UFLO UNIVERSIDAD

FACULTAD DE PSICOLOGIA Y CIENCIAS SOCIALES

Los Trastornos de Ansiedad en la Clínica Infanto- Juvenil:

Un estudio de Caso único

Estudiante: Flores, María Agustina

Legajo: 39355

Director/es: Juan Cruz Bermu

Trabajo Final de Integración para acceder al título de especialización en psicoterapia infanto- juvenil.

2026

UFLO
UNIVERSIDAD

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [X]

A partir de otra fecha, especificar: … / … / …

Lugar y fecha:

Firma y Aclaracio del Autor:  FLORES MARIA AGUSTINA

ÍNDICE

Resumen 5

1. Introducción 6

1.1 Presentación del problema 7

1.2 Fundamentación 7

1.3 Objetivos 9

Objetivo general 9

Objetivos específicos 10

2. Marco Teórico 11

3.Metodología 20

3.1 Diseño 20

3.2 Propósito Del Estudio 20

3.3 Participante 20

3.3 Instrumentos 21

3.3.A. Anamnesis. 22

3.3.B. Entrevista semi-dirigida 22

3.3.C. Observación directa. 23

3.3.D. CBCL – Child Behavior Checklist (Lista de chequeo de conducta infantil). Aplicada a padres y docentes 23

3.3. E. RCMAS – Revised Children's Manifest Anxiety Scale (Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños. 23

3.5 Consideraciones Éticas 24

4. Conceptualización Clínica de Caso 24

4.1 Factores Predisponentes 25

4.2 Factores Precipitantes 25

4.3 Factores Mantenedores 25

4.4 Hipótesis Clínica Integradora 26

5. Intervención Terapéutica 27

5.1 Conductas objetivo 27

5.2 Desarrollo de la evaluación 28

5.3 Desarrollo de la Intervención Terapéutica 28

5.4 Evolución clínica del proceso 31

6. Resultados 33

6.1 Resultados de la Evaluación inicial 33

6.2 Análisis de datos 35

6.3 Comparación de Resultados 37

7. Conclusión 40

8. Discusión 42

9. Aportes y Contribuciones De La Investigación 43

10. Limitaciones De La Investigación. 44

11. Propuestas de Intervención. 44

Referencias Bibliográficas 45

ANEXO I 49

ANEXO II 52

CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO INFANTIL PARA LA EDAD DE 4 A 16 AÑOS 52

ANEXO III 67

CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO INFANTIL PARA LA EDAD DE 4 A 16 AÑOS 67

ANEXO IV 78

Resumen

El presente trabajo analiza un caso clínico de ansiedad infantil en Pedro, un niño de 8 años que, luego de una experiencia médica traumática, comenzó a presentar manifestaciones de ansiedad en el ámbito familiar. Se realizó un estudio de caso único mediante entrevistas clínicas, anamnesis, observación directa y la aplicación de instrumentos de evaluación psicológica, entre ellos el Child Behavior Checklist (CBCL), el Teacher's Report Form (TRF) y la Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS).

La evaluación inicial permitió identificar manifestaciones de ansiedad anticipatoria, temor a la enfermedad, preocupación por la posibilidad de pérdida y conductas de búsqueda de aseguramiento y evitación. A partir de estos resultados se implementó una intervención cognitivo-conductual orientada al reconocimiento y regulación de las respuestas de ansiedad, la identificación y reestructuración de pensamientos ansiógenos, el fortalecimiento de recursos de afrontamiento y la exposición gradual a situaciones temidas, incorporando el acompañamiento y orientación a los referentes familiares.

Los resultados obtenidos luego de la intervención evidenciaron una disminución de la sintomatología ansiosa y de los indicadores de problemas internalizantes, junto con un mayor repertorio de estrategias de afrontamiento y una mayor capacidad para afrontar situaciones previamente asociadas al miedo. Se destaca la importancia de la evaluación integral y de la intervención temprana en los problemas de ansiedad durante la infancia, así como del fortalecimiento de la autonomía y de los recursos emocionales del niño y su contexto familiar.

Palabras clave: Trastorno de Ansiedad, Infantil, Psicoterapia Infanto Juvenil, Estudio de Caso

1. Introducción

El presente Trabajo Final Integrador (TFI) tiene como objetivo analizar un caso clínico de ansiedad infantil para realizar la conceptualización de caso e implementar un tratamiento y evaluación de resultados. Para ello, se desarrolló un estudio teórico de caso único. Esta investigación se enmarca en el área de la Psicología Clínica.

La ansiedad según Sokol y Fox (2019), es una respuesta adaptada que aparece cuando un individuo vivencia ciertas situaciones peligrosas que implican activaciones fisiológicas, las mismas aumentan la frecuencia cardiaca y bombear más sangre en el cuerpo, metaboliza grasas y azúcares que propician energía en el cuerpo y así liberan diversas sustancias químicas. Cuando la persona cree que está en peligro, muestra una inclinación para seguir luchando contra el peligro o la amenaza y así huir o esconderse de ella.

Las principales características de los Trastornos de Ansiedad (TA), son el miedo excesivo y alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza, la misma puede ser real o imaginada por la persona, estando vinculados a excesos de activación autonómica indispensables para la huida; mientras que la ansiedad es un miedo anticipatorio a una amenaza futura, estando vinculado a tensión muscular y vigilancia a un peligro. Ambas respuestas pueden superponerse, pero aun así tienen características diferentes. Los trastornos de ansiedad tienen la tendencia de ser comórbidos entre sí, debido a su contenido de pensamientos o creencias asociados (American Psychiatric Association, 2013).

Los trastornos de ansiedad cuentan con una alta tendencia a la comorbilidad debido a que comparten sintomatología con otros diagnósticos. Esta superposición nosológica puede deberse a que comparten factores de riesgo como también factores de mantenimiento. Los principales factores biológicos, ambientales y psicológicos; jugando así un papel fundamental en la etiología y el mantenimiento de los mismos. Los principales factores son: Genética, neurológica, temperamento e influencias parentales (Almonte y Montt Steffens, 2019).

Considerando la relevancia clínica de la ansiedad en la clínica infanto- juvenil, el presente Trabajo Final Integrador se propone analizar la problemática a través de un estudio de caso único, permitiendo así visualizar en detalle el proceso de evaluación, conceptualización, tratamiento y resultados; en pos de fortalecer el campo de la psicología clínica infanto- juvenil.

1.1 Presentación del problema

La ansiedad es una respuesta emocional adaptativa frente a situaciones percibidas como amenazantes por el individuo. Cuando su intensidad, frecuencia o duración resulta desproporcionada, puede adquirir características clínicas y generar un deterioro significativo en el funcionamiento cotidiano del mismo (American Psychiatric Association, 2013; Bados, 2005). En la población infantojuvenil, los trastornos de ansiedad constituyen una problemática frecuente y pueden afectar el funcionamiento familiar, social y escolar, interfiriendo en el bienestar y en la participación del niño en diferentes contextos (De la Barra et al., 2013; Polanczyk et al., 2015).

Presenta significativa importancia clínica debido a sus manifestaciones de: Preocupaciones excesivas, evitación, síntomas fisiológicos, retraimiento y dificultades en la adaptación a situaciones cotidianas (Almonte & Montt Steffens, 2019). Por lo anteriormente expuesto, la detección e intervención temprana resulta fundamental para prevenir la persistencia de los síntomas y favorecer estrategias de afrontamiento más adaptativas. En este marco, la Terapia Cognitivo-Conductual constituye una intervención con evidencia favorable para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (James et al., 2020; Silverman et al., 2008).

1.2 Fundamentación

El presente trabajo de investigación adquiere relevancia debido a que permite analizar un caso clínico de ansiedad infantil a fin de realizar la conceptualización de caso y, a través de ella, la implementación de tratamiento y evaluación de resultados. La investigación siendo un estudio de caso clínico, busca contribuir a la comprensión de los factores individuales, familiares y contextuales implicados en la génesis y el mantenimiento de la sintomatología ansiosa, así como ofrecer el tratamiento en primera línea basado en la terapia cognitivo conductual, para la práctica profesional en el ámbito de la Psicología Clínica infantil. Se propone facilitar la consulta a futuros lectores interesados en la temática y aportar insumos que orienten intervenciones clínicas a fin de tratamiento de la sintomatología de ansiedad infantil.

La ansiedad en la infancia es una de las problemáticas más recurrentes dentro del campo de la salud mental infanto-juvenil, siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes y presente gran demanda de dispositivos ya sean clínicos, como escolares y comunitarios de Latinoamérica. Investigaciones desarrolladas señalan que los trastornos de ansiedad se

encuentran dentro de los trastornos de salud mental con mayor prevalencia durante la niñez y adolescencia, con una elevada probabilidad de persistencia y posterior complejizarían a lo largo del desarrollo, no siendo abordados de la manera correcta y temprana (Ardila y Rosselli, 2014; Polanczyk et al., 2015; De la Barra et al., 2013). Ante esto, la ansiedad infantil no solo impacta en el bienestar emocional de los niños, sino que también interfiere de manera significativa en su rendimiento escolar, vínculos familiares y sociales y así, posterior desarrollo de autonomía.

La ansiedad infantil constituye uno de los problemas de salud mental de mayor relevancia debido a su impacto sobre el bienestar emocional, el funcionamiento cotidiano y el desarrollo integral de niños y niñas. Cuando la sintomatología no es identificada e intervenida oportunamente, puede persistir en el tiempo, generar un importante malestar e interferir en el desempeño familiar, social y escolar (American Psychiatric Association, 2013; Bados, 2005; Richaud de Minzi, 2010).

La evidencia disponible señala que las manifestaciones de ansiedad durante la infancia presentan características particulares de acuerdo con la etapa evolutiva y el contexto sociocultural en el que se desarrolla el niño. Esta variabilidad pone de manifiesto la necesidad de realizar evaluaciones clínicas integrales y de diseñar intervenciones ajustadas a las características evolutivas, emocionales y vinculares propias de cada caso (Casullo y Fernández Liporace, 2001; Mikulic et al., 2015).

En este contexto, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es considerada el tratamiento de primera elección para los trastornos de ansiedad en la infancia, debido al amplio respaldo empírico que demuestra su eficacia para disminuir la sintomatología ansiosa y favorecer mejoras en el funcionamiento cotidiano. Las intervenciones que integran psicoeducación, entrenamiento en regulación emocional y técnicas de exposición gradual, tanto imaginaria como in vivo, han mostrado resultados clínicos favorables en población infantil (Kendall et al., 2016; Rivarola y Vázquez, 2016; Fernández Liporace et al., 2019). Asimismo, la identificación temprana de los factores desencadenantes y de mantenimiento constituye un aspecto fundamental para prevenir la intensificación de los síntomas y reducir el riesgo de comorbilidades.

Diversas investigaciones también destacan que determinadas experiencias potencialmente traumáticas durante la infancia pueden favorecer la aparición y persistencia de sintomatología ansiosa cuando no son elaboradas emocionalmente ni acompañadas de manera

adecuada por las figuras de referencia (Noel et al., 2016; Price et al., 2016). Del mismo modo, se ha señalado que ciertas dinámicas familiares, caracterizadas por la sobreprotección, el control excesivo o la búsqueda constante de aseguramiento, pueden contribuir al mantenimiento de la ansiedad infantil, razón por la cual la participación activa de los cuidadores durante el proceso terapéutico se asocia con mejores resultados clínicos y una mayor generalización de los logros alcanzados (Richaud de Minzi, 2010; Mikulic et al., 2015; McLeod et al., 2007).

Por otra parte, la literatura destaca la importancia de considerar al niño dentro de los diferentes contextos en los que se desarrolla. En este sentido, la articulación entre los servicios de salud mental y las instituciones educativas constituye un factor protector que favorece la detección temprana de las dificultades emocionales, el acompañamiento integral y la consolidación de los avances terapéuticos en las actividades de la vida cotidiana (De la Barra et al., 2013; Mikulic et al., 2015).

A partir de estos antecedentes, resulta pertinente analizar la implementación de una intervención cognitivo-conductual en un niño con sintomatología ansiosa, considerando la interacción entre las características individuales del caso y la participación de la familia y de la escuela como contextos fundamentales para el proceso terapéutico.

Por lo anteriormente expuesto, la elección de un diseño de estudio de caso se justifica por su valor metodológico para el análisis profundo de los procesos clínicos en contextos reales de intervención. Los estudios de caso permiten comprender la complejidad de las intervenciones psicoterapéuticas infantiles, aportando evidencia clínica situada que complementa los estudios cuantitativos y fortalece el vínculo entre teoría y práctica profesional (Kazdin, 2011; Yin, 2018).

1.3 Objetivos

Objetivo general

- Analizar la sintomatología ansiosa en un niño de 8 años mediante un estudio de caso único, con el fin de comprender sus factores desencadenantes y de mantenimiento, y evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual.

Objetivos específicos

- Identificar los factores emocionales, cognitivos y vinculares implicados en la aparición y mantenimiento de la ansiedad en el caso estudiado.
- Elaborar la conceptualización clínica del caso desde el modelo cognitivo-conductual.
- Diseñar, implementar y evaluar un plan de intervención cognitivo-conductual, analizando los cambios en la sintomatología ansiosa a partir de instrumentos estandarizados y observación clínica.

2. Marco Teórico

Según la Real Academia Española (2023), la ansiedad es un estado de agitación, como también inquietud o zozobra del ánimo. La ansiedad se define como una respuesta emocional caracterizada por sentimientos de aprensión, tensión y activación fisiológica ante la percepción de una amenaza, real o anticipada que el individuo evalúa como difícil de controlar o afrontar. Desde una perspectiva clínica, la ansiedad cumple una función adaptativa cuando permite la preparación frente a situaciones de riesgo; sin embargo, se torna problemática cuando su intensidad, frecuencia o duración resultan desproporcionadas y generan malestar significativo o interferencia en el funcionamiento cotidiano (American Psychiatric Association, 2013). Desde el marco teórico cognitivo-conductual se conceptualiza la ansiedad como el resultado de la interacción entre pensamientos disfuncionales, respuestas fisiológicas de activación y conductas de evitación o búsqueda de seguridad, las cuales tienden a mantener el malestar en el tiempo (Beck et al., 2005; Barlow, 2002). En el período de la infancia, esto puede manifestarse a través de miedos excesivos, preocupaciones recurrentes, síntomas somáticos y conductas de dependencia, adquiriendo características particulares según el momento evolutivo y el contexto vincular del niño (Bados, 2005).

Tomando los aportes de American Psychiatric Association (2013), los Trastornos de Ansiedad (T.A) comparten características principales con el miedo excesivo y alteraciones conductuales asociadas (Virgen Montelongo et al., 2005). Destacando que, el miedo es una respuesta emocional a una amenaza, esta puede ser real o imaginaria, estando vinculados a excesos de activación autonómica indispensables para la huida; mientras que la ansiedad es un miedo anticipatorio a una amenaza futura, estando vinculado a tensión muscular y vigilancia a un peligro. Ambas respuestas pueden solaparse, pero aun así tienen características diferenciales. Los trastornos de ansiedad tienen la tendencia de ser comórbidos entre sí, debido a su contenido de pensamientos o creencias asociados. Muchos de los trastornos de ansiedad suelen desarrollarse en el periodo de la infancia y así, persisten si no se tratan. Los mismos, se diagnostican sólo si los síntomas no son atribuidos a otros efectos fisiológicos de una medicación y/o sustancia para abordar una afección médica o no se explican a través de otro trastorno mental.

Considerando los aportes de la Organización Mundial de la Salud (2025), los trastornos de ansiedad se caracterizan por sentir miedo de una manera excesiva acompañado de sensaciones fisiológicas. Estos son los más frecuentes dentro de los trastornos a lo largo del

mundo. En 2021 afectaron a 359 millones de personas, se considera que afectan tanto a varones como a mujeres. Su sintomatología aparece en la infancia y adolescencia y se sostiene en la vida adulta. Se considera que una de cada cuatro personas con ansiedad recibe un tratamiento específico para dicha sintomatología. Se calcula que un 4,4 % de la población mundial padece actualmente un trastorno de ansiedad. En el año 2021, 359 millones de personas en el mundo tenían un trastorno de ansiedad, lo que afirma que es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la población mundial.

La ansiedad siguiendo la bibliografía de Sokol y Fox 2019, es una respuesta biológica adaptativa que surge cuando el individuo se enfrenta a diversas situaciones peligrosas. Estas activaciones fisiológicas sirven para aumentar rápidamente la frecuencia cardíaca y bombear más sangre a través del cuerpo, metabolizar grasas y azúcares para propiciar energía al cuerpo y liberar diversas sustancias químicas. Cuando el individuo cree que está en peligro muestra una inclinación conductual a sobrevivir luchando en contra de esa amenaza huyendo o escondiéndose de ella. Según el modelo cognitivo conductual la ansiedad, y todos los trastornos de ansiedad están asociados a la percepción exagerada de la amenaza y una infravaloración de los recursos. El modelo cognitivo conductual es una teoría de evaluación, riesgo y recurso. Cuando el paciente se expone a un estímulo, ya sea externo o interno, pensamiento, emoción, un sentimiento o una imagen mental; el cerebro realiza dos evaluaciones: la primera es relativa a la amenaza, es decir el grado de peligrosidad en el que está inmerso ese sujeto. La segunda es una evaluación relativa a los recursos de los que dispone o la capacidad para enfrentar esa situación y todo lo que atrae. Las personas que padecen de ansiedad suelen infravalorar los recursos que disponen por los que no los ven fuertes externos a su alcance. Cuando estas dos evaluaciones indican que sí existe una amenaza sea real o imaginaria y se cree que cuenta con recursos limitados se activa la ansiedad. Ante esto la evitación es una estrategia disfuncional porque es una consecuencia de percepciones poco acertadas, lo que la persona cree que lo mantendrá a salvo impide su recuperación en realidad imposibilitando que se produzca un nuevo aprendizaje y refuerza las percepciones imaginarias de ese estímulo.

Los Trastornos de ansiedad, como se mencionó anteriormente, cuentan con altas tasas de comorbilidad, esto es debido a que comparten sintomatología. Esta superposición nosológica puede deberse a que comparten factores de riesgo como también factores de mantenimiento. Los principales factores biológicos, ambientales y psicológicos juegan un papel fundamental en la etiología y el mantenimiento de estos. Los principales factores son:

Genética, neurológica, temperamento e influencias parentales (Almonte y Montt Steffens, 2019).

En relación con los factores genéticos, diversos autores señalan que la presencia de antecedentes familiares de trastornos de ansiedad y depresión puede constituir un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología ansiosa (Almonte y Montt Steffens, 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025; Virgen Montelongo et al., 2005; Veloz Pico et al., 2022; Muñoz, 2024). En este sentido, la evidencia sugiere que existe una influencia genética en la predisposición a los trastornos de ansiedad. Sin embargo, su desarrollo no puede atribuirse exclusivamente a la herencia, dado que intervienen también factores ambientales, psicológicos y contextuales.

La investigación realizada por Festorazzi et al. (2008), titulada "Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural", tuvo como objetivo determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural y analizar la coexistencia de ambas manifestaciones. Se trató de un estudio descriptivo de tipo transversal, realizado en la localidad de Empedrado, provincia de Corrientes, sobre una muestra de 344 adolescentes. Para la evaluación se utilizó una encuesta que incluyó la Escala de Hamilton. Los resultados mostraron una prevalencia del 11 % para la ansiedad y del 24 % para la depresión. Estos hallazgos destacan la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva durante la adolescencia y la importancia de su detección temprana.

Retomando a los autores Almonte y Montt Steffens (2019), la neurobiología ha proporcionado imágenes que brindan evidencia científica de que los circuitos cerebrales subyacentes a la respuesta de ansiedad, miedo y su desregulación con especial énfasis en las conexiones bidireccionales entre la amígdala y la corteza prefrontal. La ansiedad patológica implica una hipersensibilidad de la amígdala que interactúa con los procesos reguladores deficientes mediados por la corteza prefrontal. Mostrando una hipervigilancia la cual está caracterizada por la rápida orientación de los estímulos amenazantes, presentados por intervalos muy breves mientras que los últimos se muestra por la retirada retrasada de la atención de los estímulos presentados por intervalos más largos. La hiperactividad normativa de la amígdala en los individuos disminuye con la edad, pero el estrés temprano puede alterar este curso. En cuanto al miedo, estudios han demostrado que la disregulación prolongada del eje hipotálamo- hipófisis- suprarrenal siendo provocada por experiencias traumáticas es más dañino en niños que en adultos; entendiendo que puede producir un desarrollo alterado del cerebro mediante alteraciones en el metabolismo y pérdida acelerada de neuronas, retraso en

la mielinización, anormalidades en la poda, inhibición en la neurogénesis, disminución de expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro.

Continuando con la bibliografía de Almonte y Montt Steffens (2019), el temperamento es el riesgo genético para los trastornos de ansiedad, mediado por factores temperamentales especialmente por las diferencias individuales emergentes de la afectividad negativa y las construcciones asociadas como la inhibición conductual. Otro aspecto que constituye los trastornos de ansiedad vinculados con el temperamento es el control emocional, la capacidad de autorregulación. La interacción efectividad negativa con control emocional es significativa para el desarrollo de sintomatología asociada a trastornos de ansiedad. También es importante destacar que, hay cuatro formas en las cuales el temperamento puede influir en el desarrollo de estos trastornos, en primer lugar, en interacción con estresores ambientales (modelo diátesis-estrés). En segundo lugar, el modelo de patoplasticidad postula que el temperamento puede influir sin tener un causal directo en su inicio. En tercer lugar, el modelo de complicación, el cual postula que el temperamento produce cambios duraderos que pueden favorecer la ansiedad. En cuarto lugar, el modelo de continuidad, considerando que los trastornos de ansiedad y el temperamento reflejan los mismos procesos subyacentes.

En la línea de los aportes de Almonte y Montt Steffens (2019), por último, se encuentran las influencias parentales entendiendo los mismos como los cuales el individuo adquiere y moldea sus miedos. Los padres podrían adquirir enfoques de miedo y transferirlos a sus hijos como peligrosos. Asimismo, los padres limitan la exposición de sus hijos a estímulos que les provoquen miedo, influyendo en el proceso normal de habituación. También, si están ansiosos los padres pueden promover la ansiedad en sus hijos, manteniendo o intensificando la sintomatología. La falta de confianza en el apoyo de los padres o el apego inseguro es un importante predictor en la ansiedad infantil. El apego inseguro altera significativamente las habilidades de los niños de regular la angustia, lo cual se vincula con la ansiedad.

La base de los trastornos de ansiedad según Almonte y Montt Steffens (2019), es la angustia patológica, la angustia normal está vinculada a vivenciar una nueva experiencia, permitiendo así la adaptación y la utilización de recursos de afrontamiento a partir de los procesos de adquisición que se generan frente a diversas situaciones o estímulos. Los estímulos prospectivos generalmente respaldan que se genere la continuidad de cualquier trastorno de ansiedad. Es importante destacar que, la variación de los trastornos de ansiedad se pueden

diversificar en los focos, la gravedad y las formas; generando así la continuidad desde la primera infancia hasta la adolescencia y luego la vida adulta.

Los síntomas relacionados a los T.A , son miedo excesivo o preocupación específica ante una exposición, dichos síntomas aparecen durante un periodo prolongado de tiempo, al menos varios meses. Síntomas y tipologías. Otros síntomas pueden ser, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, irritabilidad, tensión o inquietud, náuseas o malestar abdominal, palpitaciones, sudoración, tirones o temblores, trastorno del sueño, sensación de peligro inminente, pánico o fatalidad, entre otros. Resulta importante destacar que, los trastornos de ansiedad aumentan los riesgos de depresión y/o consumo de drogas, como así también pensamientos o comportamientos suicidas (Organización Mundial de la Salud, 2025).

Entre los tipos de trastornos por ansiedad se pueden encontrar, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, determinadas fobias y mutismo selectivo. Resaltando que las personas pueden vivenciar diversos tipos de trastornos de ansiedad de manera simultánea (Organización Mundial de la Salud, 2025).

Los miedos caracterizados por los trastornos de ansiedad podrían ser confundidos por los miedos típicos de la edad en la etapa del desarrollo, para esto es importante diferenciarlos. En la etapa de lactante, pueden surgir miedos vinculados a: La separación de la figura de apego, lugares y personas desconocidas, ruidos fuertes, imprevistos y pérdida del soporte físico. En la etapa preescolar, los miedos pueden estar vinculados a: Los miedos, oscuridad, seres imaginarios, separación de figuras de apego y dormir solos. En la etapa escolar: Daños físicos, enfermedades, eventos naturales, muerte, desempeño académico. En la etapa de la adolescencia: Enfermedades, rechazo social, interpersonal (no ser aceptado o no tener pareja), existencial y futuro (Almonte y Montt Steffens, 2019; James, 2015).

Por otro lado, en la variación sistemática de los trastornos de ansiedad, según la etapa del desarrollo podemos encontrar, en la etapa de lactante, gritos, llanto, agitación de miembros inferiores, hipertonía, desvío del rostro, ojos huidizos, aferrarse a la figura de apego y síntomas somáticos importantes. En la etapa preescolar, se observa al niño/a alterado, se resiste al razonamiento, llanto, irritabilidad, arrebatos de ira, dificultades para dormir, pesadillas, despertar angustiado, inquietud, episodios de angustia agudos, sentimientos de aprensión y somatización. En la etapa escolar, sobre adaptación, pseudo maduros, ordenados, muy atentos, exceso de perfeccionismo, crisis de rabia, demandas excesivas, culpa posterior y quejas

somáticas. En la etapa adolescente, crisis de rabia, exigencias insaciables, evitación, huida de lo temido, deseo de controlar todas las variables, restricción de la pertenencia y no cumple tareas evolutivas (Almonte y Montt Steffens, 2019).

El miedo se asocia a síntomas corporales de excitación automática, las cuales son necesarias para conductas de lucha o huida, sumados a pensamientos de peligro inmediato y escape; mientras que la ansiedad es una tensión muscular y aumento de la vigilancia asociado a un futuro peligro. Las conductas evitativas que genera la ansiedad suelen generar interferencias en el funcionamiento de los niños, desembocando en conductas evitativas ante situaciones que previamente generaban disfrute. Cuando el grado de angustia del niño se correlaciona con el monto de angustia de sus pares, se la cataloga como ansiedad normal; cuando no se correlaciona con la ansiedad que sienten sus pares se la denomina como ansiedad patológica. En este sentido, el modelo cognitivo-conductual plantea que la ansiedad se sostiene a partir de la interacción entre interpretaciones distorsionadas de la amenaza, respuestas fisiológicas de activación y conductas de evitación, las cuales contribuyen al mantenimiento del malestar en el tiempo (Beck et al., 2005; Barlow, 2002).

Cuando se observan síntomas de ansiedad, es necesario generar una evaluación tanto al niño como a sus cuidadores; evaluando antecedentes completos, antecedentes familiares, antecedentes ambientales de la génesis de estos, las condiciones del desarrollo neurológico y el uso de drogas y alcohol (Tayeh, et al, 2016).

Desde una perspectiva neuropsicológica, la ansiedad se vincula con la activación de circuitos cerebrales específicos involucrados en el procesamiento del miedo y la regulación emocional. La amígdala cumple un rol central en la detección de estímulos amenazantes y en el condicionamiento del miedo, mientras que estructuras corticales como la corteza prefrontal, incluyendo regiones orbitofrontales, participan en la modulación y regulación de las respuestas emocionales. En este sentido, un funcionamiento deficitario de estos sistemas de control puede dar lugar a respuestas de ansiedad más intensas o desreguladas, producto de una mayor reactividad ante estímulos percibidos como peligrosos y una menor capacidad de regulación cognitiva (Ardila y Rosselli, 2014; Barlow, 2002).

La ansiedad patológica, tomando a Ochando Perales y Peris Cancio (2017), es una reacción ante un estímulo que percibe el individuo como amenazante, acompañado de miedo a morir o a realizar un acto incontrolable. Los síntomas de ansiedad incluyen, síntomas neurovegetativos (inquietud motriz, taquicardia, sudoración, transpiración, etc.), cognitivos,

somáticos; a largo plazo pueden desembocar en daños en: El autoestima, funcionamiento interpersonal y adaptación social. En los síntomas somáticos se puede presentar: Insomnio, sueño intranquilo, somniloquia, cefaleas, temblores, hiperactividad- excitación, etc.

En la ansiedad los factores etiopatogenia que se pueden encontrar son: Primero los factores contribuciones o genéricos, es importante marcar que, la presencia de psicopatología en los padres coloca al niño ante múltiples factores de riesgo a nivel ambiental; segundo, los rasgos temperamentales del niño, considerando que los tendientes a retraimiento o timidez presentan más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad en las etapas del desarrollo. En tercer lugar, los acontecimientos estresantes: Situaciones traumáticas, pérdida, duelos, etc. pueden resultar factores desencadenantes o mantenedores. En cuarto lugar, se pueden encontrar las familias disfuncionales con condiciones desfavorables de salud, en las cuales su característica principal es altos niveles de violencia y escasa capacidad de resolver problemas. En quinto lugar, se encuentran, las diversas situaciones sociales desfavorables, ya que pueden generar inseguridad crónica que colabore en la propia génesis de los trastornos de ansiedad (Ochando Perales y Peris Cancio, 2017).

El abordaje de los trastornos de ansiedad es multimodal, cuando el profesional selecciona el tratamiento debe tener en cuenta, la sintomatología del tratamiento, la presencia de comorbilidad, la edad del niño y la naturaleza de los factores causantes y de mantenimiento. En cuanto al tratamiento psicoterapéutico, es clave el momento de anamnesis y exploración. En este sentido, un metaanálisis realizado por Reynolds et al. (2012), evidencia efectos significativos de la psicoterapia en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad. En particular, la terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser efectiva en la resolución de síntomas, con una eficacia reportada del 50% en un tiempo aproximado de 10 a 20 sesiones. El objetivo de las sesiones es que el niño pueda adquirir habilidades de afrontamiento de problemas, mejorar su autoconfianza, reestructurar sus cogniciones erróneas y modificar sus conductas mediante la práctica de nuevos comportamientos. Es importante señalar que, el diagnóstico temprano y la intervención efectiva, reducen el impacto de los trastornos de ansiedad y reducen la psicopatología en la vida adulta (Ochando Perales y Peris Cancio 2017).

El tratamiento de primera línea para los trastornos de ansiedad, tomando los aportes de Genise, et al (2019), es la exposición. Tanto la exposición como terapia cognitivo conductual para los padres demostraron mayor efectividad. Las técnicas de exposición trabajan la evitación ante los estímulos desagradables que provocan ansiedad, dicha exposición se aborda en sesión

y en la vida real, esto dependerá de la escala de miedo. Además, el trabajo con las familias mejora la efectividad, debido a que cuando hay participación de los padres mejora el apoyo a las estrategias brindadas con el objetivo de manejar las contingencias.

Según Larroy (2007 en Gil-Iñiguez, 2014) la modificación de conducta se generará a través de, en primera instancia un, refuerzo de conductas adecuadas, cuando una buena conducta produce un premio, lo que genera un refuerzo positivo; o cuando una conducta genera una situación más desagradable, refuerzo negativo; y en segunda instancia una extinción de conducta inadecuada, la misma trata de ignorar conductas no deseadas y así generar que se eliminen las conductas problemáticas que producen.

Siguiendo la bibliografía de Sokol y Fox (2019), la reestructuración cognitiva, se implementa en los trastornos de ansiedad, teniendo como objetivo identificar y modificar pensamientos que no son útiles o que no corresponden con la realidad. Desde la reestructuración se puede generar modificación de conducta desde los errores de probabilidad, los individuos suelen juzgar erróneamente la probabilidad de que suceda algo negativo. A través de otra reestructuración se tratará de contrarrestar el error de probabilidad, lo que ayudará a la persona a examinar pruebas basadas en la evidencia. El segundo estilo de error es el catastrófico, en este caso las personas no solo sobreestiman que suceda algo negativo, sino que también exacerban sus resultados negativos, creyendo que se materializa el peor escenario posible. El tercer estilo son los errores de recurso, en el cual las personas disminuyen los recursos con los cuales disponen para resolver o afrontar una situación. En este caso la terapia ayuda a que puedan visualizar los recursos con los que cuentan, ya sean internos o externos (Seligman, 2011).

En cuanto a los recursos internos, muchas personas cuentan con habilidades necesarias a disposición, solo necesitan una ejercitación adicional para desarrollarlas, siendo un aspecto clave generar autoconfianza en la persona. La autoconfianza implica la seguridad en sí mismo, siendo un aspecto clave para acabar con la ansiedad infundada. Para esto será clave, definir y registrar los recursos internos y reconocer los recursos externos a los cuales tienen acceso (Sokol y Fox, 2019).

Considerando la línea de Grill, et al (2017), Barlow, et al (2019); para abordar la ansiedad y la depresión se propone un tratamiento unificado dentro del marco teórico de la terapia cognitivo conductual. En el mismo se basa en tres componentes fundamentales, en primera instancia que el individuo logre modificar evaluaciones erróneas antecedentes (reevaluación cognitiva); en una segunda instancia, prevenir la evitación emocional, cognitiva

y comportamental, como la supresión de emociones, preocupación, distracción, evitación interoceptiva y exteroceptiva; en una tercera instancia modificar las tendencias a actuar bajo el influjo de los impulsos. Dicho protocolo unificado para el abordaje transdiagnostico de trastornos emocionales fue diseñado para intervenir en el espectro clínico ansioso- depresivo. Los principios fundamentales son: Exposición, la reevaluación cognitiva y la prevención de la evitación emocional. El mismo fue evaluado en diferentes países: Estados Unidos, España, Japón, Australia, etc.; los resultados obtenidos revelan una reducción sintomática. Este protocolo no solo puede abordar los trastornos emocionales nucleares, sino también distintos problemas comórbidos que pueda vivenciar la persona.

3.Metodología

El presente Trabajo Final Integrador tiene como objetivo, analizar las causas y consecuencias de las conductas ansiosas de un niño de 8 años, con el fin de identificar estrategias de intervención adecuadas para mejorar su sintomatología de ansiedad tanto en el hogar como en la escuela. Para llevar adelante la investigación, se trabajó con un diseño no experimental, transversal y cualitativo. Dicha investigación está planteada mixta debido a que, incluye instrumentos estandarizados (CBCL y RCMAS) que arrojan puntajes y permiten medir niveles de ansiedad y conductas. Asimismo, se incluyen observaciones clinica- terapeutica del paciente en el ambiente del consultorio.

3.1 Diseño

Se seleccionará una muestra no probabilística, enmarcado en un enfoque clínico y una modalidad descriptiva- exploratoria. La lógica del estudio se orienta al análisis particular y profundo de un caso clínico de un niño de 8 años, considerando su proceso de evaluación, intervención y evolución.

3.2 Propósito Del Estudio

Analizar un caso clínico de ansiedad infantil mediante un diseño de estudio de caso único, con el objetivo de identificar factores desencadenantes y de mantenimiento de la sintomatología, elaborar una adecuada conceptualización clínica e implementar un plan de tratamiento basado en terapia cognitivo-conductual.

Se propone evaluar la eficacia de una intervención que incluya psicoeducación, estrategias de regulación emocional y técnicas de exposición gradual, orientadas a disminuir la sintomatología ansiosa, reducir conductas evitativas y favorecer un mejor funcionamiento del niño en los contextos familiar y escolar.

3.3 Participante

Pedro es un niño de 8 años, de sexo masculino, que reside en la ciudad de Cinco Saltos, provincia de Río Negro. Convive con su madre, Rocío (40 años), su padre, Fernando (48 años), y su hermano mayor, Juan (11 años). Ambos padres se encuentran a cargo de su crianza; el padre trabaja en una empresa petrolera bajo un régimen laboral 14x7, mientras que la madre se

desempeña como ama de casa. Pedro asiste a una escuela primaria, en el turno tarde, y su hermano concurre a la misma institución en el turno mañana.

El motivo de consulta manifestado por los padres de Pedro es preocupación por la aparición e intensificación de conductas de ansiedad en el niño. Refieren la presencia de temores persistentes vinculados a la enfermedad y a la posibilidad de que algún miembro de la familia fallezca, junto con conductas de hipervigilancia y ansiedad anticipatoria ante situaciones cotidianas. Señalan dificultades en la separación de su hermano mayor, necesidad constante de aseguramiento por parte de los adultos y elevada dependencia afectiva. Estas manifestaciones generan malestar significativo en el niño e interfieren en su funcionamiento diario y en la dinámica familiar, motivo por el cual solicitan evaluación y orientación psicológica.

En relación con los antecedentes familiares, no se registran antecedentes de enfermedades médicas de relevancia en el niño. Se destaca la presencia de una experiencia médica traumática vivida, la cual actuó como acontecimiento desencadenante en la aparición de la sintomatología ansiosa. En cuanto a los antecedentes de sintomatología correspondiente con salud mental, no se registran antecedentes familiares.

Se observa una dinámica familiar caracterizada por vínculos estrechos y una fuerte implicación emocional entre los miembros, particularmente entre Pedro y su hermano mayor, vínculo que se presenta con escasa diferenciación y elevada dependencia afectiva. No se reportan antecedentes de tratamientos psicológicos previos en el niño al momento de la consulta.

La consulta psicológica se inicia a partir de la preocupación de los padres por la aparición progresiva de conductas de ansiedad en el ámbito familiar. Entre las manifestaciones referidas se encuentran temores persistentes relacionados con la enfermedad y que alguien de familia falleciera, conductas de vigilancia excesiva, dificultades para separarse de su hermano, necesidad constante de aseguramiento por parte de los adultos y expresiones de ansiedad anticipatoria frente a situaciones cotidianas. Dichas conductas comenzaron a intensificarse luego del evento médico mencionado, generando interferencias en el bienestar emocional del niño y en la dinámica familiar.

3.3 Instrumentos

Para la evaluación de Pedro se utilizaron diferentes técnicas e instrumentos, seleccionados con el propósito de obtener información. La combinación de todas las técnicas permitió que se genere una evaluación integral de su sintomatología actual. La utilización de

múltiples fuentes de información resulta especialmente relevante en la evaluación psicológica infanto juvenil, debido a que la expresión de las dificultades puede variar según el contexto y el informante (Casullo y Fernández Liporace, 2001; Fernández Liporace et al., 2019).

3.3.A. Anamnesis.

Se realizó una anamnesis con los progenitores con el objetivo de recopilar información relevante acerca de la historia evolutiva, familiar, escolar y emocional del niño. La anamnesis es una herramienta fundamental dentro de la evaluación psicológica infantil, ya que permite contextualizar la sintomatología actual del niño a partir de su historia de desarrollo y de las características de los diferentes sistemas en los que participa. En este sentido, la evaluación de niños requiere considerar información proveniente de adultos y de los distintos contextos de desarrollo, evitando interpretar las conductas de manera aislada (Casullo y Fernández Liporace, 2001; Fernández Liporace et al., 2019).

3.3.B. Entrevista semi-dirigida

Se utilizó la entrevista semidirigida como técnica de evaluación. El objetivo de la aplicación de dicha entrevista fue recabar información acerca de las características del motivo de consulta, las situaciones en las que aparecían las conductas problema, las respuestas emocionales y conductuales del niño y las estrategias utilizadas por la familia frente a estas situaciones.

La entrevista semidirigida permite que el terapeuta garantice un encuadre flexible, combinando preguntas previamente definidas con la posibilidad de profundizar en aquellos aspectos que adquieren relevancia durante el encuentro. En la evaluación psicológica infantil, la entrevista constituye una herramienta fundamental para recolectar información sobre el funcionamiento emocional, conductual y contextual del niño (Casullo y Fernández Liporace, 2001; Fernández Liporace et al., 2019).

En este caso clínico, la entrevista permitió ampliar la información obtenida mediante la anamnesis y explorar específicamente la relación entre las situaciones que generaban malestar, las respuestas de ansiedad, las conductas de evitación y las dificultades manifestadas en los diferentes contextos.

3.3.C. Observación directa.

Se realizó observación directa del comportamiento de Pedro durante las instancias de evaluación e intervención, con el propósito de registrar sus respuestas emocionales, cognitivas y conductuales frente a diferentes situaciones y estímulos.

La observación constituye una estrategia relevante en la evaluación infantil, dado que permite obtener información sobre la conducta manifiesta en un contexto determinado y complementar la información proporcionada por los padres en la entrevista. La observación de las interacciones familiares aporta información acerca de patrones de respuesta asociados al mantenimiento de las dificultades emocionales (Hudson y Rapee, 2001).

En este sentido, la observación permitió registrar manifestaciones de ansiedad, conductas de evitación, respuestas ante situaciones percibidas como amenazantes y cambios en la conducta del niño a lo largo del proceso de evaluación e intervención.

3.3.D. CBCL – Child Behavior Checklist (Lista de chequeo de conducta infantil). Aplicada a padres y docentes

Se realizó la administración del Child Behavior Checklist (CBCL) desarrollado por Achenbach y Rescorla (2001), a los progenitores y se complementó la evaluación con información proveniente del contexto escolar.

El CBCL permite visualizar diferentes dimensiones del funcionamiento emocional y conductual, también permite valorar problemáticas internalizantes y externalizantes Permite valorar también síndromes específicos relacionados con dificultades emocionales, sociales y comportamentales (Achenbach & Rescorla, 2001).

Al tener informantes de diferentes ámbitos permite ampliar la comprensión del funcionamiento del niño y evitar que la evaluación se limite a una única fuente de información (Achenbach y Rescorla, 2001; Fernández Liporace et al., 2019).

3.3. E. RCMAS – Revised Children's Manifest Anxiety Scale (Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños.

Se administró la Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS), desarrollada por Reynolds y Richmond (1978, 1985), con el objetivo de evaluar manifestaciones de ansiedad en niños y obtener una medida específica de la presencia e intensidad de síntomas ansiosos.

La RCMAS se desarrolló como una medida de autoinforme destinada a evaluar la ansiedad manifiesta en la población infantil. El instrumento permite explorar diferentes expresiones de la ansiedad a partir de las respuestas del propio niño y así complementarlo con

la información que ya fue previamente obtenida en las entrevistas (Reynolds y Richmond, 1978, 1985).

La incorporación de la RCMAS fue indispensable en la evaluación de Pedro, debido a que permitió acceder a la su percepción con respecto a las vivencias asociadas a la sintomatología de ansiedad. Resultando así significativamente relevante para la evaluación, ya que determinadas manifestaciones emocionales, pueden no ser plenamente observables por los adultos, pudiendo expresarse en diferentes en los distintos contextos (Fernández Liporace et al., 2019).

3.5 Consideraciones Éticas

El presente estudio contempló las consideraciones éticas correspondientes al trabajo clínico con población infantil. Se obtuvo el consentimiento informado de los responsables legales de Pedro, tanto madre como padre (obra en el anexo), quienes fueron debidamente informados acerca de las características de la investigación, objetivos y modalidad del proceso. Asimismo, se consideró la autorización del niño, respetando su participación voluntaria y su derecho a expresar su conformidad o disconformidad durante el proceso.

Este estudio de caso único garantiza la confidencialidad de la información obtenida durante la evaluación y la intervención terapéutica, así como el resguardo de la identidad del niño, utilizando un nombre ficticio y evitando la incorporación de datos que permitieran su identificación por parte del lector.

4. Conceptualización Clínica de Caso

La conceptualización del caso de Pedro se realiza desde un modelo integrativo cognitivo-conductual, que permite comprender la sintomatología ansiosa considerando la interacción entre factores individuales, familiares y contextuales, así como los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en su mantenimiento. Desde esta perspectiva, la ansiedad es entendida como una respuesta emocional desadaptativa que se sostiene a partir de la interacción entre pensamientos disfuncionales, conductas de evitación y dinámicas vinculares específicas.

4.1 Factores Predisponentes

En cuanto a los factores familiares, se identifica una dinámica vincular caracterizada por un alto nivel de sobre involucramiento emocional, particularmente en el vínculo materno. Desde un enfoque integrativo, estas dinámicas funcionan como contextos facilitadores del mantenimiento del síntoma, en tanto refuerzan las conductas de dependencia y limitan el desarrollo de estrategias de regulación emocional más adaptativas.

Las respuestas maternales orientadas a la protección excesiva y al aseguramiento constante pueden contribuir inadvertidamente a reforzar los temores del niño, favoreciendo una mayor dependencia de las figuras significativas para la regulación de sus estados emocionales.

4.2 Factores Precipitantes

En el caso de Pedro, se identifica como factor precipitante una experiencia médica traumática vivenciada, acontecimiento que generó un incremento significativo de temores relacionados con la enfermedad, la muerte y la seguridad de los vínculos significativos ante la pérdida.

Este evento actuó como disparador de la sintomatología ansiosa, favoreciendo la emergencia de preocupaciones excesivas y anticipatorias, particularmente en relación con la posibilidad de daño hacia sí mismo o hacia sus seres queridos.

4.3 Factores Mantenedores

Se observan pensamientos automáticos negativos vinculados a la catastrofización y a la sobreestimación del peligro, tales como interpretaciones catastróficas frente a síntomas corporales o situaciones asociadas a la enfermedad. Estos esquemas cognitivos se encuentran acompañados por una elevada sensibilidad a las señales de amenaza y una disminuida percepción de control, lo que contribuye al aumento sostenido de la ansiedad.

Pedro presenta también conductas de evitación y búsqueda excesiva de seguridad, expresadas en la necesidad constante de compañía, la dificultad para separarse de su hermano mayor y la dependencia de la presencia de figuras significativas para regular sus estados emocionales. Si bien estas conductas generan un alivio inmediato de la ansiedad, operan como factores de mantenimiento del malestar al reforzar la percepción de vulnerabilidad y la incapacidad para afrontar situaciones temidas de manera autónoma.

Desde el nivel escolar, Pedro ha presentado situaciones de crisis ante descompensaciones de sus compañeros. Estas crisis desembocaban en crisis de llanto y falta de aire. Luego, los docentes convocaban a los padres para retirar a Pedro del colegio. La madre comenta que, en las ocasiones en que sucedió esto, cuando Pedro llegaba a su hogar, le costaba bastante volver a sentirse mejor.

Esta situación permitió identificar el ámbito escolar como un contexto relevante para la expresión y mantenimiento de la sintomatología. Por este motivo, se decidió incluirlo en el tratamiento mediante una articulación con la escuela, ya que constituye un espacio privilegiado para observar la expresión de su malestar y sus modos vinculares fuera del ámbito familiar.

Asimismo, los resultados obtenidos a partir de los instrumentos de evaluación administrados, especialmente el CBCL, evidencian un perfil predominantemente internalizante, con indicadores elevados de ansiedad y preocupación y ausencia de conductas externalizantes significativas. Este perfil resulta consistente con la clínica observada, caracterizada por manifestaciones de ansiedad internalizada, hipervigilancia emocional y dificultades en la expresión directa del malestar.

4.4 Hipótesis Clínica Integradora

A partir de la información obtenida durante el proceso de evaluación, se plantea como hipótesis clínica que la experiencia médica traumática actuó como acontecimiento precipitante de la sintomatología ansiosa de Pedro, favoreciendo el desarrollo de temores relacionados con la enfermedad, la muerte y la posibilidad de daño hacia sí mismo y hacia sus seres queridos.

La sintomatología se encontraría sostenida por la interacción entre pensamientos caracterizados por la catastrofización y la sobreestimación del peligro, conductas de evitación y búsqueda de seguridad, y dinámicas familiares de sobreprotección y aseguramiento constante. Estos factores favorecerían la percepción de vulnerabilidad y la dependencia de las figuras significativas para la regulación emocional.

A su vez, las situaciones ocurridas en el ámbito escolar, particularmente frente a las descompensaciones de sus compañeros, evidencian la generalización de los temores vinculados con la enfermedad y constituyen un contexto relevante para la expresión de la sintomatología. En este sentido, el abordaje clínico requiere considerar de manera articulada los factores individuales, familiares y escolares implicados en el mantenimiento del malestar.

5. Intervención Terapéutica

El proceso terapéutico se desarrolló a lo largo de veinte sesiones, con una frecuencia de una vez por semana, con un tiempo de 40 minutos de duración, estructuradas en etapas progresivas que permitieron abordar la sintomatología ansiosa de Pedro desde una perspectiva cognitivo-conductual, adaptada a su edad y a sus características emocionales y vinculares. A lo largo del tratamiento se priorizó la construcción de una alianza terapéutica sólida, el fortalecimiento de recursos de afrontamiento y la exposición gradual a los estímulos temidos, respetando los tiempos subjetivos del niño.

5.1 Conductas objetivo

Se establecen como conductas objetivo principales las siguientes: En primer lugar, la búsqueda excesiva de aseguramiento, definida como la emisión reiterada de preguntas dirigidas a figuras adultas con el fin de obtener confirmación respecto a su seguridad y la de sus familiares. Esta conducta se manifiesta a través de verbalizaciones frecuentes vinculadas a la enfermedad, la muerte o posibles peligros. La misma será evaluada en términos de frecuencia, registrando la cantidad de veces que ocurre en un período determinado.

En segundo lugar, la dificultad para la separación de figuras significativas, particularmente de su hermano mayor, definida como la resistencia o imposibilidad de permanecer sin su presencia o la de adultos de referencia. Esta conducta se expresa mediante la necesidad de proximidad constante, el seguimiento dentro del hogar y el malestar ante situaciones de separación. Será medida a partir de su duración (tiempo que logra permanecer separado sin ansiedad significativa) y mediante registros de presencia o ausencia en situaciones específicas.

Se identifican como conductas asociadas: La evitación de situaciones ansiógenas, especialmente en el ámbito escolar, manifestada a través de la retirada o negativa a permanecer en contextos que generan malestar. Las respuestas de ansiedad intensa, incluyen episodios de llanto, sensación de falta de aire y desregulación emocional ante estímulos percibidos como amenazantes. También se establece la hipervigilancia y preocupación anticipatoria, evidenciada en un estado de alerta constante y en la aparición de pensamientos reiterados relacionados con posibles situaciones de enfermedad, peligro o pérdida.

5.2 Desarrollo de la evaluación

La primera etapa del proceso estuvo orientada a la evaluación diagnóstica y a la generación de las condiciones necesarias para el trabajo terapéutico. En las primeras dos entrevistas se realizó la anamnesis con los padres, explorando antecedentes familiares, acontecimientos vitales significativos y la evolución de la sintomatología ansiosa. Estas instancias permitieron identificar la experiencia médica traumática como evento desencadenante, así como dinámicas familiares caracterizadas por un alto nivel de sobreprotección del vínculo materno.

La tercera entrevista se realizó con Pedro en ausencia de sus padres. En este primer encuentro, el niño se presentó con una actitud tímida, vigilante y con dificultades para separarse emocionalmente de las figuras de referencia que lo trajo al espacio de psicoterapia (la mamá). Mostró una marcada necesidad de anticipar lo que ocurriría en la sesión, realizando preguntas frecuentes sobre el encuadre, la duración y las distintas dinámicas que podían surgir en el desarrollo de las sesiones, como también la duración de las dinámicas; lo que fue interpretado como una manifestación de su ansiedad anticipatoria. Durante esta instancia a través de un cuento el cual concluyó con una pregunta de identificación y un autorretrato, se indagaron sus temores, pensamientos y emociones asociadas, acompañando el relato con observación clínica y actividades lúdicas que facilitaron la expresión emocional.

5.3 Desarrollo de la Intervención Terapéutica

Las sesiones cuatro y cinco se centraron en el fortalecimiento del vínculo terapéutico y la apropiación del espacio. Se trabajó mediante juegos estructurados, dibujos y conversaciones guiadas, favoreciendo que Pedro pudiera sentirse seguro y confiado en el consultorio. Progresivamente, comenzó a mostrarse más participativo, con mayor iniciativa en la elección de actividades y una disminución de las conductas de hipervigilancia inicial. En la sesión cinco brindó el CBCL para ser autoadministrado por padres y docentes, y se inició el monitoreo sistemático semanal del estado emocional del niño. Se le otorgó a Pedro una libreta psicoterapéutica para que pudiera realizar un registro diario de emociones y sensaciones físicas a lo largo de la semana a través de gráficos adaptados para su edad.

La segunda etapa del tratamiento tuvo como objetivo principal brindar a Pedro herramientas para reconocer y regular sus estados de ansiedad, el objetivo de dicho trabajo fue prepararlo progresivamente para el trabajo de exposición. A partir de la sesión siete, el niño se

presentó con mayor disposición al trabajo terapéutico, manifestando interés por comprender lo que le ocurría y comenzando a verbalizar sus sensaciones corporales, asistiendo al espacio de psicoterapia con su libreta psicoterapéutica y manifestando con fluidez sus emociones y sensaciones fisiológicas vivenciadas a lo largo de la semana.

Se trabajó inicialmente en el reconocimiento de las señales físicas de la ansiedad mediante mapas corporales y dibujos, donde Pedro pudo identificar palpitaciones, tensión abdominal y sensación de "nudo" en la garganta. A través de recursos lúdicos, se introdujo el concepto de "falsa alarma", utilizando la metáfora de una sirena que se activa sin peligro real, lo que permitió resignificar sus reacciones corporales sin vivenciarlas como amenazantes.

A lo largo de esta etapa Pedro tuvo que vivenciar que su psicóloga tratante le manifieste "malestares corporales" en algunas sesiones, el objetivo de dicha intervención fue resignificar el padecimiento del otro sin adjudicarlos a pensamientos catastróficos vinculados con la pérdida.

Durante estas sesiones se enseñaron técnicas de regulación emocional como la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva y la visualización guiada. Pedro mostró una buena respuesta a estas intervenciones, especialmente a aquellas que incluían elementos concretos, juegos corporales, como también las dinámicas que implicaban manualidades con el objetivo de crear objetos.

Progresivamente, articulando con su libreta psicoterapéutica, Pedro comenzó a utilizar estas estrategias de manera espontánea durante las sesiones y a relatar su aplicación en situaciones de ansiedad fuera del consultorio.

Se abordó también, la identificación de pensamientos ansiógenos, denominados por el niño como "pensamientos malos", que fueron externalizados a través de dibujos y relatos creados en el espacio. Se trabajó en la construcción de "pensamientos aliados", reforzando una mirada más realista y contenedora frente a sus miedos. Estas intervenciones favorecieron una mayor conciencia de la relación entre pensamientos, emociones y respuestas corporales.

Entre las sesiones once y catorce se inició el trabajo de exposición imaginaria. En este tramo, Pedro se mostró más seguro dentro del encuadre terapéutico, con una mayor tolerancia al malestar y capacidad para expresar cuándo necesitaba pausar o retomar una actividad.

Se construyó conjuntamente una jerarquía de situaciones temidas a través de imágenes que fueron predeterminadas por la terapeuta en función de la recogida de información establecida con Pedro, también se establecieron preguntas abiertas para indagar si faltaba contar con algún aspecto significativo en la jerarquía; esto permitió ordenar sus miedos de manera gradual. A partir de esta jerarquía, se realizaron exposiciones en imaginación, guiadas por la terapeuta, en las que Pedro evocaba escenas asociadas a niveles bajos y moderados de ansiedad, utilizando simultáneamente las estrategias de regulación aprendidas.

Se emplearon relatos terapéuticos, muñecos y juegos de roles para representar situaciones relacionadas con la enfermedad, el desmayo, el sufrimiento propio y ajeno. Estas intervenciones posibilitaron una desensibilización progresiva, observándose una disminución del malestar subjetivo y un aumento de la sensación de control frente a los estímulos temidos.

Entre las sesiones quince y diecinueve se avanzó hacia la exposición imaginaria gradual, respetando los límites de tolerancia del niño. Los estímulos a los que se expuso fueron pensar "¿y si alguien se enferma?", también debía imaginar situaciones temidas, debía notar la respiración agitada sin intervenir inmediatamente sosteniendo la incomodidad corporal para evitar el reaseguro. Se generaron también momentos de exposición en vivo, exponiendo a Pedro a situaciones donde la terapeuta verbalizaba malestar físico. Ante las sensaciones fisiológicas asociadas a la ansiedad, especialmente la respiración agitada; la terapeuta no generaba intervención inmediatamente, mediante conductas de reaseguro. Ante la aparición de malestar, Pedro podía verbalizar sus pensamientos, emociones y sensaciones, que eran registrados y abordados conjuntamente con la terapeuta, favoreciendo la permanencia gradual frente a la experiencia ansiosa.

El mismo verbalizaba de manera clara cuando ya no se estaba sintiendo cómodo con sus sensaciones fisiológicas y pensamientos, ante esto se registraba los pensamientos, emociones y sensaciones y en compañía de la terapeuta se sostenía el malestar de manera gradual. Pedro logró enfrentar progresivamente situaciones reales vinculadas a sus miedos, evaluando su nivel de ansiedad y utilizando activamente su "kit de herramientas para sobrevivir a las crisis", no como una herramienta de evitación sino más bien para afrontar el malestar.

Paralelamente, se profundizó el trabajo en torno a la autonomía. Pedro participó en actividades orientadas a la exploración de intereses propios, la toma de decisiones autónomas y la construcción de una identidad diferenciada de su hermano mayor. Estas intervenciones se

otorgaron de manera parcial debido a que Pedro problematizó su vínculo con su hermano. Estas intervenciones fueron acompañadas por orientaciones breves a la familia, con el objetivo de sostener los avances sin generar separaciones abruptas ni aumentar la ansiedad.

5.4 Evolución clínica del proceso

A partir de la sesión siete, el niño se presentó con mayor disposición al trabajo terapéutico, manifestando interés por comprender lo que le ocurría y comenzando a verbalizar sus sensaciones corporales, asistiendo al espacio de psicoterapia con su libreta psicoterapéutica y manifestando con fluidez sus emociones y sensaciones fisiológicas vivenciadas a lo largo de la semana.

Entre las sesiones once y catorce se inició el trabajo de exposición imaginaria. En este tramo, Pedro se mostró más seguro dentro del encuadre terapéutico, con una mayor tolerancia al malestar y capacidad para expresar cuándo necesitaba pausar o retomar una actividad.

Se emplearon relatos terapéuticos, muñecos y juegos de roles para representar situaciones relacionadas con la enfermedad, el desmayo, el sufrimiento propio y ajeno. Estas intervenciones posibilitaron una desensibilización progresiva, observándose una disminución del malestar subjetivo y un aumento de la sensación de control frente a los estímulos temidos.

Entre las sesiones quince y diecinueve se avanzó hacia la exposición imaginaria gradual, respetando los límites de tolerancia del niño. Los estímulos a los que se expuso fueron pensar "¿y si alguien se enferma?", también debía imaginar situaciones temidas, debía notar la respiración agitada sin intervenir inmediatamente sosteniendo la incomodidad corporal para evitar el reaseguro. Se generaron también momentos de exposición en vivo, exponiendo a Pedro a situaciones donde la terapeuta verbaliza malestar físico. Ante las sensaciones fisiológicas asociadas a la ansiedad, especialmente la respiración agitada; la terapeuta no generaba intervención inmediatamente, mediante conductas de reaseguro. Ante la aparición de malestar, Pedro podía verbalizar sus pensamientos, emociones y sensaciones, que eran registrados y abordados conjuntamente con la terapeuta, favoreciendo la permanencia gradual frente a la experiencia ansiosa.

El mismo verbaliza de manera clara cuando ya no se estaba sintiendo cómodo con sus sensaciones fisiológicas y pensamientos, ante esto se registraba los pensamientos, emociones y sensaciones y en compañía de la terapeuta se sostenía el malestar de manera gradual. Pedro

logró enfrentar progresivamente situaciones reales vinculadas a sus miedos, evaluando su nivel de ansiedad y utilizando activamente su "kit de herramientas para sobrevivir a las crisis", no como una herramienta de evitación sino más bien para afrontar el malestar.

6. Resultados

6.1 Resultados de la Evaluación inicial

Tabla 1

CBCL – Child Behavior Checklist (Lista de chequeo de conducta infantil). Aplicada a docentes Reynolds y Richmond (1985).

Escala	Puntaje Bruto	Puntaje T	Interpretación
Ansiedad/ Depresión	15	70	clínico
Retraimiento/Depresión	14	72	clínico
Quejas somáticas	10	68	límite alto
problemas sociales	5	54	normal
Problemas de Pensamiento	4	53	normal
problemas de atención	6	55	normal
conducta transgresora	3	50	normal
conducta agresiva	4	52	normal
Puntaje Total de los problemas internalizantes	39	72	clínico
Puntaje total de los problemas externalizantes	7	50	normal
Total problemas	50	64	límite

Tabla 2

Child Behavior Checklist. Aplicada a padres Reynolds y Richmond (1985).

Escala	Puntaje Bruto	Interpretación
Retraimiento/Depresión	8	Alto, probable rasgo clínico
Quejas Somáticas	6	Elevado, probable rasgo clínico
Ansiedad/Depresión	15	Muy alto, rasgo clínico
Problemas sociales	8	Elevado, Rasgo límite
Problemas de pensamiento	7	Elevado, Rasgo límite
Problemas de Atención	10	Elevado, probable rasgo límite-clínico
Conductas de incumplimiento de normas	9	Elevado, rasgo límite
Conducta Agresiva	10	Elevado, probable rasgo límite-clínico

Tabla 3

Agrupaciones de Banda Ancha

Internalizantes = 8 + 6 + 15 = **29** → Muy alto, rango clínico.

Externalizantes = 9 + 10 = **19** → Elevado, rango límite-clínico.

Total problemas = Elevado, indica malestar global importante.

6.2 Análisis de datos

La aplicación del Child Behavior Checklist (CBCL) a los padres de Pedro arroja un perfil en el que se destacan elevaciones significativas en las escalas asociadas a los síndromes internalizantes, siendo la problemática central.

En el análisis por escalas específicas, se observa un puntaje elevado en Retraimiento/Depresión, lo cual da cuenta de una tendencia a la inhibición conductual, el aislamiento social y una disminución del interés por actividades lúdicas o interacciones con sus pares. A este patrón se suman quejas somáticas en rango clínico, que podrían expresarse en dolores físicos recurrentes sin causa orgánica aparente, comúnmente vinculados a un malestar emocional.

El puntaje muy alto en la escala de Ansiedad/Depresión constituye un descubrimiento relevante, mostrando preocupaciones, tensión constante y una emocionalidad caracterizada por tristeza, irritabilidad y posible desesperanza. Este resultado refleja un estado de ansiedad y depresión clínicamente significativo que compromete el bienestar general en Pedro.

En el área de las dificultades conductuales y sociales, se registran problemas sociales y de atención en rango elevado, lo que sugiere dificultades para establecer vínculos estables con los pares y mantener la concentración en el ámbito escolar. Asimismo, las escalas de incumplimiento de normas y conducta agresiva se encuentran en niveles límite-clínicos, lo cual indica que si bien no constituyen el núcleo principal de la problemática, sí se expresan como manifestaciones secundarias de desregulación conductual, posiblemente asociadas al malestar emocional predominante.

Al considerar las agrupaciones de banda ancha, los síndromes internalizantes alcanzan un puntaje de 29, correspondiente a un rango clínico muy alto, consolidando la hipótesis de que el principal eje de dificultad se centra en los procesos emocionales. En contraste, los síndromes externalizantes presentan un puntaje de 19, ubicado en rango límite-clínico, lo que confirma que, aunque presentes, las conductas disruptivas no constituyen el aspecto predominante del cuadro. El Total de Problemas aparece también en rango elevado, lo cual

indica un nivel de sufrimiento general significativo y un impacto transversal en diversas áreas de funcionamiento.

En términos cualitativos, el perfil obtenido revela un patrón de predominio internalizante con presencia concomitante de dificultades conductuales. La sintomatología internalizante (ansiedad, depresión y somatización) se presenta en niveles clínicamente significativos y configura el aspecto más disruptivo del funcionamiento de Pedro, mientras que las manifestaciones conductuales y sociales, si bien presentes, se interpretan como secundarias y posiblemente reactivas al malestar emocional persistente.

Este conjunto de hallazgos sugiere un alto riesgo de deterioro funcional en los contextos escolar, familiar y social, lo que resalta la necesidad de implementar una intervención clínica temprana y focalizada, orientada a la regulación emocional, la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, y el fortalecimiento de los recursos vinculares y sociales.

Analizando el CBCL aplicado a los padres, se muestra un perfil con predominio claro de síntomas internalizantes en rango clínico muy alto (29 puntos), reflejado principalmente en las escalas de Ansiedad/Depresión, Retraimiento/Depresión y Quejas Somáticas. A ello se suman dificultades conductuales y sociales en nivel límite-clínico, con problemas de atención, incumplimiento de normas y conductas agresivas, lo que sugiere que en el ámbito familiar el malestar emocional se acompaña de respuestas conductuales secundarias, posiblemente reactivas a la vivencia de ansiedad y tristeza.

Por otro lado, el informe de la docente (TRF) confirma la presencia de síntomas internalizantes en rango clínico, especialmente en las áreas de Ansiedad/Depresión (T=70) y Retraimiento/Depresión (T=72). Asimismo, se registra un puntaje límite en Quejas Somáticas (T=68). Sin embargo, a diferencia de lo informado por los padres, el perfil reportado por la docente no muestra alteraciones significativas en las escalas de conducta ni en los problemas externalizantes, que permanecen en rango normal (T=50). El puntaje total de problemas (T=64) se ubica en rango límite, lo que refleja la existencia de malestar emocional, aunque sin un impacto disruptivo en la dinámica escolar.

La convergencia entre ambas fuentes radica en la identificación de un perfil emocional internalizante como el núcleo central de la problemática. Tanto padres como docente coinciden en señalar la presencia de síntomas de retraimiento, ansiedad y somatización, lo que sugiere

que el niño atraviesa un malestar persistente y significativo que se expresa en distintos contextos.

Las diferencias emergen principalmente en el área de la conducta: mientras los padres reportan dificultades adicionales en la regulación comportamental (incumplimiento de normas, conductas agresivas y problemas de atención), en el ámbito escolar estos indicadores no se evidencian, permaneciendo en rango normal. Esta discrepancia puede interpretarse como una manifestación diferencial del malestar emocional según el contexto: en el entorno familiar, más íntimo y seguro, el niño expresaría con mayor libertad respuestas oposicionistas o impulsivas; en cambio, en el ámbito escolar predomina un patrón inhibido, sin conductas disruptivas, pero con retraimiento y ansiedad que limitan su participación plena en la vida grupal.

El análisis integrado permite afirmar que el niño presenta un perfil clínico predominantemente internalizante, caracterizado por síntomas de ansiedad, tristeza, retraimiento social y quejas somáticas. Este patrón genera un impacto funcional relevante, que se manifiesta en dificultades en la vida familiar y en limitaciones en la participación y bienestar escolar, aun sin comportar conductas disruptivas en el aula.

Luego de la observación y la anamnesis, se observó que Pedro generó de manera breve vínculo terapéutico y se apropió del espacio. Asimismo se observaron conductas ansiosas ante diversas dinámicas y tiempos de espera. Se observó excesiva preocupación sobre cómo se encontraban todos corporalmente y en cuanto a su malestar. Se observaron conductas vinculadas a la sobreadaptación en cuanto al malestar personal y su dinámica familiar. Se observó sobreadaptación a dinámicas vinculares- escolares conflictivas.

Se logró observar que su madre toma un estilo de crianza permisivo, mientras que su padre un estilo de crianza más rígido, lo cual favorece el trastorno de ansiedad y es un factor de mantenimiento.

6.3 Comparación de Resultados

Tabla 4

CBCL – Comparación pre y post tratamiento (área internalizante)

Con el fin de evaluar los cambios producidos luego de la intervención, se comparan los puntajes obtenidos en la evaluación inicial y en la evaluación final correspondientes al TRF (Teacher Report Form), versión del CBCL completada por la docente del niño. Se

seleccionó este informante para mantener la consistencia entre ambas mediciones y posibilitar la comparación de los puntajes T obtenidos antes y después del tratamiento.

Escala	Puntaje inicial T	Puntaje final T	interpretación clínica
Ansiedad/ Depresión	68	57	Descenso de rango clínico a no clínico
Retraimiento/ Depresión	65	56	Disminución clínicamente relevante
Quejas somáticas	63	54	Reducción de sintomatología
Problemas externalizantes (total)	70	58	Mejora global

En la evaluación inicial, los puntajes del CBCL evidenciaban la presencia de problemáticas internalizantes en rango clínico, particularmente en el área de ansiedad/depresión. Posterior al tratamiento, los puntajes obtenidos en la re-aplicación del instrumento muestra una disminución significativa, ubicándose dentro de rangos no clínicos, lo que implica una mejora en el estado emocional general- global del niño.

Tabla 5

RCMAS – Comparación pre y post tratamiento

Dimensión	Puntaje inicial	Puntaje final	Evolución
Ansiedad fisiológica	T: 68 (Elevada)	T: 48 (Baja)	descenso clínicamente relevante
Preocupación/ Hipersensibilidad	T: 72 (Elevada)	T: 55 (Moderada)	Reducción clínica

Ansiedad social	T 70 (Moderada)	T: 45 (Baja)	Mejora
Ansiedad total	T: 50 (Elevada)	T: 50 (Dentro de los valores esperables)	Disminución clínicamente relevante
Escala de Mentira	T: 52 (Adecuada)	T: 51 (Adecuada)	Instrumento válido

Al comienzo del tratamiento, cuando se le aplicó el RCMAS, el mismo indicaba niveles elevados de ansiedad manifiesta, con predominio de síntomas fisiológicos y preocupación excesiva. En la re-aplicación del instrumento, se puede observar una disminución significativa en todas las subescalas, con una ansiedad total que se ubica dentro de parámetros esperables para la edad, siendo significativo que se mantiene adecuada la escala de validez del instrumento.

7. Conclusión

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la ansiedad infantil a partir de un estudio de caso único, abordando la conceptualización clínica, la planificación e implementación de un tratamiento cognitivo-conductual y la evaluación de sus resultados. A lo largo del proceso, se logró integrar de manera articulada los aportes teóricos con la práctica clínica, permitiendo una comprensión profunda del padecimiento de Pedro y de los factores implicados en el origen, mantenimiento y disminución de su sintomatología ansiosa.

La conceptualización del caso desde un modelo integrativo cognitivo-conductual permitió comprender la ansiedad de Pedro como el resultado de la interacción entre una experiencia médica traumática, pensamientos disfuncionales de tipo catastrófico, conductas de evitación y búsqueda de seguridad en su figura materna la cual funcionaba reforzando dicha conducta. Esta mirada integral posibilitó diseñar un abordaje terapéutico ajustado a las necesidades del niño, considerando tanto sus características individuales como el contexto en el cual se encuentra inmerso.

El proceso terapéutico, estructurado en etapas progresivas, favoreció la construcción de una sólida alianza terapéutica, el desarrollo de habilidades de reconocimiento y regulación emocional y la implementación gradual de técnicas de exposición, tanto imaginaria como en vivo. La adaptación de las intervenciones a la edad de Pedro, mediante recursos lúdicos, metáforas y material concreto, facilitó la comprensión de sus reacciones ansiosas y promovió una participación activa en el tratamiento.

Los resultados obtenidos a partir de los instrumentos estandarizados administrados evidenciaron una disminución clínicamente relevante de la sintomatología ansiosa y de los problemas internalizantes, con un pasaje desde rangos clínicos a no clínicos en las escalas evaluadas. La inclusión del contexto familiar y la articulación con el ámbito escolar resultaron fundamentales para potenciar los efectos del tratamiento y favorecer la generalización de los logros alcanzados. El acompañamiento a los cuidadores permitió modificar, de manera gradual, respuestas que reforzaban el síntoma, promoviendo un entorno más facilitador del desarrollo emocional del niño.

Si bien se trata de un estudio de caso único, lo que limita la generalización de los resultados, el trabajo aporta un significativo y valioso recorrido clínico que permite visualizar los procesos de cambio, los mecanismos terapéuticos implicados y la aplicación contextualizada del modelo cognitivo-conductual en la infancia. De este modo, la investigación

contribuye tanto al campo clínico como a la formación profesional, resaltando la relevancia de intervenciones tempranas, integrales y basadas en evidencia para el abordaje de la ansiedad infantil.

8. Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación de tipo estudio de caso muestran una disminución clínicamente relevante de la sintomatología ansiosa de Pedro tras la implementación de un tratamiento basado en un modelo cognitivo-conductual. Dicha mejoría se observó tanto a nivel clínico como en los instrumentos estandarizados administrados (CBCL y RCMAS), lo que permite inferir un impacto positivo de la intervención en los síntomas internalizantes que motivaron la consulta inicial.

Estos hallazgos resultan consistentes con la amplia evidencia empírica que respalda la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños. Diversos meta-análisis y revisiones sistemáticas han señalado que la TCC produce reducciones significativas de los síntomas ansiosos y mayores tasas de remisión en comparación con listas de espera o ausencia de tratamiento (James et al., 2020; Reynolds et al., 2012). Ante esto se puede observar la disminución de los puntajes obtenidos por Pedro en las escalas de ansiedad y problemas internalizantes se alinea con los resultados reportados en investigaciones previas.

El perfil predominantemente internalizante identificado en la evaluación inicial mediante el CBCL coincide con lo que señalan los autores Achenbach y Rescorla (2001), debido a que especifican que los niños con ansiedad suelen presentar manifestaciones de malestar emocional, preocupación excesiva e hipervigilancia, sin conductas externalizantes significativas. La reducción de estos indicadores en la evaluación post-tratamiento sugiere una mejora en la regulación emocional y en la capacidad de afrontamiento del niño, aspectos centrales del abordaje cognitivo-conductual.

Los cambios observados en la escala RCMAS permiten mostrar una disminución de la ansiedad manifiesta, particularmente en los componentes fisiológicos y cognitivos del miedo. Estudios previos han demostrado que las intervenciones que combinan psicoeducación, identificación de pensamientos disfuncionales y técnicas de exposición generan mejoras significativas en este tipo de medidas (Silverman et al., 2008; Kendall et al., 2016). En el caso de Pedro, la incorporación progresiva de técnicas de regulación emocional y la exposición graduada, tanto simbólica como en vivo, parecen haber contribuido a la reducción del miedo anticipatorio y de las respuestas fisiológicas asociadas.

Buscando una perspectiva de mecanismos de cambio, diversa bibliografía destaca que la exposición ya sea en vivo o imaginaria, es uno de los componentes más eficaces de la TCC

para la ansiedad infantil, siendo así el tratamiento en primera línea para dicha sintomatología, en tanto permite la habituación al estímulo temido y la corrección de creencias catastróficas (Kendall y Hedtke, 2006). En este caso, el trabajo gradual sobre situaciones relacionadas con la enfermedad, el sufrimiento tanto propio como ajeno, disminuyendo la evitación y la búsqueda excesiva de seguridad, previamente identificadas como factores de mantenimiento del síntoma.

La inclusión del contexto familiar en el proceso terapéutico resulta concordante con investigaciones que subrayan el rol de las dinámicas parentales en el mantenimiento y la reducción de la ansiedad infantil. Estudios han señalado que la sobreprotección y el aseguramiento constante, si bien reducen la ansiedad a corto plazo generando alivio del malestar, pueden reforzar las conductas evitativas y la percepción de vulnerabilidad del niño (Hudson y Rapee, 2001; McLeod et al., 2007). En el presente caso, las orientaciones brindadas a la familia y el trabajo sobre la diferenciación progresiva permitieron acompañar el proceso terapéutico sin reforzar inadvertidamente el síntoma ansiógeno.

La articulación con el ámbito escolar se presenta como un aspecto relevante del abordaje integral. Investigaciones en contextos educativos han demostrado que la coordinación entre escuela y tratamiento psicológico favorece la generalización de los logros terapéuticos y la detección temprana de situaciones de desregulación emocional (Mychailyszyn et al., 2011). En el caso de Pedro, la escuela constituyó un espacio privilegiado para observar la expresión del malestar y acompañar los avances logrados en el consultorio.

Es importante destacar que los resultados deben interpretarse considerando las limitaciones propias de un estudio de caso único. La ausencia de un grupo control y el carácter idiosincrásico del proceso terapéutico impiden generalizar los hallazgos a otras poblaciones. Sin embargo, tal como señalan, Kazdin (2011) y Yin (2018), los estudios de caso aportan un valor significativo al permitir un análisis profundo de los procesos clínicos, los mecanismos de cambio y la aplicación contextualizada de los modelos teóricos.

9. Aportes y Contribuciones De La Investigación

La investigación proporciona una mirada integrativa a través de un caso clínico sobre ansiedad **infantil a** fin de identificar en una conceptualización de caso, la implementación de tratamiento y evaluación de resultados.

10. Limitaciones De La Investigación.

Una de las limitaciones que se generaron a lo largo de esta investigación fue el tamaño muestral, dado que el estudio se centra en un solo consultante. Esto impide realizar comparaciones estadísticas o establecer relaciones entre las intervenciones.

Otra limitación a tener en cuenta por el lector es la ausencia de un seguimiento del consultante a mediano o largo plazo que permita evaluar la estabilidad de los logros terapéuticos y la posible reaparición de síntomas ansiosos frente a nuevas situaciones estresantes posteriores. Si bien se implementaron estrategias de prevención de recaídas, no fue posible analizar empíricamente su eficacia sostenida en el tiempo, por falta de tiempo.

11. Propuestas de Intervención.

Luego del desarrollo de esta investigación, se proponen una serie de líneas de intervención orientadas a la prevención de recaídas, la consolidación de los logros alcanzados y la promoción de un desarrollo emocional más autónomo y adaptativo. Se propone también, sostener un seguimiento psicoterapéutico flexible, con modalidad de consultas de control espaciadas funcionando como prevención de recaídas, que permita acompañar al individuo.

Resulta relevante profundizar en investigaciones que analicen específicamente el impacto de experiencias médicas tempranas como factores desencadenantes de trastornos de ansiedad infantil, considerando variables moderadoras como la edad, el estilo de afrontamiento previo, las respuestas parentales y la calidad del sostén emocional posterior al evento. Estos estudios podrían contribuir a una detección temprana y a la implementación de intervenciones preventivas en contextos de salud.

Referencias Bibliográficas

Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms y profiles.* University of Vermont, Research Center for Children, Youth, y Families.

Almonte V. C. y Montt Steffens E. , (2019). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. ED. Mediterraneo.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Ardila, A., y Rosselli, M. (2014). *Neuropsicología infantil.* Manual Moderno.

Bados, A. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia.* Pirámide.

Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.). Guilford Press.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., y Cassiello-Robbins, C. (2019). *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta (*J. J. Osma López & E. Crespo Delgado, Trads.). Madrid: Alianza Editorial. (Obra original publicada en inglés 2018)

Beck, J. S., Emery, G., y Greenberg, R. L. (2005). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Basic Books.

Casullo, M. M., y Fernández Liporace, M. (2001). *Evaluación psicológica en niños y adolescentes.* Paidós.

De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., y Melipillán, R. (2013). Epidemiología de los trastornos mentales en niños y adolescentes en Chile. Revista Médica de Chile, 141(4), 493–501.

Fernández Liporace, M., Richaud de Minzi, M. C., y Casullo, M. M. (2019). *Evaluación psicológica en la infancia y adolescencia.* Paidós.

Festorazzi A., Rodríguez A. L., y Lotero J. A. (2008). Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina, (184), 4-9. Recuperado de http://med.unne.edu.ar:8080/revistas/revista184/2_184.pdf

Genise G., Genise N., Crocamo L., (2019). *Manual de psicoterapia y psicopatología de niños y adolescentes.* Ed. Akadia.

Gil-Iñiguez, A. (2014). Intervención en un caso de un adolescente con problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, vol. 1*.https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147183007.pdf

Grill, S. S., Castañeiras, C., y Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22(3), 171-181. https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122

Hudson, J. L., y Rapee, R. M. (2001). Parent–child interactions and anxiety disorders: An observational study. Behaviour Research and Therapy, 39(12), 1411–1427. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00107-8

James, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Psychiatry, 15(1), 1–8. https://doi.org/10.1002/pmh.1320

James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., y Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews, (11), CD013162. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013162

Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). Oxford University Press.

Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherrill, J., Piacentini, J. (2016). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. Journal of Anxiety Disorders, 38, 1–12. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.11.002

Kendall, P. C., y Hedtke, K. A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual* (3rd ed.). Workbook Publishing.

McLeod, B. D., Wood, J. J., y Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 27(2), 155–172. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002

Mikulic, I. M., Crespi, M., y Radusky, P. (2015). Salud mental infantil y contextos de intervención en Argentina. Anuario de Investigaciones, 22, 221–230.

Muñoz, M. O. (2024). Ensayo sobre trastorno de la ansiedad. Dialnet. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10159044

Mychailyszyn, M. P., Mendez, J. L., y Kendall, P. C. (2011). School functioning in youth with and without anxiety disorders: Comparisons by diagnosis and comorbidity. School Psychology Review, 40(1), 23–42.

Noel, M. (2016). Pediatric pain and anxiety: A developmental perspective. Journal of Pediatric Psychology, 41(5), 540–552.

Ochando Perales G., Peris Cancio S. P. , (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. Vol. XXI. Pág. 39–46.

Organización Mundial de la Salud. (8 de septiembre de 2025). Trastornos de ansiedad. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., y Rohde, L. A. (2015). *Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56(3), 345–365.

Price, J. (2016). *Medical trauma and anxiety in children. Clinical Child Psychology and Psychiatry,* 21(4), 537–553.

Real Academia Española (2023). Diccionario de la lengua española. https://dle.rae.es

Reynolds, C. R., y Richmond, B. O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)*. Western Psychological Services.

Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., y Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 32(4), 251–262. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.005

Richaud de Minzi, M. C. (2010). Apego y psicopatología infantil. Paidós.

Rivarola, M. F., y Vázquez, F. L. (2016). Intervenciones cognitivo-conductuales en ansiedad infantil en contextos latinoamericanos. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 25(2), 153–162.

Seligman, L. D. (2011). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. Psychiatric Clinics of North America, 34(3), 541–553. https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.05.003

Silverman, W. K., Pina, A. A., y Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology, 37(1), 105–130. https://doi.org/10.1080/15374410701817907

Solok L y Fox M.G. (2019). *Terapia cognitivo conductual.* Ed. Irio.

Tayeh P. , Agámez González P. M. , Chaskel R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. Vol. 15 Núm. 1. https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf

Veloz Pico, A. C., Chávez-Guerrero, M., Quilligana Malusin, B. A., y Viteri Rodríguez, J. A. (2022). Genética de la ansiedad y depresión. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud, 6(3). https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8966180.pdf

Virgen Montelongo, R., Lara Zaragoza, A. C., Morales Bonilla, G., y Villaseñor Bayardo, S. J. (2005). Los trastornos de ansiedad. Revista Digital Universitaria, 6(11). https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods (6th ed.)*. SAGE Publications.

ANEXO I

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOTERAPIA INFANTO JUVENIL

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PRÁCTICA CLÍNICA SUPERVISADA

Como parte de la formación de la Especialización en Psicoterapia Infanto Juvenil de UFLO (Universidad de Flores - Facultad de Psicología y Ciencias Sociales - Departamento de Posgrado y Formación Profesional Continua), los profesionales alumnos cumplen horas prácticas de observación e intervención de situaciones clínicas para profundizar en su aprendizaje como terapeutas. Dichas horas están reglamentadas por las Resoluciones Ministeriales contenidas en la formación de posgrado de UFLO.

Las horas prácticas consisten en la observación e intervención sistematizada de situaciones clínicas ¨en vivo¨, que servirán sólo a fines académicos o de investigación, de carácter muy específico, que puedan ser objetivables en algún grado, y de los que se puedan hacer mediciones claras, y a partir de ellas, sacar conclusiones que se puedan generalizar y aplicar a contextos más cotidianos a los fines propuestos de profundizar en el aprendizaje de los alumnos profesionales en el ámbito de la Psicología Clínica

Todas las actividades prácticas de observación e intervención sistematizada de situaciones clínicas ¨en vivo¨, ya sea en el dispositivo Sala Gesell, circuito cerrado de TV, o plataforma zoom, deben contar con el aval de las personas que son observadas a través de la firma del presente Consentimiento Informado, que sirve de garantía sobre el uso estrictamente con fines académicos de lo observado y de la confidencialidad absoluta y protección integral de los datos que surjan a partir de la observación e intervención.

Los Consentimientos Informados forman parte del Reglamento de la Asociación de Psicólogos de Argentina. Estas actividades terapéuticas cortas, son específicas y estructuradas. Pueden ser sesiones aisladas de psicoterapia individual, grupal, de pareja o familiar, que pueden ser conducidas con facilidad en la cámara, o por plataforma zoom, desde cualquier perspectiva teórica, siempre y cuando se trate de una única sesión (o muy pocas) con un fin específico y una estructura de intervención muy clara. Por ejemplo, un entrenamiento para padres que logren establecer límites adecuados a sus hijos, organizar sesiones familiares para desarrollar

habilidades en la resolución de conflictos, aplicar técnicas de juego para el tratamiento o prevención de situaciones de riesgo, o procedimientos de aproximaciones sucesivas.

Los datos que surjan de las observaciones e intervenciones, son estrictamente confidenciales y solo serán usados a los fines del aprendizaje. No se involucra ningún tipo de examen físico, ni la administración de medicamentos y no implica riesgos comprobados para su salud. Tampoco supondrá ningún gasto económico ni recibirá ninguna compensación por participar.

La participación es voluntaria, sólo Ud. decidirá si acepta que los profesionales alumnos de la Especialización en Psicoterapia Infanto Juvenil de UFLO, y su docente, puedan observar situaciones clínicas puntuales a los efectos únicos de contribuir a la profundización de los conocimientos sobre cómo funciona la Psicoterapia. Por parte de los alumnos y docentes, garantizamos la confidencialidad y protección absoluta de lo observado.

Podrá dejar de participar en cualquier momento. Puede interrumpir o abandonar su participación cuando así lo desee, sin perjuicio alguno para ninguna de las partes.

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOTERAPIA INFANTO JUVENIL UFLO - RESPONSABLES

- Gabriel Genise (gabriel.genise@tcmcognitiva.com)

Puede ponerse en contacto con los responsables ante consultas sobre el consentimiento informado o ante la posibilidad de experimentar malestares psicológicos. Las mismas responderán a sus dudas y/o consultas y brindarán el asesoramiento y orientación requerida (los mails serán respondidos en el horario de 09 a 18 hs).

A continuación, le solicitamos lea el Consentimiento Informado y, en caso de aceptar, lo firme al final.

Consentimiento Informado

Por el presente, declaro que he leído cuidadosamente y en detalle las características de esta actividad práctica de posgrado de la Especialización en Psicoterapia Infanto Juvenil, y se me ha brindado la oportunidad de formular libremente todas las preguntas o inquietudes con respecto a la naturaleza, riesgos y beneficios de mi participación (utilice los contactos disponibles en la parte inferior del apartado anterior). Dichas consultas fueron respondidas satisfactoriamente y se me ha informado que, en caso de no aceptar participar o abandonar el estudio antes de su finalización no sufriré ningún perjuicio por ello.

Entiendo que:

- La participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento que lo desee, sin recibir ningún tipo de represalias o reprimendas, no afectando mi negativa a participar o la interrupción de mi participación mi integridad personal.
- Los resultados de la observación e intervención sólo serán utilizados con fines de aprendizaje.
- Los datos personales están protegidos, y serán tratados con total confidencialidad. Mi nombre no aparecerá en ningún registro ni será revelado.
- El estudio respetará los principios éticos para la investigación con seres humanos.
- No recibiré ningún tipo de remuneración o beneficio directo por participar en este estudio.
- Me han informado claramente los procedimientos utilizados para la investigación y el número de contactos a realizarse para tal fin.
- Tal como me fuera informado, mi participación no supondría riesgos comprobados para mi salud, malestar, perjuicio, dolor o daño. Si experimenta algún tipo de malestar, se me brindarán los contactos y orientaciones para solicitar ayuda y asesoramiento.
- Puedo comunicarme con el responsable del estudio en cualquier momento si tengo cualquier duda o pregunta con respecto a la actividad.
- Para la implementación de estas actividades académicas se tomarán los procedimientos recomendados por los principios por la Declaración de Helsinki, la Resolución Ministerial N°1.480 y la ley N°11.044 que regulan la investigación nacional y provincial respectivamente y los lineamientos dados por el CONICET para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades (2857/06).
- La actividad académica será realizada por personas con la formación y calificación científicas/profesionales apropiadas, de acuerdo con lo establecido en el art.58 inciso b) del Código Civil y Comercial de la República Argentina.

Paciente- Firma- Fecha- Aclaración

_____

Responsable a cargo- Firma- Fecha- Aclaración

_____

Responsable UFLO- Firma- Fecha- Aclaración

ANEXO II

CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO INFANTIL PARA LA EDAD DE 4 A 16 AÑOS

VERSIÓN PARA PADRES (CBCL)

Derechos de autor: T. M. Achenbach
Traducción y adaptación al español (autorizada por el autor):
J. L. Pedreira, E. Sardinero, J. Muñiz

Nombre y apellidos del niño/a: PEDRO		
Sexo: Niño Niña	**Edad:**	**Fecha de nacimiento:**
Escolaridad: Curso:	**Centro escolar:**	
Persona que cumplimenta el cuestionario: Padre: **Madre: Otros: .....**		
Trabajo del padre: Trabajo de la madre: . Fecha de nacimiento: ..... / ..... /		

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS

I. Haga una lista con los tres deportes que más practica su hijo/a

Ninguno

a) FUTBOL

b) .....

c) .....

Comparado con otros/as niños/as de su edad, ¿cuánto tiempo emplea?

No sé	Menos	Igual	Más
....	.....	.....IGUAL.....	
....	....	....	....

Comparado con otros niños/as de su edad, ¿qué tal practica esos deportes?

No sé	Peor	Igual	Mejor
....	.....	.....IGUAL.....	
....	.....	.....	
....	.....	.....	

II. Haga una lista de las aficiones favoritas de su niño/a (juegos, música, pintura, libros, colecciones, etc., sin incluir la TV)

Ninguno

a) **MIRAR VIDEOS DE YOUTUBE**

b) **MUSICA TRAP**

c) **TRABAJOS PARA CREAR- MANUALIDADES.**

Comparado con otros/as niños/as de su edad, ¿cuánto tiempo dedica?

No sé	**Menos**	**Igual**	**Más**
.....	.....	.....IGUAL.....	
.....	.....	.....	
.....	.....	.....	

Comparado con otros niños/as de su edad, ¿cómo cree que desarrolla las actividades?

No sé	**Peor**	**Igual**	**Mejor**
.....	.....	.....IGUAL.....	
.....	.....	.....	
.....	.....	.....	

III. Cite alguna organización, club, equipo o grupo al que pertenezca su hijo/a

Ninguno

a) **CLUB DE LA LOCALIDAD**

b) .....

c) .....

Comparado con otros/as niños/as de su edad, diga el grado de actividad que desarrolla

No sé	**Peor**	**Igual**	**Mejor**
.....	.....	.....IGUAL.....	
.....	.....	.....	
.....	.....	.....	

....
.....

4
2
4

IV. Nombre algún tipo de tareas o quehaceres que su hijo/a realiza en casa (hacer su habitación, poner la mesa, recoger sus cosas, algún trabajillo extra fuera de casa, etc.)

Ninguno

a) **NO REALIZA QUEHACERES DIARIOS**

b) .....

c) .....

Comparado con niños/as de su edad, ¿cómo cree que lo hace?

No sé	**Menos**	**Igual**	**Más**
....	.....**MENOS**.....	.....	
....	.....	.....	
....	.....	.....	

V. 1. ¿Cuántos amigos íntimos tiene su hijo/a?

Ninguno **Uno** **Dos o tres** **Cuatro o más**

2. ¿Cuántas veces juega con ellos a la semana?

Menos de una **1-2 veces** **3 o más veces**

VI. Si lo compara con otros niños/as de su edad ¿cómo diría que se comporta su hijo/a?

	Peor	Igual	Mejor
a) **Con sus hermanos/as:**	.....PEOR.....	.....	
b) **Con otros niños/as:**	.....IGUAL.....	.....	
c) **Con sus padres:**	.....	.....IGUAL.....	.....
d) **Cuando juega solo:**	.....	.....IGUAL.....	.....

VII. 1. Nivel de rendimiento escolar:

No acude al colegio

	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto
a) **Lectura:**		.....MEDIO.....	.....	
b) **Escritura:**	.....	.....MEDIO.....	.....	.....
c) **Matemáticas:**		.....MEDIO.....	.....	.....
d) **Lenguaje:**	.....	.....MEDIO.....	.....	
e) **Sociales:**	.....	.....MEDIO.....	.....	
f) **Naturales:**	.....	.....	....MEDIO.....	.....
g) **Otras:**	.....			

2. ¿Acude su hijo/a a algún tipo de clase especial?

No Sí Tipo de clase: .....

3. ¿Ha repetido su hijo/a curso en alguna ocasión?

No Sí Curso y motivo: .....

4. ¿Su hijo/a ha tenido algún problema digno de ser mencionado en el Colegio?

No Sí Describa: Un compañero se descompensó y el comenzó a sentirse mal

¿Cuándo se iniciaron y cuánto tiempo duraron? .....NO RECUERO.

VIII. En las siguientes páginas encontrará diferentes calificativos sobre la conducta de su hijo/a.Cada una de esas afirmaciones intentan describir la conducta actual de su hijo/a en los últimos seis meses y en la actualidad.Para ello debe poner una × o un círculo en torno a cada una de las siguientes valoraciones:

0: Cuando la afirmación no la cree adecuada para su hijo/a o esa conducta no aparece nunca.

1: Cuando esa conducta es cierta, o bien cuando ocurre algunas veces.

2: Cuando esa conducta es muy cierta, o bien ocurre con mucha frecuencia o muchas veces.

4

2

5

POR FAVOR, LEA TODAS LAS REGUNTAS Y CONSTESTE A TODAS Y CADA UNA DE ELLAS

001. Se comporta de una manera más infantil de lo que se espera para la edad que tiene	**0 1 2**
002. Padece alergia. Especifique:	**0 1 2**
003. Discute mucho	**0 1 2**
004. Tiene asma	**0 1 2**
005. Siendo niño/a tiende a comportarse como los niños/as del sexo opuesto	**0 1 2**
006. Hace la caca fuera de la taza del retrete (en la ropa, en el suelo, etc.)	**0 1 2**
007. Fanfarronea	**0 1 2**
008. No se puede concentrar, no puede estar atento mucho rato	**0 1 2**
009. No se puede quitar ciertas ideas de la cabeza, manías, obsesiones. Especifique: Que se va a morir cuando se descompensa- que algún familiar se va a morir	**0 1 2**
010. No está quieto nunca, no para de moverse	**0 1 2**
011. Está muy pendiente de su madre, maestra, etc., no se aparta del lado de las personas adultas, queda pegado a la falda	**0 1 2**
012. Se queja de que se encuentra solo	**0 1 2**
013. Está en las nubes, se mueve en otro mundo, está confuso	**0 1 2**
014. Llora mucho	**0 1 2**

015. Maltrata a los animales, los hace sufrir	**0 1 2**
016. Mete miedo a los demás, amenaza, se mete e intimida a la gente	**0 1 2**
017. Se pierde en sus pensamientos, sueña con los ojos abiertos	**0 1 2**
018. Se hace intencionadamente daño, ha hecho algún intento de suicidio, etc.	**0 1 2**
019. Reclama mucho la atención	**0 1 2**
020. Rompe o destroza sus cosas, juguetes	**0 1 2**
021. Rompe o destroza las cosas o juguetes de los demás	**0 1 2**
022. No obedece en casa	**0 1 2**
023. No obedece en la escuela	**0 1 2**
024. No come bien	**0 1 2**
025. No se entiende con los demás niños/as	**0 1 2**
026. No parece tener remordimientos tras haber hecho algo mal	**0 1 2**
027. Tiene celos de cualquier cosa con mucha facilidad	**0 1 2**
028. Come o bebe cosas que no son para comer (p. ej., tierra, piedrecitas, etc.). Especifique:	**0 1 2**
029. Tiene miedo a ciertos animales, sitios o situaciones (excepto el colegio). Especifique: Tiene miedo a que alguien se muera ante la mínima de compensación	**0 1 2**
030. Tiene miedo al colegio	**0 1 2**

031. Tiene miedo a hacer o pensar algo malo	**0 1 2**
032. Piensa que tiene que ser perfecto/a	**0 1 2**
033. Siente o se queja de que nadie lo quiere	**0 1 2**
034. Piensa que es perseguido/a por alguien, que van a por él/ella	**0 1 2**
035. Se siente inútil, inferior a los demás	**0 1 2**

4
2
6

036. Suele caerse, tropezar con cosas, es propenso a tener accidentes	**0 1 2**
037. Se pelea mucho: con los hermanos/as, en la calle, en el colegio	**0 2 1**
038. Le toman mucho el pelo	**0 2 1**
039. Va mucho con niños/as que suelen tener dificultades (malas compañías)	**0 1 2**
040. Oye cosas que no existen, por ejemplo voces. Especifique:	**0 2 1**
041. Es muy impulsivo/a, actúa sin pensar	**0 2 1**
042. Le gusta estar solo/a	**0 2 1**
043. Es mentiroso/a	**0 2 1**
044. Se muerde las uñas	**0 2 1**
045. Es nervioso/a, sensible, tenso/a	**0 1 2**
046. Tiene gestos o movimientos nerviosos, tics. Describa: Tocarse la cabeza- movimientos nerviosos- llorar	**0 2 1**
047. Tiene pesadillas	**0 2 1**
048. Los demás no le quieren, no le aceptan, le evitan	**0 1 2**
049. Es estreñido, defeca con dificultad	**0 1 2**
050. Es demasiado miedoso/a	**0 2 1**
051. Se marea	**0 2 1**
052. Se siente demasiado culpable	**0 2 1**
053. Come demasiado	**0 2 1**

054. Se siente cansado/a	**0 1 2**
055. Tiene demasiado peso para su edad	**0 1 2**
056. Tiene problemas físicos sin causa médica conocida:	
***a)* Dolores. Especifique:**	**0 1 2**
***b)* Dolor de cabeza**	**0 1 2**
***c)* Naúseas y se siente enfermo/a**	**0 1 2**
***d)* Problemas con la vista. Describa:**	**0 1 2**
***e)* Problema con la piel: enrojecimiento u otros problemas con la piel**	**0 1 2**
***f)* Dolor de estómago, espasmos**	**0 1 2**
***g)* Vómitos**	**0 1 2**
***h)* Otros. Describa:**	**0 1 2**
057. Ataca físicamente a la gente	**0 1 2**
058. Se rasca continuamente, se arranca las costras de la piel	**0 1 2**
059. Juega en público con sus genitales	**0 1 2**
060. Juega mucho con sus genitales, se masturba mucho	**0 1 2**
061. Trabaja mal en la escuela	**0 1 2**
062. Torpe, poca coordinación	**0 1 2**
063. Prefiere jugar con niños/as mayores que él/ella	**0 1 2**

064. Prefiere jugar con niños/as más pequeños que él/ella	0 1 2

4
2
7

065. Se niega a hablar fuera de la familia	0 1 2
066. Repite algunos actos de forma sucesiva, de forma compulsiva. Describa: Cuando alguien se siente mal- busca el refugio de la mama	0 1 2
067. Se fuga de casa	0 1 2
068. Grita y chilla mucho	0 1 2
069. Reservado/a, se guarda las cosas para sí mismo/a	0 1 2
070. Ve cosas que no están. Describa: Maximiza enfermedades	0 1 2
071. Se aturde con facilidad, sentido del ridículo	0 1 2
072. Quema cosas	0 1 2
073. Tiene problemas sexuales. Describa:	0 1 2
074. Hace payasadas, llama la atención	0 1 2
075. Es tímido/a, retraído/a	0 1 2
076. Duerme menos que la mayoría de los niños/as de su edad	0 1 2
077. Duerme más que la mayoría de los niños/as de su edad, durante el día y/o la noche. Describa: Duerme todo la mañana hasta que algún adulto lo despierta	0 1 2
078. Se mancha o juega con su caca	0 1 2
079. Tiene dificultades al hablar. Describa: Cuando se siente mal, le cuesta expresar lo que le pasa	0 1 2
080. Se queda en blanco, se bloquea	0 1 2

081. Roba en casa	**0 1 2**
082. Roba fuera de casa	**0 1 2**
083. Almacena cosas que no necesita. Describa:	**0 1 2**
084. Comportamiento extraño. Describa:	**0 1 2**
085. Tiene ideas extrañas. Describa:	**0 1 2**
086. Es irritable, testarudo/a, repugnante	**0 1 2**
087. Cambia rápido de humor	**0 1 2**
088. Es arisco/a, solitario/a	**0 1 2**
089. Es suspicaz, desconfiado/a	**0 1 2**
090. Dice palabrotas, lenguaje obsceno	**0 1 2**
091. Habla de suicidio	**0 1 2**
092. Habla o se levanta o camina cuando está dormido/a. Describa:	**0 1 2**
093. Habla demasiado	**0 1 2**
094. Molesta mucho	**0 1 2**
095. Tiene muchas rabietas	**0 1 2**
096. Piensa mucho en cosas sexuales	**0 1 2**
097. Amenaza a la gente	**0 1 2**

098. Se chupa el dedo	**0 1 2**
099. Está demasiado preocupado/a por el aseo o limpieza	**0 1 2**
100. Duerme con dificultad. Describa:	**0 1 2**

4
2
8

101. Hace novillos, se fuga de la escuela	**0 1 2**
102. Es poco activo/a, lento/a, le falta energía	**0 1 2**
103. Está infeliz, triste o deprimido/a	**0 1 2**
104. Demasiado alborotador	**0 1 2**
105. Consume alcohol o drogas. Describa:	**0 1 2**
106. Vandalismo, destruye cosas públicas	**0 1 2**
107. Se hace pis encima durante el día	**0 1 2**
108. Se hace pis encima durante la noche	**0 1 2**
109. Lloriquea mucho	**0 1 2**
110. Quiere ser del sexo opuesto	**0 1 2**
111. No se relaciona con los demás niños/as, no tiene amigos/as	**0 1 2**
112. Está preocupado/a	**0 1 2**

113. Por favor, describa cualquier problema que tenga su hijo/a y que no aparezca en la lista:	**0 1 2**

POR FAVOR, NO OLVIDE REVISAR TODO EL CUESTIONARIO UNA VEZ QUE LO HAYA FINALIZADO. CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO III

CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO INFANTIL PARA LA EDAD DE 4 A 16 AÑOS

VERSIÓN PARA PROFESORES (TRF)

Derechos de autor: T. M. Achenbach
Traducción y adaptación al español (autorizada por el autor):
J. L. Pedreira

Nombre del colegio:	**Fecha:**
El cuestionario es rellenado por (nombre): xxxxxx	
Con cargo: **Padre** **Madre** **Otros** **Especificar:**	
Curso:	
Datos personales (niño/a)	
Nombre: **y** **apellidos:** **Edad:**	
Trabajo de los padres (especifique, por ejemplo, mecánico, profesor, ama de casa, obrero cualificado, administrativo, peón, policía, dependiente, etc.). **Del padre: Trabaja para una empresa petrolera. De la madre: Ama de casa**	
I. ¿Cuánto tiempo hace (en cursos) que conoce a este alumno/a?	
II. ¿Cómo le conoce? **Muy bien** **Regular** **No muy bien**	
III. ¿Cuántas horas a la semana pasa el alumno/a en su clase?	
IV. ¿Cuántas asignaturas da usted al alumno/a? (P. ej., 5º curso completo, matemáticas de 6º, etc.) Lengua y literatura- Ciencias Naturales	
V. ¿Ha necesitado el alumno/a alguna clase o servicio especial (clase de integración, logopedia, etc.)? **Sí ¿Qué clase y cuándo?** ..... **No** **No lo sé**	

VI. ¿Ha repetido curso alguna vez?

Sí Curso y razón .....

No

No lo sé

VII. Valore el nivel alcanzado en las diferentes asignaturas. Debe escribir las asignaturas y señalar su calificación en la columna apropiada:

ASIGNATURA	1. Muy por debajo de su nivel	2.Algo por debajo de su nivel	3. En su nivel	4.Algo por encima de su nivel	5. Muy por encima de su nivel
Lengua y literatura					
Matemática					
Ciencias Sociales					
Ciencias Naturales					

VIII. Comparado/a con el resto de los alumnos de su misma edad, (señale su valoración en la columna apropiada):

	1. Mucho menos	2. Algo menos	3. Ligeramente menos	4. Alrededor de la media	5. Ligeramente más	6. Algo más	7. Mucho más
¿Con qué intensidad trabaja?							

¿Cómo es de apropiada su conducta?

¿Cómo es su nivel de aprendizaje?

¿Cómo es de feliz?

4

3

1

IX. Resultados de los tests (si están disponibles) que se le han hecho últimamente (lectura, CI, aptitudes).

No se aplicaron

Test	**Área explorada**	**Fecha**	**Resultado**
.....	.....	..... / ..... /	.....
.....	.....	..... / ..... /	.....
.....	.....	..... / ..... /	.....

X. Describa con libertad cualquier comentario acerca de la conducta o capacidades del alumno/a (utilice otro folio si es necesario).

XI. En las siguientes páginas se describen diferentes comportamientos propios de niños/as. Tache con una x el número que mejor se corresponda con la conducta de su alumno/a en los últimos meses, de la forma siguiente:

0: No ocurre nada, falso.

1: Ocurre algunas veces, en parte verdad.

2: Ocurre muchas veces, cierto.

001. Se comporta de una manera más infantil de lo que se espera a la edad que tiene	**0**	**1**	**2**
002. Canturrea, tararea o hace otros ruidos en clase	**0**	**1**	**2**
003. Discute mucho	**0**	**1**	**2**
004. No acaba las cosas que empieza	**0**	**1**	**2**
005. Siendo niño/a, se comporta como los niños/as del sexo opuesto	**0**	**1**	**2**
006. Desafía o contesta a los profesores	**0**	**1**	**2**
007. Fanfarronea	**0**	**1**	**2**
008. No se puede concentrar, no puede estar atento/a mucho rato	**0**	**1**	**2**
009. No se puede quitar ciertas ideas de la mente, obsesiones, manías. Especifique: Cuando algun compañero se siente descompuesto tiene que retirarse porque manifiesta que se siente mal	**0**	**1**	**2**
010. No está quieto nunca, no para de moverse	**0**	**1**	**2**
011. Está muy pendiente de la madre, maestra, etc. No se quita del lado de los adultos, pegado a la falda	**0**	**1**	**2**
012. Se queja de que se encuentra solo	**0**	**1**	**2**
013. Está «en las nubes», se mueve en otro mundo, está confuso	**0**	**1**	**2**

014. Llora mucho	**0**	**1**	**2**
015. En clase se encuentra inquieto, nervioso	**0**	**1**	**2**
016. Mete miedo a los demás, amenaza, intimida a la gente	**0**	**1**	**2**
017. Se pierde en sus pensamientos, «sueña con los ojos abiertos»	**0**	**1**	**2**
018. Se hace deliberadamente daño, ha intentado suicidarse, cortarse, etc.	**0**	**1**	**2**
019. Reclama mucho la atención	**0**	**1**	**2**
020. Rompe sus cosas, juguetes	**0**	**1**	**2**
021. Rompe y destroza las cosas de los demás	**0**	**1**	**2**
022. Es difícil que siga indicaciones o sugerencias	**0**	**1**	**2**
023. No obedece en la escuela	**0**	**1**	**2**
024. Molesta a sus compañeros	**0**	**1**	**2**
025. No se lleva bien con los demás niños	**0**	**1**	**2**

4

3

2

026. No parece tener remordimientos después de actuar mal	**0**	**1**	**2**
027. Reacciona con celos fácilmente	**0**	**1**	**2**
028. Come o bebe cosas que no son para comer (p. ej., piedrecitas, tierra). Especifique:	**0**	**1**	**2**

029. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o sitios (excepto colegio). Especifique: En clase expreso que tiene miedo que sus padres se murieran	**0**	**1**	**2**
030. Tiene miedo al colegio	**0**	**1**	**2**
031. Tiene miedo a hacer o pensar algo malo	**0**	**1**	**2**
032. Piensa que tiene que ser perfecto/a	**0**	**1**	**2**
033. Siente o se queja de que nadie le quiere	**0**	**1**	**2**
034. Piensa que le persiguen, que van a por él/ella	**0**	**1**	**2**
035. Se siente inútil, inferior a los demás	**0**	**1**	**2**
036. Suele caerse, tropezar con cosas, es propenso a accidentes	**0**	**1**	**2**
037. Se pelea mucho, con los hermanos, en la calle, colegio	**0**	**1**	**2**
038. Le toman mucho el pelo	**0**	**1**	**2**
039. Va con niños que suelen tener dificultades (malas compañías)	**0**	**1**	**2**
040. Oye cosas que no existen, voces. Especifique:	**0**	**1**	**2**
041. Es muy impulsivo, actúa sin pensar	**0**	**1**	**2**
042. Le gusta mucho estar solo/a	**0**	**1**	**2**
043. Es mentiroso/a	**0**	**1**	**2**
044. Se muerde las uñas	**0**	**1**	**2**
045. Es nervioso/a, sensible, tenso/a	**0**	**1**	**2**
046. Tiene gestos o movimientos nerviosos, tics. Describa: Se tapa los ojos- se toca el pelo	**0**	**1**	**2**
047. Es demasiado sumiso	**0**	**1**	**2**
048. Los demás no lo quieren, no lo aceptan, lo evitan	**0**	**1**	**2**

049. Tiene dificultad para aprender	**0**	**1**	**2**
050. Es demasiado miedoso/a	**0**	**1**	**2**
051. Se marea	**0**	**1**	**2**
052. Se siente demasiado culpable	**0**	**1**	**2**
053. Habla o contesta aunque no le toque	**0**	**1**	**2**
054. Siempre está cansado/a	**0**	**1**	**2**
055. Pesa demasiado	**0**	**1**	**2**
056. Tiene algún problema físico sin causa médica conocida:			
a) **Dolores. Especifique:**	**0**	**1**	**2**
b) **Jaquecas, dolor de cabeza**	**0**	**1**	**2**
c) **Angustias, naúseas, se siente enfermo**	**0**	**1**	**2**
d) **Problemas con la vista**	**0**	**1**	**2**
e) **Problemas con la piel, ronchas**	**0**	**1**	**2**
f) **Dolor de estómago, espasmos, retortijones**	**0**	**1**	**2**
g) **Vómitos**	**0**	**1**	**2**
h) **Otros problemas:**	**0**	**1**	**2**

4

3

3

057. Ataca físicamente a las personas	**0**	**1**	**2**

058. Se hurga la nariz, se rasca continuamente alguna parte del cuerpo. Describa:	**0**	**1**	**2**
059. Se duerme en clase	**0**	**1**	**2**
060. Se muestra apático, sin entusiasmo	**0**	**1**	**2**
061. Trabaja mal en la escuela	**0**	**1**	**2**
062. Es torpe, tiene poca coordinación	**0**	**1**	**2**
063. Prefiere jugar con niños mayores que él/ella	**0**	**1**	**2**
064. Prefiere jugar con niños menores que él/ella	**0**	**1**	**2**
065. Se niega a hablar, no habla más que en la familia	**0**	**1**	**2**
066. Repite reiteradamente ciertos movimientos, gestos. Describa:	**0**	**1**	**2**
067. Rompe la disciplina de la clase	**0**	**1**	**2**
068. Grita y chilla mucho	**0**	**1**	**2**
069. Se guarda las cosas para sí mismo/a, ensimismado/a	**0**	**1**	**2**
070. Ve cosas que no están. Describa:	**0**	**1**	**2**
071. Tiene sentido del ridículo. Se avergüenza fácilmente	**0**	**1**	**2**
072. Presenta los trabajos sucios y descuidados	**0**	**1**	**2**
073. Se comporta de manera irresponsable. Describa en qué cosas:	**0**	**1**	**2**
074. Hace el tonto, llama la atención	**0**	**1**	**2**
075. Es tímido/a, retraído/a	**0**	**1**	**2**
076. Su conducta es explosiva y/o impredecible	**0**	**1**	**2**
077. Sus demandas o requerimientos deben ser satisfechos de inmediato, se frustra fácilmente	**0**	**1**	**2**
078. Se distrae con facilidad	**0**	**1**	**2**
079. Tiene dificultades en el habla	**0**	**1**	**2**
080. Se queda en blanco, no reacciona	**0**	**1**	**2**
081. Se siente muy dolido cuando se le critica	**0**	**1**	**2**
082. Roba fuera de casa	**0**	**1**	**2**

083. Colecciona y guarda cosas que no necesita. Describa:	**0**	**1**	**2**
084. Tiene un comportamiento raro. Describa:	**0**	**1**	**2**
085. Tiene ideas extrañas	**0**	**1**	**2**
086. Es irritable, terco, obstinado	**0**	**1**	**2**
087. Cambia rápidamente de humor	**0**	**1**	**2**
088. Es arisco, solitario	**0**	**1**	**2**
089. Es suspicaz, no confía en nadie	**0**	**1**	**2**
090. Utiliza palabrotas, lenguaje obsceno	**0**	**1**	**2**
091. Habla de suicidio	**0**	**1**	**2**
092. No rinde lo suficiente para su capacidad	**0**	**1**	**2**
093. Habla demasiado, sin parar	**0**	**1**	**2**
094. Molesta mucho	**0**	**1**	**2**
095. Tiene muchas rabietas	**0**	**1**	**2**

4

3

4

096. Piensa demasiado en el sexo	**0**	**1**	**2**
097. Asusta a la gente	**0**	**1**	**2**
098. Llega tarde a clase	**0**	**1**	**2**
099. Está demasiado preocupado/a por ir limpio, arreglado/a	**0**	**1**	**2**
100. No hace los deberes	**0**	**1**	**2**
101. Hace novillos, se pela las clases	**0**	**1**	**2**
102. Le falta energía, es muy lento/a, no tiene iniciativa	**0**	**1**	**2**
103. Está triste, infeliz, deprimido/a	**0**	**1**	**2**
104. Es demasiado alborotador/a	**0**	**1**	**2**
105. Utiliza alcohol o drogas. Especifique:	**0**	**1**	**2**

106. Parece demasiado preocupado/a por agradar	**0**	**1**	**2**
107. No el gusta la escuela	**0**	**1**	**2**
108. Teme cometer errores	**0**	**1**	**2**
109. Lloriquea mucho	**0**	**1**	**2**
110. Su aspecto es sucio	**0**	**1**	**2**
111. No se relaciona con los demás, no tiene amigos/as	**0**	**1**	**2**
112. Está preocupado/a	**0**	**1**	**2**
113. Si hay alguna información sobre el alumno/a que no haya sido descrita y usted cree importante (p. ej., ambiente familiar), utilice este espacio para describirla:			
.....	**0**	**1**	**2**
.....	**0**	**1**	**2**
.....	**0**	**1**	**2**
.....	**0**	**1**	**2**
.....	**0**	**1**	**2**
.....	**0**	**1**	**2**

ANEXO IV

Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (RCMAS): Evaluacion inicial

Reynolds y Richmond (1978)

"Lo que pienso y siento"

Lea atentamente cada pregunta. Coloque un circulo al lado de la palabra SI, si cree que es correcto para usted. Pon un circulo al lado de la palabra NO, si crees que no es correcto para vos.

1. Tengo problemas para decidirme. SI NO
2. Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen bien. SI NO
3. Otros parecen hacer las cosas más fácilmente que yo. SI NO
4. Me gustan todos los que conozco. SI NO
5. A menudo tengo problemas para respirar. SI NO
6. Me preocupo mucho tiempo. SI NO
7. Tengo miedo de muchas cosas. SI NO
8. Siempre soy amable. SI NO
9. Me enojo fácilmente. SI NO
10. Me preocupa lo que dirán mis padres. SI NO
11. Siento que a los demás no les gusta mi forma de hacer las cosas SI NO
12. Siempre tengo buenos modales. SI NO
13. Me cuesta conciliar el sueño por las noches. SI NO
14. Me preocupa lo que los demás piensen de mí. SI NO
15. Me siento solo incluso cuando hay gente. SI NO
16. Siempre soy bueno. SI NO
17. A menudo siento náuseas. SI NO
18. Mis sentimientos se lastiman fácilmente. SI NO
19. Mis manos se sienten sudorosas. SI NO

20. Siempre soy amable con todos. SI NO
21. Estoy muy cansado. SI NO
22. Me preocupa lo que va a pasar. SI NO
23. Otros niños son mas felices que yo. SI NO
24. Siempre digo la verdad. SI NO
25. Tengo malos sueños. SI NO
26. Mis sentimientos se lastiman fácilmente cuando me molestan. SI NO
27. Siento que alguien me dirá que hago las cosas mal. SI NO
28. Nunca me enfado. SI NO
29. Algunas veces me despierto asustado. SI NO
30. Me preocupo cuando me acuesto por la noche. SI NO
31. Me cuesta concentrarme en mis tareas escolares. SI NO
32. Nunca digo las cosas que debería. SI NO
33. Me remuevo mucho en mi asiento. SI NO
34. Estoy nervioso. SI NO
35. Mucha gente está en mi contra. SI NO
36. Nunca miento. SI NO
37. A menudo me preocupa que me pase algo malo. SI NO