la jerarquía de miedo.
 - Las actividades las realiza primero el terapeuta (modelamiento), y después el niño.
 - El terapeuta pregunta al niño cómo se siente, durante todo el tratamiento.
 - El terapeuta elogia cada progreso que el niño realice.

Fase 3. Mantenimiento y prevención de recaídas

- Instrucciones
 - Se realiza con cada elemento de la jerarquía del miedo.
 - El tratamiento termina una vez que el niño realiza por sí mismo el último eslabón de la jerarquía de miedo.
 - Las actividades las realiza primero el terapeuta (modelamiento), y después el niño.
 - El terapeuta pregunta al niño cómo se siente durante todo el tratamiento.
 - El terapeuta elogia cada progreso que el niño realice.
- Componentes
 - Evaluar las acciones realizadas durante el tratamiento, iniciando con la descripción de los problemas iniciales.
 - Revisión breve de los pasos realizados.
 - Descripción de la forma en que cambió la fobia.
 - Uno de los padres estará presente durante la sesión para confirmar los cambios ocurridos durante y después de la sesión de tratamiento.

Recomendaciones para el manejo del paciente con fobia específica en el contexto familiar.

- Ayude a su hijo(a) a desarrollar elementos de confianza en sí mismos.
- Reconozca que el miedo es real.
- Hable sobre el miedo, si usted habla acerca de ello, el miedo puede ser menos poderoso.
- Nunca opine que el miedo es insignificante para forzar a su niño(a) a que lo supere.
- Decirle a su hijo(a), “¡No seas ridículo! ¡No hay monstruos en tu closet!” puede hacer que su hijo vuelva a la cama, pero no hará que el miedo desaparezca.
- Brinde apoyo y demuestre protección, a medida que se acerque con su hijo(a) al objeto o situación que genere temor.

- Enseñe a su hijo(a) cómo evaluar el miedo.
- Enseñe a sus hijos(as) estrategias para hacer frente al miedo.
- Usted es la “base”, el niño(a) puede atreverse a acercarse al objeto temido y luego volver a acercarse a usted en busca de seguridad, antes de volverse a acercar al objeto o situación temida.
- Enseñe a sus hijos frases positivas sobre sí mismos(as), por ejemplo, “Yo soy capaz de hacer esto” y “Yo voy a estar bien,” las cuales su hijo(a) puede repetirse a sí mismo(a).
- Enseñe la visualización de escenas positivas y tranquilizantes (flotar sobre una nube o descansar en la playa).
- Enseñe a respirar profundamente a su hijo, imaginando que los pulmones son globos y dejar que se desinflen lentamente.
- No forzar al niño a enfrentarse al objeto o situación que causa su temor, pues ello puede hacer que aumente su temor.
- La reacción de la familia frente a estas situaciones es decisiva, puede agravar o atenuar el miedo.
- No castigar o regañar por el miedo.

1.3.2 Fobia Social

Destaca el formato grupal, frente al individual (Barret, 1998). No obstante, se ha encontrado que la combinación de sesiones grupales y asesoría individual suele alcanzar los mejores resultados. Se ha sugerido también que el mayor tamaño del efecto favorece la aplicación del tratamiento en el ambiente escolar, posiblemente porque es ahí donde el niño puede practicar la exposición en vivo con mayor facilidad. Respecto a las técnicas cognitivo-conductuales específicas, se recomienda la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales y la reestructuración cognitiva, todas se asocian con la reducción significativa de la sintomatología del trastorno.

Indicaciones generales para el terapeuta tratando la fobia social:

- I. Las intervenciones en formato individual han resultado ser efectivas para el manejo de los trastornos de ansiedad en general; sin embargo, de acuerdo con la revisión de la literatura, en el caso de la fobia social, el formato grupal puede ser más eficaz.
- II. Durante las sesiones de tratamiento, la exposición debe ser gradual y por aproximaciones sucesivas. Es conveniente que el terapeuta modele la conducta deseada frente a todos los participantes y que elogie a cada uno, cada vez que logre la conducta deseada.
- III. La retroalimentación, mediante videograbaciones ha demostrado ser una técnica eficaz para modelar la conducta de los pacientes con fobia social. De tener acceso a una cámara de video, es conveniente utilizarla a lo largo de las sesiones de tratamiento, para que al niño observe su actuación y se le indiquen sus aciertos. Uno de los problemas del fóbico social es que suele tener una percepción distorsionada de su propia conducta. Su creencia básica es que todo lo hace equivocada o torpemente, la videograbación puede convencerle de que no necesariamente es así.

Recomendaciones para el manejo del paciente con fobia social en el contexto familiar

La participación de la familia en el tratamiento de niños con fobia social, incluye conocer el tratamiento, y compartir sus impresiones y colaborar con el terapeuta.

Se ha encontrado que si se entrena a los padres a emplear estrategias específicas que ayuden a manejar los problemas del niño, a resolver los problemas de pareja y familiares, así como a mejorar la

comunicación entre los miembros de la familia, y el ajuste psicosocial de los padres, el tratamiento suele alcanzar mejores resultados (Miller y Prinz, 1990).

En el caso de la fobia social, la inclusión de los padres también implica modificar las prácticas parentales. Algunos estudios sugieren que los niños con mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, provienen de entornos familiares caracterizados por una crianza rígida y de control, que proporciona menos independencia, y escasa tolerancia de la expresión de emociones.

Entrenamiento a los padres en la fobia social

Cuando se cuenta con la participación y el interés de los padres por ayudar a sus hijos con fobia social, se recomienda el trabajo en grupo, para que los padres confronten sus propios problemas de ansiedad y aprendan a resolver sus problemas familiares, también a ayudar a su hijo a manejar su ansiedad y las conductas de evitación.

Recomendaciones específicas para los padres

Dado que las relaciones con los miembros de la familia y lo que el niño observa en casa es muy importante para la adquisición de habilidades sociales, los padres deberán:

- I. Promover la participación de su hijo en situaciones sociales, sin forzarlo ni hacerlo sentir mal.
- II. Escuchar las necesidades de su hijo, tomando en cuenta su punto de vista.
- III. No ponerlo en situaciones humillantes dentro y fuera de la casa, frente a miembros de la familia y a otros niños de su edad.
- IV. Evitar la crítica al niño.

Trastorno por ansiedad de separación

Investigaciones recientes han demostrado que la incorporación activa de los padres al tratamiento de los niños con trastornos de ansiedad de separación puede ser muy útil en la reducción del comportamiento ansioso del niño, y en el mantenimiento y la mejora de la efectividad del tratamiento. Constantemente se enseñan nuevas formas de interactuar con el niño, lo que da como resultado que los miedos no se refuerzan inadvertidamente. También se instruye a los padres sobre formas de valorar y dar refuerzo positivo a lo conseguido.

Recomendaciones para el manejo del paciente con ansiedad de separación en el contexto familiar

Los padres deben preparar al niño antes de dejarlo, explicarle que tienen que irse, pero que volverán. Si el niño se pone ansioso, tomar en serio su malestar y responder con calma y paciencia, sin regaños ni enojo. A veces resulta útil que el padre le deje un objeto personal y le pida que se lo guarde hasta que regrese, eso le ayudará a recordar que va a volver y que no lo abandona.

Los padres deben propiciar la seguridad del niño, concederle su atención y cariño. Los niños pequeños aprenden más rápido cuando reciben suficiente atención y cariño, que cuando se les trata de enseñar de la forma más dura.

Los padres deben practicar separaciones cortas en la casa y mantener informado al niño en todo momento dónde se encuentran. Es importante ofrecer al niño la posibilidad de predecir la conducta de sus padres.

Los padres no deben escabullirse furtivamente cuando su hijo no lo vea o esté dormido, ya que esto

sólo aumentará los síntomas de la ansiedad de separación. Además, con ese comportamiento resta seguridad a la relación.

Los padres deben controlar sus propios miedos e inseguridad. Si el niño nota que sus padres se muestran ansiosos al dejarlo, percibirá su partida como amenazante. Deben transmitir seguridad y confianza y nunca mentir, si van a tardar, así deben comunicarlo a su hijo.

1.3.3 Ansiedad generalizada

Las revisiones de la literatura indican que el tratamiento cognitivo-conductual es el más eficaz para tratar el TAG (Butler y cols., 1991). El entrenamiento en relajación por sí solo no es suficiente (Borkovec y cols., 1987). Se recomienda seguir el algoritmo general.

1.3.4 Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

La exposición, tanto imaginada como en vivo, es el tratamiento por excelencia para el Trastorno por Estrés Postraumático. Se ha documentado su efectividad principalmente con pacientes adultos (Foa y cols., 1991; Keane y cols., 1989; Norton y Price, 2008; Resick y Schnicke, 1992; Taylor y cols., 2003). La literatura sobre la eficacia del tratamiento psicológico aún es escasa en el caso de los niños. La mayoría de los estudios existentes se han enfocado a niños víctimas de abuso sexual, en cuyo caso, las intervenciones cognitivo-conductuales son las más eficaces, pues reducen los síntomas de manera importante (Cohen y Mannarino, 1997; Deblinger y cols., 2006; King y cols., 2000). Hay pocos estudios que muestran la reducción de síntomas para niños y adolescentes con estrés postraumático causado por desastres (Chemtob y cols., 2002; Shoostary y cols., 2008; Yule, 1992), después de exponerse a una intervención cognitivo-conductual. Un estudio reciente muestra eficacia para niños y adolescentes con sucesos traumáticos variados (Smith y cols., 2007).

Recomendaciones para el manejo del paciente con TEPT en el contexto familiar

Los padres o personas cercanas al niño deben explicarle lo que está sucediendo y lo que significa el suceso estresor, y darle la oportunidad de hablar del suceso traumático, de la (s) persona (s) fallecidas, si las hubo, y de sus sentimientos en forma abierta. Es importante responder a las preguntas del niño, usando un lenguaje comprensible para su nivel de desarrollo y no mentir, intentar encubrir o minimizar el suceso. Como en el caso de desastres, accidentes, o atentados, es muy probable que otros miembros de la familia también hayan vivido el suceso traumático, por lo cual el adulto debe comunicar al niño que el llanto o la tristeza que expresan otros miembros de la familia es normal. Los niños suelen atribuirse culpa y presentar pensamientos mágicos. Algún niño podría pensar que el suceso traumático sobrevino por su causa o por algo que él hizo o dejó de hacer. Por consiguiente, es fundamental ofrecer explicaciones razonables sobre las causas del desastre. Durante la crisis por pérdida de los seres amados, además de recibir ayuda para explicar lo sucedido y expresarse al respecto, el niño debe sentir seguridad y confianza por parte de las personas que le rodean. La familia puede desempeñar un papel importante para que el niño restablezca su autoestima y la seguridad en sí mismo.

1.3.5 Trastorno obsesivo compulsivo

Mediante la terapia cognitivo conductual se busca ayudar al paciente a construir, de manera activa, una explicación coherente y mucho menos amenazante de sus obsesiones y compulsiones. Las técnicas específicas responderán, sólo si se cuenta con la información detallada que debe recogerse durante la evaluación (Salkovskis, 1999) sobre las obsesiones específicas del paciente; incluyendo la

incomodidad que provocan, los miedos y los estímulos ambientales e internos que los desencadenan. Una vez que se tiene una lista de miedos, se requiere jerarquizarlos. El empleo de estrategias cognitivo-conductuales conlleva asimismo la evaluación tanto de los rituales, como de las conductas de evitación que presenta el paciente dentro del contexto familiar, y cómo los padres y otros familiares contribuyen a la sintomatología.

Los niños no suelen reconocer como problema sus rituales y obsesiones, por lo tanto es difícil establecer directamente con ellos las metas, así que se necesita involucrar a los padres. Las metas del tratamiento se establecen mediante preguntas y con éstas se proponen cambios en la conducta de las personas implicadas: el niño y su familia. Deben ser metas que signifiquen cambios en situaciones que estén bajo el control del paciente, que dependan de éste, que sean realistas y alcanzables para el niño y su familia. Las metas de cambio emocional también son importantes, para ello es útil que el paciente detalle y registre respuestas emocionales específicas.

Es importante acordar con el paciente, cuáles son las principales metas. Estas pueden dividirse en metas a corto plazo, que podrían alcanzarse con relativa facilidad, entre dos y cuatro sesiones, a mediano plazo, alcanzables al finalizar el tratamiento y, a largo plazo, que es lo que el paciente quisiera lograr a lo largo de los años subsiguientes. Deshacerse de todos los pensamientos perjudiciales no es una meta útil o alcanzable, porque se sabe que tales pensamientos son comunes y normales. No obstante, existen dos metas de la terapia que guían el tratamiento conforme progresa. Éstas se introducen explícitamente al paciente:

- (1) La terapia ayuda a que el paciente llegue a la conclusión de que los pensamientos obsesivos, molestos y perturbadores son irrelevantes con respecto a sucesos posteriores. No deben ser objeto de estrategias de control y se ayuda al paciente a ver cómo esas estrategias son realmente contraproducentes, y tienen el efecto de aumentar la preocupación y la urgencia de neutralizar. En vez de ayudar, exacerban el problema.
- (2) La segunda meta es modificar la forma en que la persona interpreta la ocurrencia o el contenido de sus intrusiones o pensamientos, como parte de un proceso general, para alcanzar una visión alternativa del problema y que éste sea menos amenazante. Dado que el eje del tratamiento es ayudar al paciente a adoptar y someter a prueba explicaciones alternativas de su problema que sean menos amenazantes, generalmente, las terapias cognitivo-conductuales se centran en la interpretación. Un componente clave de la experiencia de intrusiones que ayuda al paciente a cambiar su comprensión del significado de la ocurrencia y el contenido de éstas, es la normalización.

La participación de los miembros de la familia es crucial, especialmente en el caso de los niños. Los familiares pueden apoyar o sabotear el esfuerzo terapéutico. En algunos casos, los padres son quienes promueven y participan en los rituales para evitar las manifestaciones de malestar, disgusto o enojo del paciente. Por consiguiente, se debe evaluar la interacción entre los miembros de la familia y la forma en que contribuyen o participan en la exacerbación del problema.

En muchas ocasiones, los síntomas del paciente obligan a la familia a modificar sus actividades y rutinas y a adaptarse a las situaciones que propician los rituales del paciente, lo que genera problemas hacia el interior de la familia. Esto sugiere que, al momento de formular el caso, deben tomarse en cuenta las dificultades que enfrenta la familia y su participación en los síntomas del TOC. En la literatura de investigación, se ha encontrado apoyo a la idea de que los familiares se acomodan y modifican su conducta en detrimento del paciente (Amir, Freshman y Foa, 2000).

2.1 Tratamientos validados empíricamente

En los trastornos externalizados son dos los tipos de tratamiento psicológico que han mostrado eficacia: El entrenamiento conductual a los padres (Anastopoulos y cols., 1993; Forehand y Atkinson, 1977; Marshall y Mirenda, 2002; Miller, Kuschel y Hahlweg, 2002; Patterson, Chamberlain y Reid, 1982; Peed, Roberts y Forehand, 1977) y el entrenamiento en resolución de problemas dirigido a los niños (Kazdin y cols., 1987) o la combinación de ambos (Froelich y cols., 2002). El seguimiento a un año muestra que las intervenciones son más efectivas cuando el tratamiento de los niños se realiza en paralelo con el entrenamiento a los padres (Webster-Stratton y Hammond, 1997; Webster-Stratton, Hollinsworth y Kolpacoff, 1989).

2.2 Conceptos centrales y características del tratamiento

El entrenamiento a padres está basado en las teorías “aprendizaje social”, “coacción” y “condicionamiento operativo”. Con éstas se trata de cambiar las interacciones padre-hijo que promueven o exacerbaban la conducta agresiva y oposicionista: interacciones que premian la conducta desviada; disciplina inefectiva, inconsistente, inapropiada o demasiado severa; coerción y falta de atención a las conductas prosociales. El tratamiento se puede proporcionar en formato individual o grupal y consiste en identificar interacciones nocivas, y en aprender técnicas para disminuir la conducta problemática y aumentar la conducta prosocial; así como la práctica de dichas técnicas y la evaluación de su implementación en la casa y los resultados en sus hijos. La intervención se enfoca en las prácticas de crianza, en la interacción de padres-hijos y en las contingencias externas que puedan apoyar la conducta pro-social en la casa y en la escuela.

Para los niños, la intervención se enfoca en el entrenamiento de estrategias cognitivas de resolución de problemas. En este sentido el papel de la terapéutica consta de 5 pasos:

1. Orientación general
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones
5. Verificación

En esta intervención se debe enseñar al niño a usar las habilidades de solución de problemas en las situaciones en las que el conflicto interpersonal y la conducta agresiva se manifiestan (Kazdin y cols., 1987).

Patterson y Bank (1989) apoyan la idea de que la conducta problemática del niño se convierte en un círculo vicioso que va de mal en peor, por lo que el tratamiento individual y no contextualizado en el ambiente familiar y social del niño deja elementos como los regaños y las explosiones, la irritabilidad y la disciplina inconsistente de los padres (estilo de crianza poco efectivo), como elementos que detienen y limitan el progreso en el tratamiento, siendo más probable que el problema del infante se mantenga.

Otro aspecto importante es lograr que el niño sea socialmente competente, lo cual no basta con el despliegue de habilidades prosociales al momento de interactuar socialmente, sino que estas tengan

un grado de eficiencia tal, que promuevan una respuesta de aceptación en los demás (Hernández-Guzmán, 1999).

2.3 Algoritmo general para el tratamiento de los trastornos externalizados

Tratamiento dirigido a los niños

La figura 2 muestra un diagrama de flujo para el algoritmo general para el tratamiento de los trastornos externalizados. A continuación se explica cada componente del algoritmo.

2.3.1 Psicoeducación

La primera parte de este algoritmo tiene como objetivo que el niño aprenda lo que es la agresividad y pueda describir concretamente su comportamiento agresivo. Se discute con el niño acerca de la agresividad: *“¿Has oído hablar de la agresividad? ¿Qué es la agresividad? La agresividad es cuando alguien intenta hacerse daño a sí mismo o a otras personas o animales, o a sus propias cosas o las cosas de otros. Es una conducta que destruye y que afecta a los niños agresivos y a las personas a su alrededor, es decir, a sus papás, a sus amigos, a sus compañeros de escuela o a sus maestros. Los niños agresivos pegan, muerden, amenazan, dicen groserías, maltratan, destruyen, gritan, se burlan de otros”*.

Operacionalización. Una vez discutido, qué es la agresividad, se ayuda al niño a definir operacionalmente su propia agresividad. La tarea consiste en identificar cuáles son las conductas que lo convierten en un niño agresivo y en cuáles situaciones ocurren. En este punto, el terapeuta puede hacer uso del detective. Se invita al niño a asumir el papel de detective. El detective debe identificar primero las conductas y expresiones agresivas en otros niños o en el terapeuta. A partir del juego “Dívalo con mímica”, el niño investiga dentro de la sesión lo que expresa la conducta, de otros niños si se está trabajando en grupo, o del terapeuta, si el trabajo es individual. Se trata de mostrar diferentes expresiones, de enojo, de violencia, de amistad, de diversión, etcétera. Para que el niño las contraste y distinga entre aquéllas que le evocan emociones agradables (felicidad, amor) y las que evocan emociones desagradables (enojo, miedo, envidia).

Una vez identificada la conducta, el niño debe asociarla con las emociones que le produce. Cuando el niño logra identificar las expresiones agresivas en otros y que esas expresiones le producen emociones desagradables, estará listo para investigar sus propias expresiones agresivas y entender el efecto que producen en otras personas. El terapeuta enlistará las conductas agresivas del niño conforme éste las vaya identificando y las apareará con la emoción que genere cada conducta.

El siguiente paso será jerarquizarlas empezando por las que ocurren con mayor frecuencia. Se ha propuesto la utilización de algún tipo de metáfora, por ejemplo, una escalera (Chorpita y cols., 2004) para que los niños ubiquen en los distintos peldaños sus distintas conductas agresivas. Las más frecuentes, en la parte más alta de la escalera y las menos frecuentes, en la parte más baja. Se puede usar también un termómetro para que el niño vaya colocando sus conductas agresivas a lo largo de la escala del termómetro, a mayor “temperatura” más frecuentes. Para ayudar al niño a jerarquizar sus conductas se mencionan una a una las que él mismo y/o sus padres hayan expresado en la entrevista inicial.

Uno de los componentes más importantes de la psicoeducación es, que el niño distinga las emociones que siente ante situaciones que impliquen conflicto, decepción, desafío, peligro, etcétera. Se puede trabajar, por ejemplo, con historias de situaciones ante las que el niño exprese la emoción que le pro-

voca (Ejemplos: la cancelación de un paseo a la feria, el recibir un castigo por no haber hecho la tarea, el que otro niño no le deje jugar con un juguete que le gusta mucho, el recibir un empujón de otro niño, que se le rompa un juguete que le gusta mucho). ¿Cómo me siento yo? Se le explica: “Como buenos detectives, no sólo tenemos que observar a los demás, también tenemos que poner atención en cómo nos sentimos nosotros y qué hacemos cuando nos sentimos así”. Se puede realizar un ejercicio en el que el terapeuta cuente una situación que supuestamente le haya ocurrido en casa o en la escuela con alguna otra persona, una agradable y otra desagradable. El niño tratará de identificar los sentimientos que el terapeuta tuvo ante las acciones de esa persona. Cuando el niño ya pueda identificar tanto las emociones que disparan su conducta agresiva, como las emociones desagradables que provoca en los demás cuando la ejecuta, se introduce la secuencia “Alto. Pienso, decido y actúo”. Es importante que esas emociones negativas sirvan al niño como señal para detenerlas y resolver el problema.

2.3.2 Tratamiento

Pienso, decido y actúo (Solución de Problemas)

La solución de problemas (D’Zurilla y Nezu, 1999) es el proceso cognitivo-conductual autodirigido por medio del cual un individuo intenta identificar o descubrir soluciones a problemas específicos que enfrenta en la vida cotidiana. Un problema se puede definir como cualquier suceso o situación que actúe como una amenaza o discrepancia entre lo que uno quiere y la realidad, es decir el suceso estresor. Una solución en este contexto se refiere a cualquier respuesta de afrontamiento al problema. Las soluciones efectivas, sin embargo, son aquéllas en donde la respuesta de afrontamiento no sólo resuelve el problema, sino que maximiza las consecuencias positivas y minimiza las negativas. La investigación ha demostrado de manera consistente una relación significativa entre las habilidades inefectivas de solución de problemas y el sufrimiento psicológico. Específicamente, los individuos que carecen de habilidades de solución de problemas presentan mayor probabilidad de responder impulsivamente, además de desarrollar síntomas depresivos, ansiedad, preocupación, síntomas físicos, y sufrimiento emocional, en comparación con las personas con habilidades efectivas de solución de problemas. La solución de problemas consta de dos procesos parcialmente independientes, la orientación al problema y el estilo de solución de problemas.

La orientación al problema se refiere a las reacciones generalizadas cognitivo-afectivas de una persona cuando inicialmente se confronta un problema. Estas respuestas incluyen una sensibilidad general a los problemas, así como diversas creencias, supuestos, evaluaciones y expectativas respecto a los problemas vitales y la habilidad personal para resolverlos efectivamente. La orientación al problema se puede caracterizar como negativa o positiva. La orientación al problema positiva incluye una sensación realista de optimismo, así como la creencia de que los problemas en la vida son usuales, les ocurren a todas las personas y pueden resolverse con el esfuerzo y tiempo adecuados. Los individuos con una orientación positiva al problema tienden a visualizar los problemas como retos y a sentirse auto-eficaces. Una persona con orientación negativa al problema presenta un afecto negativo, conducta impulsiva y agresividad.

El segundo componente de la solución de problemas incluye el estilo de resolver los problemas. Un tipo desadaptado de estilo, propio de las personas agresivas, incluye la tendencia generalizada para actuar impulsiva o descuidadamente. Este método de afrontamiento puede resultar en intentos poco sistemáticos para resolver los problemas, conduciendo a su vez a un aumento de las consecuencias negativas. Los estilos efectivos de solución de problemas representan la solución racional de problemas. Este enfoque incluye la aplicación sistemática, planeada y hábil de varios principios y

técnicas efectivos de solución de problemas. En este proceso, cada tarea, contribuye de una manera diferente hacia el descubrimiento de una solución o de una respuesta de afrontamiento adaptativa ante una situación estresante. Incluye cuatro dominios de habilidades: a) definición y formulación del problema: la habilidad para comprender la naturaleza de los problemas, identificar los obstáculos para alcanzar las metas, delinear los objetivos de una manera realista, y percibir relaciones causa-efecto, b) generación de alternativas: la habilidad para encontrar ideas de solución múltiples, c) toma de decisiones: la habilidad para identificar las consecuencias potenciales, predecir las probabilidades de tales consecuencias y conducir un análisis costo-beneficio de la deseabilidad de esos desenlaces, y d) implementación y verificación de la solución: la habilidad para llevar a cabo el plan de solución de una manera óptima, monitorear sus efectos, buscar otras soluciones, si la solución no es efectiva, y auto reforzarse si el resultado es satisfactorio.

En el caso de los niños con problemas externalizados se recomienda trabajar la solución de problemas por medio de juegos que permitan al niño lograr el dominio de las cuatro habilidades de solución de problemas: Pienso (definición y formulación del problema), decido (generación de alternativas y toma de decisiones), actúo (implementación de la solución) y compruebo (verificación de la solución).

Se discute con el niño acerca de los problemas: *“¿Alguna vez has tenido algún problema por la manera en la que te has comportado? ¿Te gustaría saber cómo resolver las situaciones que se te presentan, sin meterte en problemas? Bueno, pues ya no debes preocuparte, porque vamos a aprender la manera de poder enfrentarlas sin ser agresivo, sin enojarte, sin hacer tonterías. ¿Quieres saber cómo? ¿Siendo detective podrás solucionar algunas situaciones que te suceden en casa y en la escuela? Estos son los cuatro secretos de los detectives:*

Pensar. Primero piensan antes de actuar. ALTO: Se detienen antes de actuar.

Decidir. Se imaginan posibles soluciones y deciden qué hacer.

Hacer. Toman su decisión y la llevan a cabo.

Ver si funciona. Comprueban si lo que hicieron les dio resultado o no.

“Aprenderemos a ser detectives y a solucionar situaciones que se nos presentan todos los días. Realizando algunas actividades, como trabajar en equipo con otros niños (si se trabaja en grupo) y compartir algunas experiencias, ideas, juegos, etcétera. Intentaremos resolver algunos problemas o situaciones que se nos van presentando durante nuestras sesiones, para ir obteniendo un grado de detective cada vez mayor” (a lo largo del tratamiento el terapeuta va ascendiendo al niño en su grado de detective).

“¿Qué hace un detective? Un detective investiga misterios y también observa muy bien lo que pasa a su alrededor, a las personas, las situaciones, las caras de las personas, cómo se llevan las familias, los compañeros de clase, etcétera. También se observa a sí mismo y se da cuenta de cómo puede arreglar los problemas”.

Se explica al niño que algunas veces nos enfrentamos con algunas situaciones que no son como nosotros quisiéramos, son complicadas y nos crean problemas en nuestras vidas. No sabemos qué pensar, que sentir ni cómo actuar. *“Cuando esto pasa muchas veces hacemos cualquier cosa sin pensar, dejando que la emoción nos gane, sin querer resolver el problema. Algunos niños, sin pensar, pegan, muerden, amenazan, dicen groserías, destruyen cosas, gritan, se burlan, etcétera. ¿Recuerdas alguna situación en la que te hayas comportado así? Tal vez, después de hacer eso pensaste que esa NO fue la mejor manera de solucionar el problema. Tal vez, te castigaron o alguien se enojó contigo, perdiste un amigo. Tal vez, pensaste que fue una tontería que realmente no querías hacer”.*

¿Qué es la solución de problemas?

Se explica al niño que la solución de problemas es la tarea que hace un detective que quiere investigar, encontrar varias soluciones para resolver un mismo problema. *“Buscamos en nuestra cabeza soluciones para resolver todo lo que nos pasa. Cuando se nos presenta un problema: Pensamos en soluciones”.*

Esta sección se trabaja con situaciones que el terapeuta preparó con antelación. Procurará que las situaciones sean similares a las que le ocurren al niño, de acuerdo con las entrevistas realizadas durante el diagnóstico. Por ejemplo, el caso de un niño que no le quería prestar su coche de control remoto. Se analizan con el niño los pasos para resolver el problema: 1) ¿Qué sentiste? Dices ALTO y te preguntas ¿Cuál es el problema? Me gustaría jugar con el coche, pero es suyo y no me lo presta. 2) Buscar las más soluciones que puedas, entre más soluciones mejor.

El terapeuta debe inducir al niño las diferentes soluciones si a éste no se le ocurre ninguna, poner ejemplos de soluciones. Apunta todas las soluciones en papelitos y las introduce en el saco, costal o bolsa de soluciones. El niño deberá escoger después una de las soluciones. Se pregunta al niño cuál sería el siguiente paso.

La última parte de ser detective es llevar a cabo la solución y ver si funciona. *“¿Cómo sabe el detective si funcionó o no la solución que realizó?”* Se le plantea al niño que como solución decidió decir a la maestra que quería jugar con el carro del otro niño. Que la maestra lo escuchó y le preguntó al otro niño que si quería prestarle su coche. El otro niño dijo que NO. El niño debe contestar si funcionó o no la solución. *“No, no funcionó”. “¿Qué hace entonces el detective? Pues, busca en su bolsa qué otra solución podría usar”.*

“Decide sacar otra solución del costal de soluciones que es hablar con el niño dueño del carro. La solución consiste en hacerse amigo del niño del carro, sonreírle y decirle que por qué no juegan juntos. ¿Qué hace? Hablar con el niño, hacerse su amigo, decirle que jueguen juntos y se turnen para jugar con el carro. El siguiente paso es hacer lo que dice la solución: ver si la solución funcionó. ¿Funcionó? Sí funcionó, el niño detective jugó con el otro niño, y ahora tiene un amigo nuevo”.

Para finalizar se explica al niño que para aprender a solucionar problemas de la mejor manera, lo más importante será usar los siguientes pasos cuando se presente una situación problemática o en la que tenga dudas sobre cómo actuar. Los pasos son los siguientes:

“ALTO. PIENSO ¿Cuál es el problema? ¿Qué es lo que me preocupa?”

“DECIDO ¿Cuáles son las soluciones? Debo tomar una decisión ¿Cuál es la decisión más adecuada? ¿Qué pasaría si escojo esta solución?”

“HAGO Decidí hacer esta solución para solucionar el problema”.

“VEO SI FUNCIONA ¿La respuesta que escogí fue la más adecuada? ¿Debí tomar otra decisión?”

El terapeuta debe recordar, junto con el niño, los 4 pasos base de la intervención en solución de problemas. Debe basarse en las propias experiencias de los niños o en ejemplos muy cercanos a su realidad cotidiana, esto con el fin de que puedan aprender los pasos dentro de un contexto real y significativo, es decir, enmarcado dentro de situaciones problemáticas de la vida diaria ya sea en la escuela o en la casa. Al inicio de cada sesión de tratamiento con el niño se deben recordar los 4 pasos.

Se pueden usar juegos en los que el niño repita la secuencia de pasos (completar espacios donde falte la palabra, echar una pelota y al recibirla decir el paso que siga, etc.).

Otro juego que conviene aplicar es el de representación de roles: "Tú eres yo y yo soy tú". Durante la representación de papeles se intenta que el niño se ponga en el papel de los padres o maestros o alguna otra persona que ejerza el papel de cuidador principal. El terapeuta actuará como niño mal portado y el niño tendrá que corregir su mal comportamiento, indicando cuál sería el comportamiento correcto. El terapeuta debe negarse a cooperar y hacer difícil la labor del niño en su representación como padre o maestro. También puede plantear alguna situación conflictiva con pares. El niño deberá poner en marcha su habilidad para manejar conflictos (se procura que éstos se parezcan a los que él vive con sus propios padres o maestros o pares). También se espera que experimente la frustración o enojo de la persona encargada de disciplinarlo.

Al final del ejercicio se pregunta a las dos partes qué sintieron, qué pensaron y por qué actuaron de la manera que lo hicieron. A partir de lo que expresen los niños sobre cómo se sintieron en la situación de mal comportamiento de su "hijo" el terapeuta los guiará en los 4 pasos de la solución del problema. "¿Qué pensé? ¿Qué sentí? ¿Qué hice? ¿Qué podría hacer el niño para solucionar el problema? ¿Qué podría hacer el papá (la mamá) para resolver el problema?"

Comprobar: Como tarea para llevar a casa, se pide al niño que ponga en práctica portarse bien en casa. Comprobar si la solución de cooperar o portarse bien funciona.

Los ejercicios de solución de problemas se basan en las situaciones que el niño haya vivido. El terapeuta debe utilizar las situaciones más conflictivas para el niño, de acuerdo con su realidad. Ejemplos: querer un programa de televisión diferente al que esté viendo otra persona, conflictos con compañeros de clase, etc.

Elogiar verbalmente a los niños por su participación es muy importante. También el terapeuta debe describir lo que el niño haga correctamente o sus esfuerzos. El terapeuta debe mostrarse contento por las participaciones del niño, también puede dar una palmada suave al niño en la espalda, mirarlo a los ojos y decirle "estás haciendo un excelente trabajo, sigue así" "estoy orgulloso de lo que hiciste", etcétera. A los padres se les plantea usar este tipo de reconocimientos. Si es necesario, entrenarles para que elogien la conducta de solución de problemas del niño y su buen comportamiento.

Entrenamiento de habilidades sociales

La realización de actividades confronta al terapeuta con el hecho de que, en muchas ocasiones, los pacientes no poseen las habilidades para llevar a cabo alguna tarea, sobre todo cuando se trata de habilidades sociales. Por lo que, si el paciente carece de la habilidad para llevar a cabo cierta solución, habrá que dotarle de esas habilidades. En este caso, se emplean técnicas como el modelamiento y la representación de papeles o roles. Generalmente es la combinación del modelamiento y de la representación de papeles o roles, lo que garantiza un mejor aprendizaje de las habilidades sociales.

Brevemente, el modelamiento implica que el terapeuta actúe como modelo, para que el niño imite lo que se espera de él, en distintas situaciones. Obviamente lo que se le modele dependerá de las conductas que se quiera que el niño realice como parte del ejercicio de exposición. Una vez que se le ha modelado, se pide al niño que él lo haga, se practica varias veces. Por ejemplo, la solución seleccionada implica que el niño se haga amigo de otro niño para que lo invite a jugar. El terapeuta

representa la escena varias veces, mediante aproximaciones sucesivas el niño lo imita hasta que logre realizar la conducta deseada. A lo largo de este procedimiento, el terapeuta debe elogiar los esfuerzos del niño por realizar la conducta deseada. Cuando el niño realice las soluciones que impliquen conductas pro-sociales, el siguiente paso antes de terminar el tratamiento es el entrenamiento de sus padres para manejar las situaciones conflictivas y, finalmente, la inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas.

La inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas

La inoculación ante el fracaso, consiste en prevenir al niño que podrían darse circunstancias en las que podría volver a presentar comportamiento agresivo. Debe comprender que esto es posible y que no significa que todo se ha perdido. Se repasan con él, las estrategias de solución de problemas que ya conoce. Se recomienda que el terapeuta utilice la imaginación guiada para que el niño se visualice sintiendo enojo o impaciencia ante alguna situación, que verbalice “no importa, yo tengo el control, aplico las técnicas que ya conozco para detener esas emociones y resolver el problema.” La inoculación ante el fracaso ayuda a prevenir las recaídas, pues el niño identifica las señales que podrían llevarle a perder el control. Se induce al niño a recordar las herramientas que ya utiliza, a solucionar los problemas, para hacer frente a nuevas situaciones que podrían hacer perder el control y ser agresivo. Consiste en hacer un repaso de todo lo que se ha hecho y preparar al niño para que en un momento dado, si fracasa o siente que está teniendo alguna recaída, pueda hacer uso de esas herramientas.

Se sugiere citar al paciente en sesiones posteriores de evaluación y de seguimiento después de 3 ó 6 meses, para verificar si han habido recaídas. Aunque no informe el niño y sus padres sobre recaídas, se sugiere reforzar la inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas.

2.3.3 El entrenamiento a padres

El algoritmo para el entrenamiento a padres como los trastornos externalizados se muestra en la figura 2 y se explica a continuación.

Jerarquización de conductas a modificar

El entrenamiento inicia con la identificación y jerarquización por parte de los padres, de las conductas que les gustaría cambiar en sus hijos, generalmente conductas de agresividad, impulsividad o desobediencia. Para cada conducta que les gustaría modificar (se recomienda iniciar únicamente con dos o tres conductas), los padres, con la ayuda del terapeuta, deben encontrar una conducta opuesta positiva. Por ejemplo si los padres quieren disminuir las peleas entre el paciente y su hermana, la conducta opuesta positiva es jugar con la hermana de manera cooperativa. La opuesta positiva de desobedecer es obedecer inmediatamente, después de una indicación del padre; la opuesta positiva de gritar es hablar en voz baja o “voz de adentro.” El terapeuta debe ayudar a pensar en términos de lo que quieren de los hijos, no lo que no quieren; porque es mucho más fácil fomentar una conducta a través de refuerzo positivo que extinguir una conducta. Por lo tanto, si uno fomenta una conducta positiva opuesta a la conducta que uno no quiere, como consecuencia disminuye la conducta no deseada.

Empleo de recompensas o refuerzos

Una vez que los padres establecen las conductas positivas opuestas específicas que quieren fomentar, se les enseñan diferentes técnicas de refuerzo positivo o recompensas. Se les explica a los padres que el refuerzo positivo es cuando consistentemente se conecta una conducta con una recompen-

sa y que es una herramienta muy poderosa para moldear el comportamiento. Hay tres elementos esenciales para que funcione el refuerzo positivo: 1) que sea contingente a la conducta que quiere fomentar (o sea solamente se refuerza el buen comportamiento) 2) se da el refuerzo o recompensa inmediatamente después del comportamiento que quiere fomentar y 3) que el refuerzo sea frecuente. Se les explica los diferentes tipos de recompensa; los refuerzos sociales (atención, elogios verbales, cariño físico como un abrazo) funcionan muy bien, especialmente para niños más chicos; para niños mas grandes se puede implementar un sistema de puntos, los cuales se pueden canjear para obsequios pequeños, estampas, privilegios como extender la hora de acostarse en fin de semana, tiempo con el padre o madre para realizar una actividad de diversión como leer juntos o montar en bicicleta o poder de decisión como escoger el programa en la tele o la película en el cine.

Además de enseñar a los padres cómo fomentar ciertas conductas a través del refuerzo positivo después de la realización de la conducta deseada, se les enseña cómo propiciar la conducta antes de que se realice, dar instrucciones o pedirles cosas a los niños para que obedezcan. Se practica con los padres el dar instrucciones claras, cortas y simples. Por ejemplo, la instrucción debe de decirle específicamente al niño lo que espera de él. Por ejemplo, en vez de decirle “preparate para la cama” hay que decirle cada actividad que se espera de él para prepararse para la cama, una por una. “Vete a lavar los dientes por favor” En cuanto el niño lave los dientes se elogia su buena conducta y se le pide “ponte la pijama”. En cuanto el niño se pone su pijama, se le reconoce y se le pide el siguiente paso. Para los niños opositores y los niños distraídos, es importante romper las instrucciones en partes pequeñas y reforzar cada parte individualmente. Es importante también que las instrucciones nunca se den en forma de pregunta, ya que es una invitación a un niño opositor a rehusar.

Establecimiento de límites

Enseguida se discute con los padres las reglas de la familia y se indagan si son claras, consistentes y apropiadas para la edad de su hijo. En el caso de que la respuesta a cualquier de estas indagaciones no sea clara, se trabaja la implementación de reglas y límites y las consecuencias de transgredir las reglas. Se discute con los padres las diferentes formas de castigo apropiados para la edad y las diferentes transgresiones. El castigo se trata como parte de la disciplina pero se le da menos atención que al refuerzo positivo ya que los padres tienden a sobre utilizar el castigo y subutilizar el refuerzo positivo. Por ejemplo, es común que los padres regañen o castiguen a menudo a su hijo por pelear con su hermana, pero rara vez le dicen, “Juan, me gusta que estés compartiendo tus juguetes con Maria” o “Juan, gracias por jugar tan tranquilamente.” Los castigos que se recomienda son tiempo fuera para niños pequeños (dos a cinco minutos) y pérdida de privilegios (por no más de un día) o rectificación del daño para niños mayores. La pérdida de privilegios puede incluir quitarle un juguete, el uso de la televisión o el teléfono celular.

La rectificación del daño es por ejemplo, si el niño rompe un cristal de una ventana, tiene que trabajar para poder pagar el nuevo. Aunque muchos padres utilizan el castigo corporal, es importante educar a los padres acerca de las posibles consecuencias negativas del castigo corporal (“modelamiento de agresión”, requiere cada vez el uso de mayor fuerza para conseguir el mismo efecto y por ende puede escalar a abuso, genera emociones negativas y soslaya la relación con el cuidador). Con padres muy punitivos es especialmente importante trabajar la atención a la buena conducta, las estrategias de refuerzo positivo y buscar aumentar la interacción positiva. Se les da a los padres como tarea pasar 15 minutos al día dando 100% de su atención a su hijo, realizando alguna actividad placentera para ambos, padres e hijo; puede ser armando un rompecabezas, jugando con una pelota, dibujando,

contando historias, etcétera. También se les recomienda decirles cinco cosas positivas por cada cosa negativa que dice a su hijo.

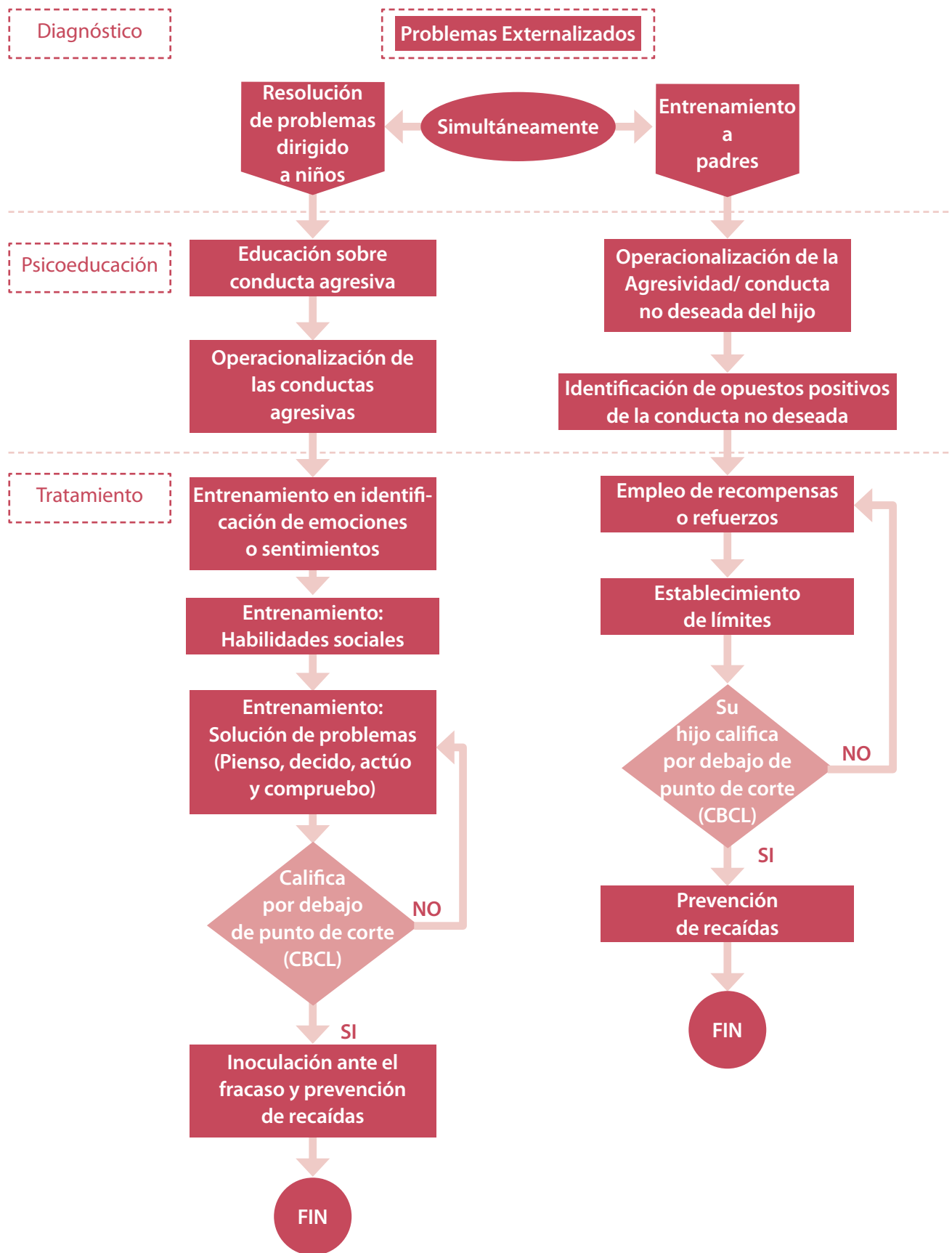
Se les pide a los padres practicar estas técnicas en casa y mantener una evaluación constante de su efectividad para identificar y resolver cualquier dificultad que tengan para implementar las técnicas enseñadas en la sesión. También se les puede extender el sistema de puntos al comportamiento en la escuela, trabajando juntos, padres y maestros.

La fase de inoculación y prevención de recaídas consiste en preparar a los padres en caso de que vuelvan a surgir interacciones negativas entre ellos y su hijo o que sienten que no pueden controlar la conducta del hijo o hija. Con ellos se repasan las estrategias que aprendieron y se les informa sobre la necesidad de renovar los programas de refuerzo positivo. Periódicamente deben evaluar la necesidad de cambiar las recompensas para que se mantengan relevantes para el niño. Las recompensas específicas utilizadas pueden perder valor o relevancia para los niños cuando pierdan novedad o con la edad del niño. También se les puede explicar que es común que los padres se vuelvan más relejados con las técnicas de refuerzo positivo y disciplina después de que funcionan un tiempo. No se deben sentir fracasados, sino revisar los elementos fundamentales que aprendieron y volverlos a implementar. Idealmente se trabaja con ambos padres (o quienes sean los cuidadores principales) para que puedan recordar y apoyarse mutuamente de las técnicas. Cuando no sea posible, se le pide a la persona que asiste, que transmita la información a la otra y buscar que le apoye con las técnicas.

Recomendaciones para padres

- Utilizar incentivos para la buena conducta (incentivos pueden ser cosas pequeñas y tangibles o puntos para canjear por algo más grande o pueden ser refuerzos sociales como abrazos y halagos verbales, una actividad compartida con el padre/la madre o una extensión de privilegios).
- Decirle por lo menos cinco cosas positivas por cada cosa negativa.
- Las instrucciones que da a su hijo para que obedezca deben de ser cortas, claras y simples.
- Las reglas deben ser claras así como las consecuencias de no cumplir con las reglas.
- A todas las transgresiones de reglas debe de haber una consecuencia inmediata apropiada para la edad y la transgresión (como por ejemplo la pérdida de privilegios, tiempo fuera).

Figura 2. Algoritmo general para el tratamiento psicológico de los trastornos externalizados en niños y adolescentes



Aspectos éticos

La consideración de los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y para ofrecer un mayor compromiso y respeto a la dignidad de los pacientes menores de edad. De esta forma, las tareas cotidianas de la práctica conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud.

Consideraciones éticas en la relación con el paciente

Asentimiento del menor

Además de obtener la autorización del padre, madre o tutor, se debe buscar la cooperación voluntaria del menor. Una vez que se le ha informado, en términos comprensibles para su desarrollo cognitivo, lo que es conveniente para su atención.

Consentimiento

Generalmente, se informa al padre, madre o tutor sobre el diagnóstico o tratamiento. Sin embargo, en algunos casos este acto puede ir en perjuicio de los intereses del menor y resulta conveniente mantener la confidencialidad de la información obtenida.

Principios éticos

Respeto por las personas

- Protección a las personas con autonomía disminuida.
- Proteger a las personas dependientes o vulnerables contra daño o abuso.

Beneficencia

- Maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento.
- No causar daño deliberadamente.

Justicia

Tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.

Solidaridad

Ser solidario con el paciente en situaciones en donde existan distintas necesidades.

Responsabilidad

Responder voluntariamente a las necesidades del paciente.

Pautas éticas para profesionales de la salud

- 1) El profesional de la salud estará dedicado a proveer cuidado clínico competente, con compasión y respeto por la dignidad y derechos humanos.
- 2) El profesional de la salud mantendrá los estándares de profesionalismo, deberá ser honesto en todas las interacciones profesionales, y estará dispuesto a reportar especialistas deficientes en carácter o competencia, o que están involucrados en fraude, ante las instancias apropiadas.

- 3) El profesional de la salud respetará los derechos de los pacientes, colegas, y otros profesionales de la salud, y salvaguardará las confidencias y privacidad del paciente dentro de los límites legales.
- 4) El profesional de la salud deberá continuar estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico, mantendrá un compromiso con la educación médica, dará información relevante a los pacientes, colegas, y al público, hará consultas y usará los talentos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.
- 5) El profesional de la salud deberá en la provisión del cuidado apropiado al paciente, excepto en emergencias, ser libre de escoger a quien servir, con quien asociarse, y el ambiente en el cual dar atención médica.
- 6) El profesional de la salud deberá reconocer la responsabilidad que tiene para participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y el mejoramiento de la salud pública.
- 7) El profesional de la salud deberá, mientras cuida de un paciente, considerar como lo más importante la responsabilidad que tiene con el paciente.
- 8) El profesional de la salud deberá apoyar que todas las personas tengan acceso a la atención médica.

Derechos humanos y derechos de la niñez

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud y salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita el ordenamiento nacional.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y del personal que estará a cargo de su atención, si es que ingresa a un hospital.
- Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Tener acceso a los servicios de laboratorio y gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psico social.
- Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.

Referencias

- Anastopoulos AD, Shelton T, DuPaul, GJ, Guevremont DC: Parent training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1993; 21: 581-596
- Barlow DH, Allen LB, Choate ML: Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy* 2004; 35: 205-230
- Barrett PM: Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *J Clin Child Psychol* 1998; 27(4):459-68
- Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM: Family Treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64:333-342
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C, Zambrano J: La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México* 2004; 46(5): 417 - 424
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S: Youth Mental Health in a Proliferating City of the Developing World: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50(4):386-395
- Benjet C, Hernández-Guzmán L, Tercero-Quintanilla G, Hernández-Roque A, Chartt-León RM: Validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes. *Revista Mexicana de Psicología* 1999; 16(1):175-185
- Bögels SM, Siqueland L: Family Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents With Clinical Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 45, 134-141
- Borkovec TD, Mathews AM, Chambers A, Ebrahimi S, Lytle R, Nelson R: The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55(6):883-8
- Butler G, Fennell M, Robson P, Gelder M: Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(1):167-75
- Chemtob CM, Nakashima JP, Hamada RS: Psychosocial intervention for postdisaster trauma symptoms in elementary school children: a controlled community field study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156(3):211-6
- Chorpita BF, Taylor AA, Francis SE, Moffitt C, Austin AA. Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy* 2004; 35:263-287
- Cohen JA, Mannarino AP: A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(9):1228-35

Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, Steer RA: A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(12):1474-84

Emmelkamp PM, Krijn M, Hulsbosch AM, de Vries S, Schuemie MJ, van der Mast CA: Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behav Res Ther* 2002; 40(5): 509-16

Evans DL, Foa EB, Gur RE, Hendin H, O'Brien CP, Seligman MEP, Walsh BT: *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know. A Research Agenda for Improving the Mental Health of our Youth.* Oxford University Press, 2005

Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB: Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(5):715-23

Forehand R y Atkeson B: Generality of treatment effects with parents as therapists: A review of assessment and implementation procedures. *Behavior Therapy* 1977; 8: 575-593

Hamilton KE, Dobson KS: Empirically supported treatments in psychology: implications for international promotion and dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud /International Journal of Clinical and Health Psychology* 2001; 1:35-51

Hellström K, Ost LG. One-session therapist directed exposure vs two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behav Res Ther* 1995; 33(8):959-65

Hernández-Guzmán L, Bermúdez-Ornelas G, Spence SH, González Montesinos MJ, Martínez-Guerrero JI, Aguilar Villalobos J, Gallegos Guajardo J: Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología* 2010; 42(1):13-24

Kazdin AE: *Psychotherapy for Children and Adolescents: Directions for research and practice.* Oxford University Press: Oxford, 2000

Kazdin AE, Esveldt-Dawson K, French NH, Unis AS: Effects of Parent Management Training and Problem-solving Skills Training Combined in the Treatment of Antisocial Child Behavior. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry* 1987; 26(3):416-424

Kazdin AE, Esveldt-Dawson K, French NH, Unis AS: Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of consulting and clinical psychology* 1987; 55(1): 76-85

Keane TM, Fairbank JA, Caddell JM, Zimmering R T: Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy* 1989; 20: 245-260

Kendall, P. C: Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62: 100-110

- Kendall PC, Flannery-Schroeder E, Panichelli-Mindel SM, Southam-Gerow M, Henin A, Warman M: Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65:366-380
- King NJ, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S, Martin R, Ollendick TH: Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(11):1347-55
- Lumpkin PW, Silverman WK, Weems CF, Markham MR, Kurtines WM: Treating a heterogeneous set of anxiety disorders in youth with group cognitive behavioral therapy: A partially nonconcurrent multiple-baseline evaluation. *Behavior Therapy* 2009; 33:163-177
- March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J: Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292(7): 807-20
- Marshall JK, Mirenda P: Parent—Professional Collaboration for Positive Behavior Support in the Home Marshall and Mirenda *Focus Autism Other Dev Disabl.* 2002; 17: 216-228
- Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P: Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence and risk factors in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190(6): 521-528
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26: 1-16
- Medlowitz SL, Manassis K, Bradley S, Scapillato D, Miezitis S, Shaw BF: Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry* 1999; 38: 1223-1229
- Miller GE, Prinz RJ: Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychol Bull* 1990; 108(2): 291-307
- Muris P, Meesters C, van Melick M: Treatment of childhood anxiety disorders: A preliminary comparisons between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2002; 33:143-158
- Muris P, Merckelbach H, Holdrinet I, Sijsenaar M: Treating phobic children: effects of EMDR versus exposure. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66(1):193-8
- Muris P, Merckelbach H, Van Haften H, Mayer B: Eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure in vivo. A single-session crossover study of spider-phobic children. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 82-6

Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PMG, Minderaa RB: Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered children in a clinical setting: Does additional cognitive parent training enhance treatment effectiveness? *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2001; 8: 330-340

Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PMG, Minderaa RB: Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42:1270-1278

Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PMG, Minderaa RB: Capítulo 7. Predicting treatment outcome for anxious children: parental characteristics: The myth of strong parental influence. En Nauta, M. H. *Anxiety disorders in children and adolescents: assessment, cognitive behavioral therapy, and predictors of treatment outcome*. Países Bajos: Universidad de Groningen, 2005

Norton PJ, Price EC: A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195(6):521-31

O'Donohue W, Buchanan JA, Fisher JE: Characteristics of Empirically Supported Treatments. *J Psychother Pract Res* 2000; 9:69-74

Ollendick TH, King NJ: *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. John Wiley y Sons, 2004

Ollendick TH, King NJ: Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998; 27:156-167

Öst LG: One-session treatment for specific phobias. *Behav Res Ther* 1989; 27(1), 1-7

Öst LG: A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behav Res Ther* 1989; 27(2):123-30

Öst L, Ferbee I, Furmark T. One-session group therapy of spider phobia: Direct versus indirect treatments. *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35: 721-732

Öst L, Salkovskis PM, Hellstroem K: One-session therapist-directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy* 1991; 22: 407-422

Öst L, Svensson L, Hellstrom K, Lindwall R: One-session treatment of specific phobias in youths: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69: 814-824

Patterson GR, Chamberlain P, Reid JB: A comparative evaluation of parent training procedures. *Behavior Therapy* 1982; 13: 638-650

Peed S, Roberts M, Forehand R: Evaluation of the effectiveness of a standardized parent training program in altering the interaction of mothers and their non-compliant children. *Behavior Modification* 1977; 1: 323-350

Rentz TO, Powers MB, Smits JA, Cogle JR, Telch MJ: Active-imaginal exposure: examination of a new behavioral treatment for cynophobia (dog phobia). *Behav Res Ther* 2003; 41(11):1337-53

Resick PA, Schnicke MK: Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60(5):748-56

Shooshtary MH, Panaghi L, Moghadam JA: Outcome of cognitive behavioral therapy in adolescents after natural disaster. *J Adolesc Health* 2008; 42(5): 466-72

Smith P, Yule W, Perrin S, Tranah T, Dalgleish T, Clark DM: Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: a preliminary randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(8):1051-61

Sociedad Mexicana de Psicología: Código Ético del Psicólogo. Trillas: México D.F, 2006

Spence SH: Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology* 1997; 106: 280-297

Spence SH: A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy* 1998; 36: 545-566

Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogradniczuk J: Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(2):330-8

Webster-Stratton C, Hammond M: Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65(1): 93-109

Webster-Stratton C, Hollinsworth T, Kolpacoff, M: The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57(4):550-553

Yule W: Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: the sinking of the 'Jupiter'. *Psychother Psychosom* 1992; 57(4): 200-205

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO INSTITUCIONAL
<p style="text-align: center;">SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p style="text-align: center;">INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ</p>
<p>Dr. José Ángel Córdova Villalobos Secretario de Salud</p> <p>Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</p> <p>Dra. Maki Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad</p> <p>Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</p>	<p>Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza Directora General</p> <p>Mtra. Guillermina Natera Rey Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales</p> <p>Dr. Héctor Sentíes Castela Director de Enseñanza</p> <p>Dr. Francisco Pellicer Graham Director de Investigaciones en Neurociencias</p> <p>Dr. Armando Vázquez López-Guerra Director de Servicios Clínicos</p>
<p style="text-align: center;">CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL</p>	
<p>T.R. Virginia González Torres Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental</p> <p>Ing. Luis Acosta del Lago Director de Normatividad y Coordinación Institucional</p> <p>Lic. Susana Moye Villar Directora de Desarrollo de Modelos de Atención en Salud Mental</p>	

