



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

---

---

**PROYECTO TERMINAL**  
**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA**  
**FAVORECER LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN**  
**INFANTES DE 9 A 11 AÑOS CON SINTOMATOLOGÍA**  
**ANSIOSA**

Para obtener el grado de  
Maestra en Psicología de la Salud

PRESENTA

Lic. Tanya Butron Islas

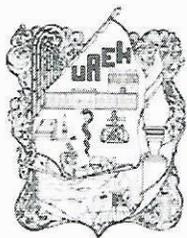
Director

Dr. Rubén García Cruz

Codirectora

Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., México., mayo de 2022



12 de mayo de 2022

ICSa/MPS/074/2022

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

**Tanya Butrón Islas**  
**Alumno de la Maestría en Psicología de la Salud**  
**Presente**

Por medio de este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Intervención cognitivo-conductual para favorecer la regulación emocional en infantes de 9 a 11 años con sintomatología ansiosa", con el cual obtendrá el **Grado de Maestra en Psicología de la Salud**. Después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

PRESIDENTE

Dra. Andromeda Ivette Valencia Ortiz

SECRETARIO

Dr. David Jiménez Rodríguez

PRIMER VOCAL

Dr. Rubén García Cruz

SUPLENTE

Dra. Norma Angélica Ortega Andrade

SUPLENTE

Dra. Claudia González Fragoso

Sin otro en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.

M. C. Esp. Adrián Moya Escalera  
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud

Dean

Dra. Lydja López Pontigo  
 Coordinadora de Posgrado del ICSa  
 Director of Graduate Studies of ICSa

C.c.p. Archivo  
 LEBB



Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña  
 Jefe del Área Académica de Psicología  
 Chair of the Department of Psychology

Dra. Lilián Elizabeth Bosques Brugada  
 Coordinadora del Programa Educativo  
 Director of Graduate Studies

Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n  
 Carretera Pachuca Actopan, San Agustín  
 Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160  
 Teléfono: 52 (771) 71 720 00  
 Ext. 4325 4313 4326  
 psicologia@uaeh.edu.mx



Este proyecto de investigación titulado “Intervención cognitivo-conductual para favorecer la regulación emocional en infantes de 9 a 11 años con sintomatología ansiosa” se realizó con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) con número de beca nacional 762614 otorgada por pertenecer a la Maestría en Psicología de la Salud de la UAEH que forma parte del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC).

**“Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber”**

**Albert Einstein**

## **Agradecimientos**

A mi madre Neli, por ser un apoyo incondicional, por impulsarme en todas las metas que me propongo, por todo tu amor y paciencia. Por escucharme y recordarme las buenas cosas de la vida.

A mi padre Marco, por todo tu apoyo, por tu amor, protección, por enseñarme el cariño hacía la educación desde pequeña.

A mi hija Danya Xareni por ser mi inspiración, por alegrar mis días, por mostrarme la bondad, celebros juntas este camino de aprendizaje y amor.

A mi esposo Daniel por ser mi equipo, por tu amor, por ser mi apoyo en las buenas y en las malas, por crecer juntos, por escucharme.

A mi hermano Gael, por ser mi compañero, por tu cariño y tiempo.

A mis amigas por apoyarnos y animarnos en este camino profesional, por los buenos momentos, por las amenas pláticas

A mi director de tesis Dr. Rubén, por sus sabios consejos, por apoyarme en este camino profesional, por guiarme con su conocimiento y calidez humana.

A la Dra. Andrómeda por su tiempo, dedicación y buenos consejos.

A todo mi comité tutorial, por formar parte de este proceso profesional y personal, por compartir su experiencia.

A la UAEH por acompañarme desde la preparatoria, por ser parte de mi formación académica.

A la escuela, papás, profesores y niños del programa, gracias por su tiempo y enseñanzas, por esta hermosa aventura emocional.

A CONACYT por creer en la educación, por promover el desarrollo científico y social.

A todos los que me ayudaron y apoyaron en este proyecto de investigación les agradezco mucho.

## ÍNDICE

<b>Resumen.....</b>	<b>12</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>13</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>14</b>
<b>Capítulo 1: Ansiedad .....</b>	<b>17</b>
Antecedentes .....	17
Conceptualización de la Ansiedad.....	18
Epidemiología de la Ansiedad .....	20
Comorbilidades .....	21
Clasificación de la Ansiedad.....	22
Sintomatología Ansiosa.....	25
Causas Genéticas, Biológicas y Psicológicas .....	27
Consecuencias Físicas y Psicológicas de la Ansiedad.....	28
Modelos Teóricos de la Ansiedad.....	30
Instrumentos para la Evaluación Psicológica de la Ansiedad Infantil.....	31
Estudios sobre Ansiedad en Niños.....	32
<b>Capítulo 2. Regulación Emocional.....</b>	<b>34</b>
Concepto de Emoción.....	34
Clasificación de las Emociones .....	35
Concepto de Regulación Emocional.....	36
Modelos Teóricos de la Regulación Emocional .....	37
Clasificación de las Estrategias de Regulación Emocional .....	41
Instrumentos para la Medición de la Regulación Emocional.....	43
Estudios sobre Regulación Emocional y Ansiedad en Infantes .....	44
<b>Capítulo 3. Intervención Cognitivo-Conductual en Infantes .....</b>	<b>48</b>
Conceptualización.....	48
Evolución de la Terapia Cognitivo-Conductual .....	48
Telepsicología.....	51
Clasificación de las Técnicas Cognitivo – Conductuales .....	53
Tratamientos para el Manejo de la Ansiedad y la RE .....	59

<b>Método General</b> .....	<b>65</b>
Planteamiento del problema.....	65
Justificación .....	67
Pregunta de Investigación.....	69
Objetivos.....	69
<b>Método Fase 1. Diagnóstico de Necesidades</b> .....	<b>71</b>
Justificación .....	71
Pregunta de Investigación.....	72
Objetivo General .....	72
Objetivos específicos .....	72
Hipótesis estadísticas.....	72
Variables .....	73
Población .....	74
Muestra .....	74
Tipo de muestreo .....	74
Criterios de inclusión.....	74
Criterios de exclusión.....	74
Criterios de eliminación .....	75
Tipo de estudio y diseño .....	75
Instrumentos .....	75
Procedimiento .....	76
Análisis de datos.....	76
Consideraciones éticas .....	77
<b>Resultados Fase 1. Diagnóstico de Necesidades</b> .....	<b>78</b>
Análisis Descriptivo General.....	78
Análisis Descriptivo de la Sintomatología Ansiosa .....	79
Análisis Descriptivo de la Regulación Emocional .....	81
Correlaciones.....	83

<b>Método Fase 2. Validación de la Intervención por Jueces Expertos.....</b>	<b>84</b>
Pregunta de investigación .....	84
Justificación .....	84
Objetivo general .....	85
Objetivos específicos .....	85
Hipótesis .....	85
Variables .....	85
Muestra y tipo de muestreo .....	86
Criterios de inclusión .....	86
Criterios de exclusión .....	86
Criterios de eliminación .....	87
Tipo de estudio y diseño .....	87
Instrumentos .....	87
Procedimiento .....	88
Análisis de datos .....	89
Consideraciones éticas .....	89
<b>Resultados Fase 2. Validación de intervención por jueces expertos.....</b>	<b>90</b>
Análisis Descriptivos de la Validación por Jueces Expertos .....	90
Diseño de la Intervención .....	99
<b>Método Fase 3. Implementación de la Intervención .....</b>	<b>102</b>
Pregunta de investigación .....	102
Justificación .....	102
Objetivo general .....	103
Objetivos específicos .....	103
Hipótesis de trabajo .....	103
Hipótesis estadísticas.....	103
Variables .....	104
Población .....	105
Muestra y tipo de muestreo .....	105
Criterios de inclusión .....	106
Criterios de exclusión .....	106

Criterios de eliminación .....	106
Tipo de estudio y diseño .....	106
Instrumentos .....	107
Escenario .....	109
Procedimiento .....	109
Análisis de datos .....	110
Lineamientos éticos .....	111
<b>Resultados de la Fase 3. Implementación de la Intervención.....</b>	<b>112</b>
Análisis Descriptivos .....	112
Efectividad de la Intervención.....	113
Diferencias Pre-Post en la Sintomatología Ansiosa.....	113
Diferencias Pre-Post en la Regulación Emocional.....	119
Significancia clínica.....	122
<b>Discusiones y conclusiones .....</b>	<b>136</b>
Discusión de la fase 1. Diagnóstico de Necesidades .....	136
Conclusión de la Fase 1. Diagnóstico de Necesidades .....	139
Discusión de la Fase 2. Validación de la Intervención por Jueces Expertos.....	140
Conclusión de la fase 2. Validación de la Intervención por Jueces Expertos.....	142
Discusión de la Fase 3. Implementación de la Intervención .....	144
Conclusión de la fase 3. Implementación de la Intervención .....	148
<b>Referencias .....</b>	<b>151</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>166</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. La ansiedad como enfermedad, síntoma y sentimiento.....	18
Tabla 2. Síntesis de la sintomatología ansiosa del DSM-5.....	26
Tabla 3. Modelos teóricos del TAG .....	30
Tabla 4. Estrategias de regulación emocional .....	42
Tabla 5. Variables dependientes de la fase 1 .....	73
Tabla 6. Comparación de las medias obtenidas en el CMASR-2 y el EREN.....	82
Tabla 7. Correlaciones entre las puntuaciones del CMASR-2 y el EREn .....	83
Tabla 8. Variables dependientes de la fase 2 .....	85
Tabla 9. Variables independientes de la fase 2 .....	86
Tabla 10. Grado académico de los jueces expertos .....	90
Tabla 11. Rango de tiempo en el área de expertise .....	90
Tabla 12. Porcentajes de acuerdo entre jueces de las sesiones .....	91
Tabla 13. Observaciones de los jueces expertos en las sesiones.....	95
Tabla 14. Descripción general del programa de intervención .....	99
Tabla 15. Variables dependientes de la fase 3.....	104
Tabla 16. Variables independientes de la fase 3.....	105
Tabla 17. Diferencias en el Grupo 1 y 2 antes y después de la intervención.....	115
Tabla 18. Resultados del SCAS antes y después de la intervención .....	118
Tabla 19. Resultados de la RE después de la intervención.....	121
Tabla 20. Porcentajes del cuestionario .....	127
Tabla 21. Análisis del discurso.....	129

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Etapas del procesamiento emocional.....	38
Figura 2. Modelo de Desregulación Emocional .....	40
Figura 3. Terapias de tercera generación.....	50
Figura 4. Proceso de extinción y recuperación espontanea .....	55
Figura 5. Esquema general de la investigación.....	70
Figura 6. Descripción de la muestra por edad y sexo .....	78
Figura 7. Distribución de la muestra por sexo y grado escolar .....	79
Figura 8. Puntuaciones de la ansiedad en niños y niñas.....	81
Figura 9. Estrategias de regulación emocional utilizadas en niños y niñas.....	82
Figura 10. Porcentajes de acuerdo entre jueces de la intervención.....	94
Figura 11. Distribución del G1 por sexo y edad .....	112
Figura 12. Distribución de G2 edad y sexo .....	112
Figura 13. Cambios en la sintomatología ansiosa después de la intervención en el G1 .....	114
Figura 14. Cambios en la sintomatología ansiosa después de la intervención en el G2 .....	114
Figura 15. Cambios en las medias del Grupo 1 después de la intervención .....	116
Figura 16. Comparación de medias antes y después del programa en el G2.....	117
Figura 17. Medias del EREN en el G1 .....	119
Figura 18. Medias del EREN en el G2 .....	120
Figura 19. Resultado de la ansiedad con el Split Middle Tecnique en el P4.....	122
Figura 20. Resultado de la ansiedad con el Split Middle Tecnique en el P1 .....	123
Figura 21 Resultado de la ansiedad con el Split Middle Tecnique en el P8.....	124
Figura 22. Resultado de la ansiedad con el Split Middle Tecnique en el P9.....	125
Figura 23. Porcentajes de satisfacción de la intervención por casos .....	126

## Resumen

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud existen alrededor de 264, 000, 000 casos de trastornos de ansiedad que deterioran el área académica, familiar y social del infante. El objetivo de la presente investigación fue comprobar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual en línea para favorecer la regulación emocional en niños escolarizados con sintomatología ansiosa. El estudio se conformó por tres fases: la primera fue un estudio descriptivo transversal, donde se hallaron correlaciones estadísticamente significativas de fuerza moderada entre las estrategias que dificultan la regulación de la emoción y la Ansiedad total ( $\rho = .517, p < .01$ ) Fisiológica ( $\rho = .493, p < .01$ ), Inquietud ( $\rho = .359, p < .01$ ) y Social ( $\rho = .449, p < .01$ ). La segunda fase tuvo como resultado la validación de jueces expertos con un porcentaje de acuerdo del 95.93%. Finalmente, en la tercera fase se implementó el programa “Mi mundo emocional” en un grupo experimental con 10 participantes, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el G1 y G2 antes y después de la intervención. Además en los autorregistros hubo una reducción en los niveles de ansiedad, mientras que los participantes, padres y profesores percibieron cambios positivos (manejo de emociones, mayor participación en clase, utilización de estrategias adaptativas) al terminar las sesiones. En los lineamientos éticos se tomó en consideración la Declaración de Helsinki, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y fue aceptado por el Comité de ética de Investigación del ICSa.

Palabras claves: intervención cognitivo-conductual, regulación emocional, sintomatología ansiosa, infantes escolarizados

## Abstract

According to the World Health Organization there are around 264,000,000 cases of anxiety disorders that impair the academic, family and social area of the infant. The objective of this research was to verify the effectiveness of an online cognitive-behavioral intervention to promote emotional regulation in school children with anxious symptoms. The study was made up of three phases: the first was a cross-sectional descriptive study, where statistically significant correlations of moderate strength were found between the strategies that hinder the regulation of emotion and total Anxiety ( $\rho = .517, p < .01$ ) Physiological ( $\rho = .493, p = < .01$ ), Restlessness ( $\rho = .359, p = < .01$ ) and Social ( $\rho = .449, p < .01$ ). The second phase resulted in the validation of expert judges with an agreement percentage of 95.93%. Finally, in the third phase, the "My emotional world" program was implemented in an experimental group with 10 participants, where statistically significant differences were found in G1 and G2 before and after the intervention. In addition, in the self-records there was a reduction in anxiety levels, while the participants, parents and teachers perceived positive changes (management of emotions, greater participation in class, use of adaptive strategies) at the end of the sessions. In the ethical guidelines, the Declaration of Helsinki, the Regulations of the General Health Law in Research Matters were taken into consideration and were accepted by the ICSa Research Ethics Committee.

Keywords: cognitive-behavioral intervention, emotional regulation, anxiety symptoms, school children

## Introducción

La ansiedad afecta significativamente la vida familiar, social y académica produciendo malestares en la población infantil, dicho padecimiento se presenta como una problemática de salud pública que al no ser tratada eficazmente, se puede acrecentar en la adolescencia y la adultez. Actualmente la American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5)* la define como la preocupación excesiva y difusa ante eventos futuros y situaciones que se perciben como amenazantes para la persona. Los niños cuando presentan ansiedad, en ocasiones pueden tener reacciones fisiológicas como sudoraciones, incremento de la frecuencia cardiaca, respiración agitada y palpitaciones. Cuando se presenta de forma innecesaria y desproporcionada puede convertirse en patología afectando negativamente las diferentes esferas de la vida de los niños, por ello la relevancia de atenderse tempranamente, para evitar el desarrollo de otros trastornos asociados, como la depresión (Vázquez et al., 2015).

Fernández-Abascal y Jiménez (2013), mencionan que las emociones nos ayudan a responder y conocer el entorno en el que vivimos, son funcionales de acuerdo a como las percibimos y al estímulo externo que se nos presenta. Cuando conseguimos identificar nuestros sentimientos a su vez entendemos los comportamientos que nos acompañan. Se debe considerar que cada emoción va asociada de un conjunto de reacciones fisiológicas en nuestro cuerpo, así como procesos cognitivos que nos ayudan a adaptarnos día con día. Más adelante surge la concepción de la Regulación emocional (RE), donde Gross y Jazaieri (2014) mencionan que son los procesos para expresar, identificar y clasificar las emociones que experimentamos. Dichas estrategias involucran una serie de pasos que logran una reacción emocional ante una situación. Cabe destacar, que la estrategia adaptativa busca adecuarse al entorno de manera saludable y funcional. Para la identificación de las estrategias es necesario considerar la duración, frecuencia, contexto y creencia específica de la persona (Sheppes & Gross. 2015).

Más adelante, los estudios indican que existen relaciones estadísticamente significativas que varían de acuerdo a la edad en niños y adolescentes entre las estrategias de afrontamiento (afrontamiento cognitivo-desadaptativo externalización y evitativo) y los padecimientos de ansiedad y depresión. También se marca la necesidad de considerar más constructos específicos de la competencia emocional y conocer las asociaciones en estudios longitudinales con participantes de la primera infancia (Mathews et al., 2016; Schäfer et al., 2017). Los tratamientos en la niñez brindan más oportunidad de aprender conductas saludables en comparación con la adultez. Por ello, es recomendable atender las problemáticas de salud pública desde edades tempranas (Webster- Stratton y Reid, 2010).

En México realizaron un estudio con niños que presentaron un trastorno de ansiedad. Las sesiones presenciales estuvieron diseñadas bajo la Terapia Cognitivo-Conductual, dentro de los hallazgos principales se encuentra que el tratamiento logro modificar las distorsiones cognitivas que se presentaban ante un evento ansioso. Asimismo se intervinieron las reacciones fisiológicas que se generaban ante la presencia de la emoción intensa y desproporcionada (García et al., 2018). A nivel mundial, se ha hecho uso de la Tele psicología dirigido a los trastornos de ansiedad y depresión (March et al., 2018; Fluja-Contreras et al., 2017; Pramana et al., 2018). Sin embargo, se necesita conocer la efectividad de los tratamientos en rangos de edad en específico, debido a las características del desarrollo de la infancia. Además contar con manuales que describan las actividades lúdicas y las técnicas implementadas en sesiones virtuales que permitan la comunicación directa con el terapeuta.

El presente documento está conformado por los siguientes partes: En el primer capítulo titulado Ansiedad, contiene la definición conceptual, epidemiología, comorbilidades, clasificaciones, causas, consecuencias, modelos teóricos y una revisión de la literatura sobre la variable de estudio en la etapa infantil.

El segundo capítulo “Regulación Emocional” (RE) presenta y profundiza en aspectos conceptuales, se describe el Modelo de la Desregulación Emocional (MDE) y el Modelo del procesamiento Emocional (MPE), para más adelante mencionar las estrategias de la RE comúnmente usadas en el ámbito de la intervención. Se hace también una revisión teórica profunda sobre las investigaciones de las variables estudiadas que fundamentan el diseño de intervención.

En el tercer capítulo, hace referencia a las intervenciones, aborda la evolución de la primera, segunda y tercera generación por la que ha pasado la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Incluye, técnicas y procedimientos dirigidos al afrontamiento de la ansiedad, teniendo como base la revisión de los estudios que se han aplicado para conocer la efectividad de los tratamientos.

A finalizar se presenta el Método general del estudio, incluye la justificación, pregunta de investigación, objetivos, procedimiento, resultados discusiones y conclusiones, abordadas en cada una de las fases que conforman la investigación. Los Anexos constituyen un apartado final que favorece a profundizar en los resultados y aportan criterios de rigor científico a la investigación aplicada.

## **Capítulo 1: Ansiedad**

El capítulo primero, plantea los antecedentes de la ansiedad, así como su conceptualización histórica, para después abordar la epidemiología y sus comorbilidades. Los trastornos de ansiedad se describen desde el DSM-5, cada uno tiene una sintomatología específica que deber ser considerada. Posteriormente se describen los factores y consecuencias de dicha problemática de salud. Asimismo se menciona la efectividad del tratamiento farmacológico y psicológico, así como los instrumentos de evaluación. Finalmente se reportan estudios que abordan la ansiedad en población infantil.

### **Antecedentes**

La salud mental en el mundo se ha visto deteriorada debido al incremento constante de los casos que padecen algún trastorno mental. La ansiedad se encuentra presente en más de 260, 000, 000 millones de individuos, además se proyecta que en los siguientes años los casos se acrecentarán drásticamente (Organización Mundial de la Salud, 2017). En la conceptualización histórica encontramos que alrededor del Siglo XIX, la sintomatología ansiosa se presentaba en enfermedades como la neurosis, melancolía y también en la epilepsia (Beer, 1996). Transcurrieron más de diez años para concebirla como una reacción afectiva patológica, que afectaba la parte corporal, emocional y cognitiva (Kristensen et al., 2009).

En México, la ansiedad se concibe como un problema de salud que sugiere ser atendida de manera efectiva, en una revisión Caraveo-Anduga y Martínez-Vélez (2020) reportaron que las cifras epidemiológicas aumentaron en contextos escolares. Además los profesionales de salud, refieren que las consultas médicas son recurrentes por casos de niños y adolescentes que presentan ansiedad de manera intensa y frecuente. Dicha afección, se puede presentar en la población ante eventos estresantes, sin embargo cuando ataca continuamente y de manera irracional debe ser evaluada y atendida psicológicamente, (Vázquez et al., 2015). Es por ello, se

sugiere la identificación de la sintomatología en edades tempranas, con la intención de frenar el avance de comportamientos poco saludables en los niños (Hervás, 2011; Mandil et al., 2009).

Mychailyszyn et al. (2012) encontraron en una revisión metanalítica que la colaboración del padre y profesores ayuda a que las intervenciones psicológicas en contextos escolares tengan mayor efectividad. Lo anterior da pauta para ir conociendo el panorama general del propósito de la investigación. En el siguiente subtema se abordará la conceptualización de la ansiedad, para ir desglosando cada uno de sus elementos.

### **Conceptualización de la Ansiedad**

En la Psiquiatría el concepto de ansiedad se llegó a confundir con términos similares como la angustia, estrés y miedo. La ansiedad, en la vida diaria se percibe en intensidades bajas, de cierta forma se considera dentro de un rango normal, ya que su duración es corta y racional, además se presenta como función adaptativa ante situaciones que representen una amenaza. Sin embargo cuando se presenta de manera constante, irracional y en altas intensidades comienza a convertirse en patológica, con riesgo de desarrollar un trastorno (Reyes-Ticas, 2010).

**Tabla 1**

*La ansiedad como síntoma, enfermedad y sentimiento*

<b>Constructo</b>	<b>Tipos</b>	<b>Concepto</b>
	Sentimiento	Se presenta como una sensación ante situaciones del futuro, así como recuerdos e ideas.
Ansiedad	Síntoma	Se encuentra en algunos trastornos de ansiedad, de manera física, cognitiva y emocional.

Constructo	Tipos	Concepto
	Enfermedad	Tiene un conjunto de sintomatología específica y etiología (trastornos de mutismo selectivo, pánico, ansiedad generalizada, social entre otros). Para concebirse de esta manera previamente se llevó una evaluación y tratamiento.

*Nota:* Adaptado de “Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento” por Reyes-Ticas J. A, 2010, *Biblioteca virtual en salud*. <http://sncpharma.com/wp-content/uploads/2018/01/Trastorno-ansiedad.pdf>. Derechos de autor 2010 Asociación Americana de Psicología.

Cuando la ansiedad rebasa los límites de la normalidad y supera los criterios diagnósticos del DSM-5, afectando negativamente el área funcional del niño (social, familiar y académica) se propone la evaluación y diagnóstico para conocer si se trata ya de un trastorno mental (Marrero y del Rivero, 2019). El concepto de ansiedad que se tomará en cuenta en el presente estudio viene del DSM-5, concebida como la preocupación excesiva y confusa ante acontecimientos futuros y circunstancias que se perciban como amenazantes para el individuo. Los niños cuando presentan ansiedad, en ocasiones pueden experimentar reacciones fisiológicas como sudoraciones, aumento de la frecuencia cardíaca, sensación de vacío en el estómago y respiración agitada (American Psychiatric Association, 2014). Al conocer las conceptualizaciones y sus características podemos comprender cómo la sintomatología se puede convertir a un trastorno mental. En el siguiente subtema se abordarán estadísticas sobre el impacto que está teniendo la ansiedad a nivel mundial.

## **Epidemiología de la Ansiedad**

En 2017, la Organización Mundial de la Salud encontró que las cifras de los trastornos de ansiedad se incrementaron en un 14.9% a partir del 2015. También se encuentran en las cifras epidemiológicas que las mujeres (2.6%) son quienes presentan más ansiedad en comparación con los hombres (4.6%) en el mundo. Particularmente se observa en la Región de Américas, que se cumple dicha prevalencia, las mujeres con trastornos de ansiedad representan un 7.7%, mientras que el 3.6% lo experimentan los varones. Mientras que en Estados Unidos, los adolescentes (13 a 17 años) presentan un 16% en comparación con los niños que tienen un 3% de prevalencia anual (APA, 2014).

La OMS (2015) reporta que las cifras con trastornos de ansiedad van en aumento, teniendo mayor prevalencia las mujeres adultas en comparación con los varones. Además las cifras arrojan que en el transcurso de la vida, uno de cada tres personas ha padecido algún trastorno de ansiedad. La OMS (2016) reporta que hubo un incremento de 200, 000, 000 de casos entre 1990 y 2013 y estima que en los años siguientes una de cada cinco individuos presentarán ansiedad o depresión.

Los casos reportados en México sobre los trastornos de ansiedad es de 4, 281,809, representando el tres punto seis por ciento de la población. De esta manera México, en la parte de América se encuentra en la tercera posición, sólo por debajo de Brasil con una prevalencia de 18, 657, 943 representando el nueve punto tres por ciento de su población. El primer lugar le pertenece a Estados Unidos de América arrojando un total de 18, 711,969 casos, que equipara al 6.3% de su población (OMS, 2017).

En niños y adolescentes, la prevalencia es del 3 y el 31%, encontrándose como uno de los más frecuentes. En el DSM-5 y los cuadros clínicos de la infancia se puede observar que la ansiedad regularmente se encuentra en gran parte de los trastornos, teniendo una prevalencia de un tres por ciento y un 21% (Perales y Cancio, 2017). En una revisión metanalítica se reporta

que un 86.8% de los niños y jóvenes no presentan un trastorno mental, sin embargo el trastorno de ansiedad tiende a ser el más frecuente con el 6.5% (Polanczyk et al., 2015). En el *Programme for International Student Assessment* (Bos et al., 2019), que se realiza en México se encontró que el 63% de las niñas refirieron mayores niveles de ansiedad y presentaron tensión en el momento de las tareas escolares.

Con las cifras anteriores se fundamenta la gravedad y al mismo tiempo la literatura refiere el alza cada año, lo cual podría sugerir que los tratamientos no están funcionando totalmente o no existe atención profesional a la sintomatología. En el siguiente subtema se verán las comorbilidades asociadas a la ansiedad para comprender de manera integral esta problemática.

### **Comorbilidades**

De acuerdo con Almonte y Montt (2015) la ansiedad muestra comorbilidad en las fobias específicas, sociales y agorafobia. De la misma forma, se ha observado comorbilidad entre los cuadros ansiosos generalizados y las fobias sociales. Las patologías psiquiátricas presentan frecuentemente comorbilidades con los trastornos de ansiedad, principalmente en los adolescentes. Al interior de los cuadros clínicos, la sintomatología ansiosa forma parte de muchas problemáticas mentales. El 39% de los adolescentes llegan a presentar criterios diagnósticos asociados, por lo que se podrían considerar para más de un trastorno, en contraparte los niños muestran un 14% (Almonte y Montt, 2015).

Los trastornos de ansiedad en niños se exhiben con gran periodicidad de forma relacionada con otras patologías psiquiátricas. El 39% de los niños y el 14% de los jóvenes cumplen criterios para más de una patología. Los ataques de pánico y el trastorno de ansiedad social (TAS) son los que poseen mayor tasa de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad (Tayeh et al., 2016). En los niños, el trastorno de ansiedad por separación muestra relación con el TAG y la fobia específica (APA, 2014).

De acuerdo con Leyfer et al. (2013) los niños que padecen comorbilidades muestran mayores síntomas ansiosos y malestares. Por ejemplo el TAG, puede mostrar comorbilidad con el TDM. Además, el 72% de los niños que presentan TAG como diagnóstico principal, mostraban un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad como diagnóstico comórbido (Tayeh et al., 2016). Lo anterior concuerda con el estudio por Leyfer et al. (2013) en donde el 72% de los infantes diagnosticados con un TAG presentaban comorbilidad con un trastorno del estado de ánimo.

En el siguiente subtema se describe la clasificación de acuerdo al DSM-5 que sirve para identificar las características que forman parte de esta problemática.

### **Clasificación de la Ansiedad**

Los trastornos de ansiedad en la niñez, en ocasiones se pudieran confundir con quejas somáticas por la edad de los infantes, en donde es difícil aún expresar verbalmente su malestar y lo que sienten, por lo cual resulta indispensable como profesional de la salud, conocer la clasificación y sintomatología de dichos trastornos.

De acuerdo a la Asociación Americana de Psicología (2014) en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* la categorización de los trastornos de ansiedad en niños es la siguiente:

#### *Características diagnosticas del Trastorno de ansiedad por separación.*

Miedo excesivo e irracional debido al alejamiento de la casa y/ o las personas cercanas a él. Se presenta mínimo tres de los siguientes criterios

A1. Molestia excesiva al encontrarse lejos de casa o de la persona de apego.

A2. Necesidad excesiva de saber dónde se encuentra la figura de apego, así como el deseo de estar en contacto con ellos.

A3. Preocupación por sucesos adversos que puedan sucederles a ellos mismos.

A4. Muestran rechazo para irse solos debido al miedo por separarse.

A5. Muestran rechazo excesivo a estar solos en el hogar u otros lugares. Son a veces incapaces de permanecer solos en un cuarto y suelen buscar constantemente al padre o madre en toda la casa por miedo a quedarse solos en las habitaciones.

A6. Suelen evitar irse a pasar la noche sin la persona de apego.

A7. Insisten en que la figura de apego se quede hasta lograr conciliar el sueño. Los niños llegan a trasladarse a la cama de sus padres en las noches.

A8. Los niños pequeños casi no manifiestan síntomas cardiovasculares como sensación de desmayo, palpitaciones y vértigos.

B. Las alteraciones suelen mantenerse, en niños de al menos 4 semanas.

C. La alteración presenta un malestar clínicamente significativo que impacte negativamente las calificaciones escolares, la familia, y el área social.

Otras características que apoyen el diagnóstico

Los infantes suelen expresar de manera constante: inhibición social, conflicto para concentrarse en el juego, apatía y tristeza. También mostrarse coléricos y en ocasiones llegar a golpear para evitar la separación.

En las noches, pueden presentar percepciones extrañas, con respecto a la personalidad, presentan rasgos intrusivos. Es posible que eviten asistir a la escuela, ocasionando problemas sociales y académicos.

*Prevalencia.* En los niños, se presenta de entre 6 y 12 meses con un 4% en Estados Unidos, el TAS se presenta más en niños menores de 12 años, teniendo la misma frecuencia en niños y niñas, mientras que en los adultos se manifiesta más en las mujeres.

*Criterios diagnósticos del Mutismo selectivo*

A. Miedo constante por expresarse verbalmente en situaciones que así lo requieren a pesar de hacerlo en otras situaciones.

B. La alteración impacta negativamente en la escuela.

- C. La alteración debe tener como mínimo un mes (a partir del segundo mes de colegio).
- D. El miedo a conversar no está asociado a la inexperiencia con el lenguaje hablado.
- E. No está relacionado con trastorno de la comunicación y no se origina con el autismo, esquizofrenia y/o padecimiento psicóticos.

En los niños, no inician la conversación por sí solo, y en ocasiones no responden cuando le hablan los demás. Tienden a expresarse en su hogar pero fuera de ella muestran dificultad con amigos o familiares de segundo grado. En ocasiones se niegan a hablar en la escuela y en participar en actividades que conlleven habilidades comunicativas como la lectura, lo cual ocasiona un deterioro en el desempeño académico.

#### *Criterios diagnósticos de Fobias específicas*

Preocupación excesiva y miedo intenso ante estímulos (animal, entorno natural, sangre-inyecciones, situacional, entre otras) que se presentan de manera inmediata. Tienden a evitar el objeto a toda costa, manifestando en altos niveles la ansiedad.

En niños es importante considerar dos aspectos: los pequeños suelen expresar su angustia y ansiedad en sollozo, pataletas, abrazos y huida de la situación. En segundo lugar, los menores no son capaces de entender el concepto de evitación.

Cuando se presente la fobia específica en la infancia se debe evaluar el grado de afectación y la duración de la ansiedad, además de considerar la etapa del desarrollo del niño.

#### *Criterios diagnósticos del Trastorno de ansiedad social*

Miedo persistente y recurrente ante eventos sociales, el niño se muestra muy ansioso al exponerse a personas (pares o adultos) en donde necesite interacción o actividad social. Para considerarse como clínico, la sintomatología debe manifestarse por lo menos en seis meses.

La información anterior plantea la conceptualización y características de cada trastorno, cabe destacar que la presente investigación abordará la sintomatología ansiosa, es decir, los participantes no tendrán como criterio de inclusión presentar un diagnóstico psiquiátrico sobre

ansiedad, sin embargo conocer las clasificaciones de los trastornos forma parte de la información esencial de esta problemática, para poder contemplarlo en la intervención y en la construcción del estudio. Asimismo la escala SCAS que se utilizará para medir la ansiedad, está construida bajo el DSM. Con la información revisada, se da pauta para abordar el siguiente subtema donde se verá más a detalle la sintomatología de cada trastorno.

### **Sintomatología Ansiosa**

De acuerdo con Beck et al. (1988) los síntomas de la ansiedad se pueden conceptualizar desde diferentes perspectivas. En el área cognitiva se encuentran la dificultad para pensar, bloqueo para razonar, confusión, distorsión cognitiva, sensación de irrealidad. También se presenta miedo a la lesión física, ideas atemorizantes e imágenes visuales de temor.

En el área efectiva, se pueden encontrar síntomas como irritabilidad, timidez, nerviosismo, agitación, excitación e inquietud. En área conductual tenemos la evitación de la situación, hiperventilación, agitación, dificultad para hablar.

Fisiológicamente encontramos, dolor abdominal, ardor estomacal, sensación de vacío. En la parte cardiovascular, palpitaciones, respiración rápida. Igualmente presión para orinar, cara pálida y /o sudoración generalizada.

A continuación se muestra en la Tabla 2, la síntesis de la sintomatología de los trastornos de ansiedad que incluye la clasificación del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

**Tabla 2***Síntesis de la sintomatología ansiosa del DSM-5.*

<b>Trastornos</b>	<b>Sintomatología</b>
Trastorno de ansiedad por separación	Miedo excesivo e irracional. Angustia al separarse de su familia o cuidador. Le da temor que su familia tenga un accidente, enfermedad o catástrofe. Rechazo en quedarse fuera de casa solo. Pesadillas, síntomas somáticos como náuseas, vómitos, dolor de cabeza, palpitaciones.
Mutismo selectivo	Comportamiento abierto en casa, pero ante situaciones nuevas sociales tienden a mostrar timidez y evitación por hablar. Negación a realizar actividades escolares que involucren discursos, exposiciones entre otros.
Fobia específica	Preocupación excesiva e intensa ante estímulos en particular. En niños se pueden manifestar en sollozo, berrinches y paralización. Para que cumplan con un diagnóstico clínico debe presentarse por más de seis meses.
Agorafobia	Miedo y angustia ante el uso del transporte, espacios abiertos, sitios cerrados y encontrarse en multitudes. Este tipo de eventos se evitan para aliviar la ansiedad.
Trastorno de pánico	Crisis recurrentes que duran alrededor de diez minutos, van acompañados de síntomas fisiológicos, cognitivos y emocionales. Por ejemplo sudoraciones, dolor precordial, vértigo, sensación de irrealidad, palpitaciones, despersonalización, temor a morir, sensación de calor entre otras.
Trastorno de ansiedad social	Síntoma principal, el miedo intenso y persistente ante situaciones sociales en donde el niño pueda sentirse evaluado. La evitación puede presentarse con sus pares y/o también con adultos nuevos, afectando de manera significativa el área escolar, social y familiar. Dentro de los síntomas se

Trastornos	Sintomatología
	encuentra la evitación, paralización, llanto, berrinches, o miedo a mantener incluso una conversación.
Trastorno de ansiedad generalizada	Dentro de los síntomas se encuentra dificultad para concentrarse, deterioro del sueño, fatigación, nerviosismo, tensión muscular. En la cuestión de los niños no es necesario que se cumplan todos los criterios.

*Nota:* Adaptado de “DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales” por *American Psychiatric Association*, 2014, Artmed Editora. Derechos de autor 2014 Asociación Americana de Psicología.

La información anterior complementa el panorama y caracterización de los trastornos de ansiedad, por lo cual permite comprender el contenido de cada subescala del instrumento SCAS que servirá para medir la sintomatología ansiosa, debido a que está construida bajo el DSM. También la descripción de la sintomatología aporta información esencial para la construcción de la intervención.

### **Causas Genéticas, Biológicas y Psicológicas**

Múltiples estudios reportan altas tasas de trastornos de ansiedad en hijos de padres que padecen estos trastornos comparados con hijos de padres sin la patología. Estudios genéticos muestran que la ansiedad y la depresión tienden a heredarse, sin embargo unos trastornos en comparación con otros muestran mayores riesgos (Almonte & Montt, 2015).

La vulnerabilidad genética muestra mayor tendencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. La familia de primer grado con antecedente de trastorno por pánico se encuentran de cuatro a siete veces más vulnerables de presentarlo, mientras que en la fobia social los parientes de primer grado tienden a desarrollarlo (APA, 2014).

En el aspecto psicológico, el estrés en el ámbito social, tiene relevancia como factor desencadenante y causal de los trastornos de ansiedad. La ansiedad generalizada se puede desarrollar debido a dificultades sociales, académicas y laborales. Además de eventos importantes como la pérdida de un familiar, divorcio, cambio de residencia, entre otras situaciones que generen angustia en el niño (Reyes-Ticas, 2010). También influyen las estrategias que se apliquen para el manejo del estrés, así como el apoyo social con el que cuenten (Colombiana de Salud, 2014).

Las investigaciones arrojan que existe alta prevalencia en las familias de niños con trastornos específicamente en los padres. Se conoce que el trastorno de pánico y el trastorno depresivo mayor presente en la familia, se considera como factor de riesgo en los hijos. Además, el apego inseguro puede presentarse como un factor de riesgo en el desarrollo de dichos trastornos (Almonte & Montt, 2015).

Las causas genéticas y biológicas muestran predisposición para desarrollar trastornos de ansiedad, sin embargo existen causas familiares y psicosociales que son detonantes para desarrollar este problema de salud. Con lo anterior se sugiere desarrollar programas psicológicos de prevención que ayuden a desarrollar factores protectores para disminuir la carga biológica y contribuir a ambientes sanos. Sin embargo cuando la problemática está presente, es necesario atenderla para evitar complicaciones a futuro en la población infantil, que más adelante puede verse reflejado en la adultez. Lo cual tiene relación con el siguiente subtema en donde se abordará las consecuencias de la ansiedad

### **Consecuencias Físicas y Psicológicas de la Ansiedad**

A continuación se presentan las consecuencias de los trastornos de ansiedad que se pueden dividir en físicas, psicológicas y conductuales de ansiedad,

Miranda de la Torre et al. (2009) encontró que existe un riesgo dos veces mayor de presentar ideas suicidas en las niñas y niños mexicanos que experimenten ansiedad, con

independencia del género. En un estudio, se ha encontrado que los trastornos de ansiedad han mostrado altas asociaciones con los trastornos del estado de ánimo, es común que la sintomatología ansiosa y depresiva (Cummings et al., 2014). El mutismo selectivo puede ocasionar un deterioro social y académico debido a que provoca poca participación verbal con otros niños, ocasionando que sus pares tiendan a burlarse de ellos (APA, 2014).

Cuando se presenta un trastorno de ansiedad, aumenta la presencia de alergias, problemas dermatológicos, a la par pueden activarse alteraciones en el sueño, cefaleas, incremento del ritmo cardíaco y riesgos en la presión arterial, entre otros (León-Sanabria, 2007). Cuando los síntomas no son atendidos, existe riesgo en disminuir la calidad de vida (Ramsawh & Chavira, 2016 ).

En la parte biológica, las personas que muestran disposición genética tienen más riesgo de ser víctimas de *bullying* (Guimond et al., 2015). En los niños, también se ha visto la afectación de las relaciones sociales, la competencia emocional con sus pares, mayor dependencia a los adultos, inseguridad y falta de autoeficacia para plantear soluciones (Gaeta & Martínez-Otero, 2014). El área cognitiva se ve alterada, presentando episodios de despersonalización, alteración de la realidad, ocasionando que la persona disminuya sus habilidades de análisis y solución de problemas (Secretaría de Salud, 2010).

Las consecuencias que conllevan la ansiedad, afectan la esfera mental, social, familiar y escolar de los infantes, así como la vulnerabilidad de presentar otras dificultades como la ideación suicida, depresión, baja autoestima y el acoso escolar. Conociendo los elementos que conforman la ansiedad, a través de los años han surgido modelos teóricos que explican la ansiedad, precisamente para contribuir al tratamiento o prevención de este problema de salud. A continuación se abordan los que se consideraron relevantes para el estudio.

## Modelos Teóricos de la Ansiedad

Las conceptualizaciones teóricas de ansiedad generalizada, siguen en constante actualización, por lo cual abordar los modelos contemporáneos de esta problemática permiten visualizar más ampliamente los elementos teóricos y componentes que conforman los modelos teóricos (Behar et al., 2011). Los componentes teóricos y componentes claves de intervención de los modelos teóricos del trastorno de ansiedad generalizada se muestran en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Modelos teóricos del TAG*

<b>Modelo teórico</b>	<b>Sustento teórico</b>	<b>Componentes utilizados en la intervención</b>
Modelo de intolerancia a la incertidumbre (Dugas et al., 2004).	Se encuentran elementos sobre la orientación al problema, evitación e ideas sobre el miedo.	Auto monitorización. Intolerancia a la incertidumbre de la educación
Terapia metacognitiva (Wells, 2004)	Su atención se centra en la parte cognitiva y las estrategias de afrontamiento.	Dialéctica, creencias positivas y formulación de caso.
Modelo de desregulación de la emoción (Mennin et al., 2004)	Hiperexcitación emocional. Bajo entendimiento de las emociones. Control desadaptativo de la emoción.	Entrenamiento en relajación, componente cognitivo, psicoeducación, exposiciones experienciales.
Modelo de TAG basado en la aceptación (Roemer & Orsillo, 2005).	Contiene elementos de la evitación y restricción conductual.	Psicoeducación, cambio conductual y acciones valoradas

*Nota:* Adaptado de "Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. RET" por Behar, E., Dobrow, I., Hekler, E., Mohlman, J., & Staples, A. 2011, *Revista de Toxicomanías*, 63, 15-36. Derechos de autor 2011 Asociación Americana de Psicología.

El Modelo cognitivo de la ansiedad de Beck (1976) plantea que las creencias y pensamientos automáticos permiten la interpretación de la realidad desde la perspectiva de la propia persona. Dicho mecanismo resulta indispensable en el manejo de la ansiedad, debido a que se disparan una serie de respuestas fisiológicas ante el estímulo que interpreta la persona. Las reacciones pueden variar desde normales hasta intensas e irracionales.

### **Instrumentos para la Evaluación Psicológica de la Ansiedad Infantil**

Dentro de la Psicología existen pruebas psicológicas que permiten medir los niveles de ansiedad que están conformadas por componentes que dan mayores características del constructo. A continuación se describen algunas de ellas:

La Escala de Ansiedad Manifiesta en niños Revisada, segunda edición (CMASR-2) (Reynolds & Richmond, 2012). Tiene como finalidad medir el nivel de ansiedad general que está dividido en ansiedad social, fisiológica e inquietud. En México, el coeficiente alfa de confiabilidad es de 0.87. La prueba está conformado por 49 reactivos, cada pregunta tiene como opción de respuesta de sí y no. El instrumento es utilizado para niños de 6 a 19 años.

Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS) (Spence, 1997; Hernández-Guzmán et al., 2010). El cuestionario evalúa la ansiedad general y cuenta con otras subescalas que están construidas desde el Manual Diagnostico de los Trastornos Mentales. Contiene 44 preguntas con opciones de respuesta tipo Likert. El coeficiente de alfa de Cronbach es de .088 para la versión mexicana.

Escala de ansiedad de Cañizales-Mendoza (1994), mide el nivel de nerviosismo que está vinculados con eventos a futuro. La prueba contiene 24 preguntas, que utilizan respuestas tipo Likert que abarcan desde el nunca hasta el siempre. El coeficiente de confiabilidad en las subescalas abarco desde el 0.80 y el 0.83.

Escala de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo para Niños (STAIC-C) Spielberger (1973). Dicha prueba está conformada por 40 ítems, divididos en 2 subescalas. Por un lado la de autor

referencia para valorar la ansiedad estado y la otra para la ansiedad rasgo. Se ha traducido para España.

Conocer la confiabilidad y validez de los instrumentos ayuda a elegir adecuadamente las escalas que complementen la evaluación del infante, y de esta manera contribuir a la calidad del estudio. De igual manera es necesario que el instrumento cuente con la validez en la población mexicana.

### **Estudios sobre Ansiedad en Niños**

En Colombia, Salazar et al. (2016) efectuaron una investigación, con 658 participantes con edades entre 7 y 14 años. Los niños y niñas se encontraban estudiando en escuelas públicas y privadas. En la parte ética, se les dio el consentimiento informado a los padres y el asentimiento informado a los participantes. Los hallazgos resaltan que hubo diferencias estadísticamente significativas en la subescala de preocupación ( $p = .003$ ), Los participantes inscritos en escuelas particulares presentaron mayores puntuaciones en el factor de tranquilidad, principalmente en los niños y preocupación en las niñas.

En México, Vázquez et al. (2015) realizaron un estudio descriptivo transversal con 2368 adolescentes para conocer la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) ligada al estado nutricional y a los niveles de ansiedad de los participantes. En la parte ética, se obtuvieron los consentimientos informados por parte de la familia. Los resultados arrojan que los adolescentes con niveles altos de ansiedad, tienen más posibilidad de presentar CAR ( $p > .01$ ). La obesidad en la investigación también se presentó como factor de riesgo, debido a que los niños con el peso por encima de lo normal se encontraron vulnerables a desarrollar trastornos alimentarios. En las conclusiones, se sugiere seguir investigando sobre las conductas alimentarias de riesgo para conocer a profundidad porque las jóvenes están asociando la necesidad de comer con los problemas emocionales.

Mendoza et al. (2017) realizaron una investigación con un diseño transversal, para conocer las diferencias que tienen los participantes del bullying con la variable ansiedad. En dicho estudio participaron 1190 alumnos inscritos en la escuela primaria, y 616 inscritos en la secundaria, todos pertenecían a escuelas públicas del Estado de México. La edad de la muestra se encontraba entre los 9 y 16 años. Para la medición de las variable se aplicó el cuestionario de evaluación de la violencia y acoso escolar de Mendoza-González et al. (2015) también el CMARS-2 para medir los niveles de ansiedad. Las escalas fueron aplicadas en dos sesiones en conjunto con los profesores de grado y los directivos. Los resultados arrojan que los participantes que no se involucran en el acto del bullying son quienes experimentan menos ansiedad, mientras que los participantes que son víctima/acosador se muestran más ansiosos. En las conclusiones se plantea la necesidad de diseñar programas que incorporen habilidades sociales, autogestión de emociones, solución de problemas, comunicación asertiva entre otros.

## **Capítulo 2. Regulación Emocional**

El capítulo 2, inicia describiendo brevemente la conceptualización de la emoción y su clasificación, para más adelante definir la regulación emocional. Se menciona un apartado con las estrategias usadas dentro de los diferentes modelos teóricos que abordan este concepto y se reportan los instrumentos de evaluación psicológicos utilizados en el ámbito infantil. También se hace una revisión del estado del arte para conocer los estudios que se han realizado con esta variable.

### **Concepto de Emoción**

La definición de la emoción se ha desarrollado desde el estudio de diferentes enfoques: la visión biológica considera que las emociones son respuestas desencadenantes ante la interpretación de una situación u objeto, las cuales se manifiestan mediante un patrón observable específico (Deigh, 2010; Ekman, 1999). Desde la perspectiva funcionalista se aprecia a la emoción desde una percepción subjetiva, la experiencia se determina por la interpretación de la realidad que vive el sujeto, así como de los cambios fisiológicos que experimenta (Deigh, 2010). Desde la visión construccionista la emoción se conforma desde un proceso organizado que involucra la experiencia emocional, la apreciación y la conciencia que conjuntamente sirven como guía de respuestas conductuales (Russell, 2015).

Fernández-Abascal y Jiménez (2013), mencionan que las emociones nos ayudan a responder al entorno en el que vivimos, son funcionales de acuerdo a como las percibimos y al estímulo externo que se nos presenta. Cuando logramos identificar lo que estamos sintiendo, podemos entender el motivo de nuestra conducta, además cada emoción va acompañada de un conjunto de respuestas fisiológicas en nuestro cuerpo, así como procesos cognitivos que no ayudan a la adaptación del entorno. La emoción que se presenta es interpretada por cada persona, además resulta de la evaluación que realizó el individuo en el evento (Lazarus, 1991). También es indispensable conocer el contexto de la emoción, ya que dependerá si es saludable

o perjudicial. Cuando funcionan como adaptativas, las conductas y pensamientos se presentan de manera social adaptativa frente a la situación. Por otro lado, cuando se dan de manera desadaptativa, la emoción tiende a ser desproporcionada e irracional provocando problemáticas en la forma de actuar y a su vez un malestar (Gross & Jazaieri, 2014). Las reacciones comportamentales que tenemos también son dirigidas por las emociones que experimentamos, conjuntamente influyen en procesos cognitivos como la toma de decisiones, memoria episódica y permiten centrarnos en detalles del medio ambiente para adaptarnos a la situación (Gross, 2015).

De acuerdo a la clasificación de las emociones, cada una de ellas tiene una función social y adaptativa. Por ejemplo el miedo, nos permite detenernos ante situaciones que son peligrosas, sin embargo cuando dicha emoción rebasa la intensidad y la frecuencia, tiende a ser desadaptativa. La forma en que se interpretan las emociones depende del contexto en el que se encuentren (Gross & Jazaieri, 2014).

Se planteó históricamente el concepto de la emoción, para dar pauta en el siguiente subtema a la clasificación de las emociones desde diferentes autores, dicha información sirve para entender el concepto de la regulación emocional.

### **Clasificación de las Emociones**

De acuerdo al recorrido histórico las emociones comenzaron a clasificarse como básicas y secundarias. Dentro de las básicas encontramos el miedo, tristeza, alegría, enojo, ansiedad, sorpresa y asco. De cada una de ellas, surgen las secundarias que pueden ser más complejas y conllevan un aprendizaje social (Plutchik, 1980).

Mientras que Lazarus (1991) divide a las emociones en positivas como: afecto, felicidad, orgullo, alegría y amor. Por otro lado se encuentran emociones negativas que pueden ser miedo, culpa, celos, asco, enojo, ansiedad y tristeza. Más adelante menciona a las emociones bonderline, como sorpresa, esperanza, compasión y emociones estéticas, dichas emociones

pueden manifestarse de manera positiva o negativa dependiendo el contexto y la situación. En esta concepción influye la valoración cognitiva que da el sujeto al evento o estímulo (Lazarus, 1991).

Izard (1971) es otro teórico que también categoriza a las emociones en básicas y secundarias. En las primeras encontramos la alegría, interés, desprecio, sorpresa y vergüenza. Por otro lado, encontramos la rabia y el desprecio como emociones secundarias, las cuales surgen a partir de las básicas.

Bisquerra (2009) considera dentro de la educación emocional la división de las emociones negativas como: miedo, ira, tristeza, asco, ansiedad, sorpresa y vergüenza. Del lado opuesto las emociones positivas como son: alegría, amor y felicidad.

Kappas (2011) hace mención de que la regulación siempre irá acompañada de la emoción, ya que algunos procesos pueden llegar a ser inadecuados, por lo cual es necesario la regulación. Además las emociones afectan a la memoria episódica, atención y destrezas cognitivas de la persona (Gross & Feldman-Barret, 2011).

### **Concepto de Regulación Emocional**

Dentro de la evolución histórica del concepto de RE encontramos que el estudio del estrés y el afrontamiento sirvió como antecedente en el concepto. Más adelante, se comenzó con el estudio de las estrategias de afrontamiento del estrés, para más tarde pasar al afrontamiento centrado en la emoción que buscaba reducir las emociones negativas. A partir de ese momento, comenzó más a profundidad el estudio de la regulación emocional por sí sola (Gross, 1999). Después la psicología del desarrollo dio la apertura para el estudio de la RE de manera separada, sin embargo la consolidación de manera individual se dio en el estudio enfocado en adultos (Tamir, 2011). Según Gross (1999) la regulación emocional se refiere a “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (p. 557). Siguiendo

con otra concepción, Hervás (2011) hace hincapié que para el logro de la RE es necesario activar un conjunto de estrategias que pueden ser funcionales o desadaptativas que activan componentes cognitivos y conductuales ante las respuestas emocionales. Tradicionalmente es producto de tres factores: ser conscientes de una emoción que activa y modifica estrategias cognitivas, segundo los motivos principales para ejecutar una acción, y tercero la habilidad para implementar estrategias. Para saber cómo regular la emoción se necesita de un contexto específico, debido a que cada situación y evento produce una interpretación personal (Farb et al., 2014; Gross & Jazaieri, 2014). La regulación emocional basada en la concepción de Gross & Jazieri (2014) que avala el presente estudio, se define como la capacidad de los individuos para comprender, identificar y expresar sus emociones, igualmente incluye la utilización de estrategias funcionales o disfuncionales ante el evento que nos produce malestar.

Aún no se alcanza plenamente el conocimiento sobre los beneficios de incluir habilidades de RE en los tratamientos preventivos en jóvenes ansiosos, sin embargo, la literatura sobre el desarrollo sugiere posibles beneficios. En particular, las intervenciones de prevención que incluyen un enfoque en la construcción de competencias emocionales se han asociado con un mejor autocontrol, una mayor capacidad para tolerar la frustración, fortalecimiento de habilidades sociales, así como la disminución de los síntomas depresivos y síntomas de externalización (Nix et al., 2016). A continuación se presentan los Modelos teóricos de la RE.

### **Modelos Teóricos de la Regulación Emocional**

En la revisión teórica se encuentran los modelos que explican cómo se da la regulación emocional.

#### *Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional de Hervás (2011)*

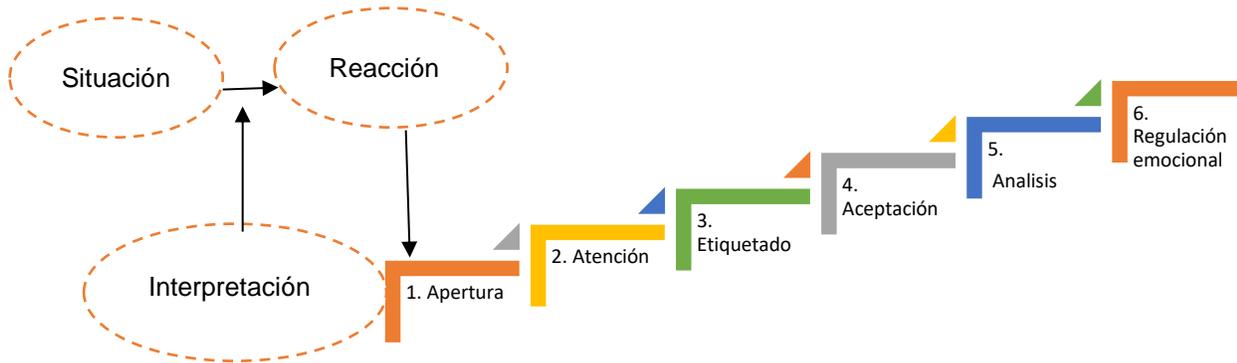
Dicho modelo, propone que el ser humano busca procesar emocionalmente la experiencia o suceso que le active una emoción. Para lograr dicha acción, es necesario que el

sujeto pase por una serie de tareas, que tienen como finalidad lograr la regulación de la emoción.

En la Figura 1 se muestran las seis tareas que abarca el modelo.

**Figura 1**

*Etapas del procesamiento emocional*



*Nota:* Adaptado de “Psicopatología de la regulación emocional: el papel del déficit emocional en los trastornos clínicos” por Hervás, G. 2011, *Psicología conductual*, 19(2), 347.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-113069>[https://www.medigraphic.com/cgi-](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70434)

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70434](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70434). Derechos de autor 2011 Asociación Americana de Psicología.

A continuación se describen cada tarea:

1. Apertura emocional: en esta tarea se tiene iniciación a sus emociones y se da cuenta de ello.
2. Atención emocional: los recursos que tiene el individuo son destinados a sus emociones.
3. Etiquetado emocional: le asigna un nombre a la emoción que está experimentando.
4. Aceptación emocional: evita juzgar la experiencia emocional, lo contrario sería el rechazo emocional.
5. Análisis emocional: en esta tarea la persona busca darle un significado a las situaciones emocionales que sucedieron y reflexiona sobre las implicaciones que tuvo cada emoción.

La tarea del análisis emocional está conformado por cuatro partes.

Origen: Al momento de que se active la emoción, el primer objetivo es buscar esta información.

Mensaje: se refiere al contenido que tiene la emoción.

Validez: El mensaje, pasar por una serie de evaluación por la persona para determinar si es válido.

Aprendizaje: surgen conclusiones que se pueden incorporar para acciones futuras.

6. Modulación emocional: Se activan estrategias emocionales, conductuales o cognitivas para mediar las reacciones emocionales.

*Modelo de Desregulación de la Emoción (MDE) de Mennin et al. (2005)*

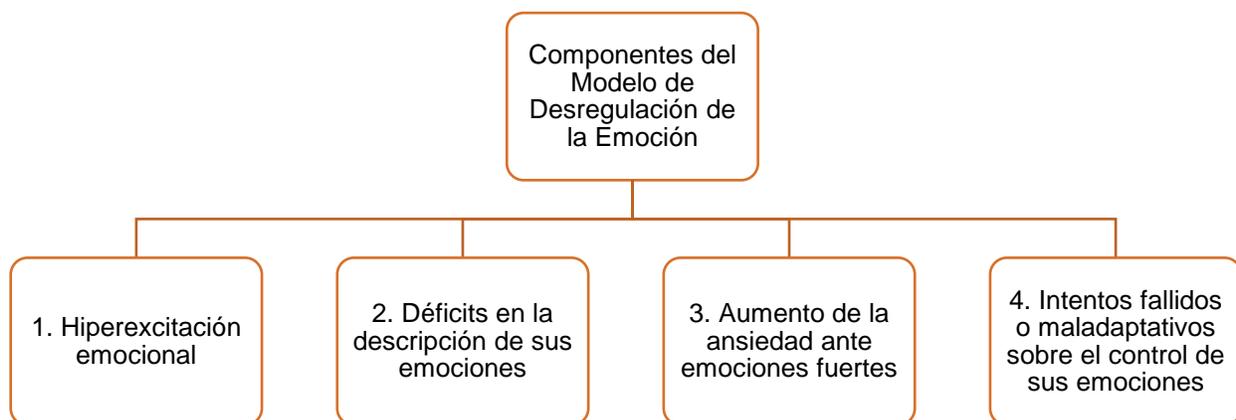
A continuación se abordará el MDE de los autores Mennin et al. (2005), dicho modelo intenta explicar que las personas con un diagnóstico de TAG presentan dificultades para identificar las emociones que les provoca el evento exterior. De esta manera, ponen en marcha estrategias desadaptativas para controlar las emociones que están experimentando. Habitualmente las personas con TAG presentan una alta sensibilidad emocional que ocasiona diferentes intensidades y da apertura a que busquen insistentemente el control de sus emociones.

El MDE, propone que los tratamientos permitan al individuo el conocimiento, expresión y aceptación de sus experiencias emocionales. De esta manera, se enseñan estrategias adaptativas para favorecer la toma de decisiones, bienestar psicológico y mejorías en la calidad de vida. Los elementos que lo conforman pertenecen a la primera y segunda generación, además tiene una estructura de cuatro componentes claves (Mennin et al., 2004). El componente número uno, explica la hiperexcitación emocional como una característica que presentan las personas con TAG, como la sensibilización ante los sucesos que desencadenan emociones en niveles muy altos, ya sea en nivel positivo o negativo. Más adelante se entiende el segundo componente, que se refiere a las debilidades para el reconocimiento y etiquetado de sus emociones. En el tercer componente encontramos que la ansiedad se hace presente de manera intensa, debido a la hiperexcitación emocional, por lo que el individuo se siente incapaz de controlar y comprender lo que está experimentando, dándose un ciclo de retroalimentación. Por último en el cuarto

componente, la persona hace un esfuerzo por controlar sus emociones poniendo en práctica estrategias disfuncionales como la preocupación excesiva, arrebatos emocionales y supresión de emociones (Mennin et al., 2005). En la Figura 2 se puede representar los componentes del modelo.

## Figura 2

### Modelo de Desregulación de la Emoción



*Nota:* Adaptado de "Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. RET" por Behar, E., Dobrow, I., Hekler, E., Mohlman, J., & Staples, A. 2011, *Revista de Toxicomanías*, 63, 15-36. Derechos de autor 2011 Asociación Americana de Psicología.

Más adelante con las bases del MDE, Mennin y Fresco (2010) desarrollaron la Terapia de la Regulación de la Emoción para el TAG (TRE) que maneja elementos de la terapia cognitivo-conductual como son técnicas de relajación y auto-monitorización, además de componentes como psicoeducación, ejercicios de exposición emocional y reestructuración cognitiva. Para dar sustento empírico a lo anterior, O'Toole et al. (2019) investigaron acerca de la ERT, con una

muestra de 31 adultos y jóvenes diagnosticados con TAG con y sin depresión concurrente, los cuales recibieron 16 sesiones de ERT. Antes de cada sesión, los participantes completaron cuestionarios relacionados con la metacognición (descentralización y reevaluación cognitiva) y los síntomas de ansiedad.

Los cambios en la descentralización precedieron temporalmente a cambios en la ansiedad. Por otro lado, los cambios en la reevaluación cognitiva precedieron temporalmente a los cambios en los tres resultados de mediana a gran magnitud. La dirección inversa, donde los intermediarios fueron predichos por los resultados, no fue significativa. Estos resultados sustentan que la regulación adaptativa de la emoción metacognitiva está involucrada en la reducción de la preocupación y la ansiedad en el TAG.

El Modelo de Hervás (2011) plantea el procesamiento emocional de manera general sin vincularlo con una problemática, por otro lado el Modelo de Mennin et al. (2015) aborda el TAG en adultos desde la desregulación emocional, en este proyecto se aborda la sintomatología ansiosa sin necesidad de incluir participantes con trastornos de ansiedad, sin embargo el conocer el modelo y las estrategias desadaptativas enriquecen la intervención. Por lo que en el siguiente subtema se abordan las estrategias de regulación emocional referidas desde varios autores.

### **Clasificación de las Estrategias de Regulación Emocional**

Se propone una división de estrategias conductuales y cognitivas, las cuales incluyen desvío, compromiso, distracción activa y la evitación directa (Parkinson y Totterdell, 1999). Dentro de la clasificación que propone Gross (1998) se encuentran dos divisiones de estrategias generales. Por un lado explica las estrategias reapreciativas que son las primeras que aparecen en RE, las cuales dan base para la categorización de las estrategias de supresión expresiva que tienen como función la expresión de cada uno de las emociones básicas y/o secundarias. Más adelante, dentro del modelo procesual de la RE, se incorporaron a las estrategias reapreciativas, el despliegue atencional. En el lado de las estrategias de supresión se integró la modificación de

la respuesta (Gross & Thompson, 2007). Cabe destacar, que la estrategia adaptativa busca adecuarse al entorno de manera saludable y funcional. Para la identificación de las estrategias es necesario considerar la duración, frecuencia, contexto y creencia específica de la persona (Sheppes & Gross, 2015). En la Tabla 4 se muestra una recopilación de estrategias de regulación emocional desde la perspectiva de varios autores.

**Tabla 4**

*Estrategias de regulación emocional*

<b>Autores</b>	<b>Estrategias de regulación emocional</b>
Soric et al. (2013)	Supresión, soporte social, selección de la situación, expresión y desarrollo de competencias.  Selección de la situación, desarrollo de competencias, distracción, reapreciación, supresión, respiración, expresión y soporte social.
Koole et al. (2011)	Automáticas vs. controladas
Gross y Thompson (2007)	Selección de la situación. Modificación de la situación. Despliegue de la atención (distracción y concentración). Cambio cognitivo. Modulación de la respuesta
Larsen y Prizmic (2004)	Las categorizan en dos tipos de estrategias. Por un lado tenemos las de afectos negativos y por otro las positivas.
Parkinson y Totterdell (1999)	Cuatro generales basadas en: Conductuales (acciones físicas), Cognitivas (acciones mentales), Aproximación, Evitación, Distracción, Aceptación.

*Nota:* Adaptado de “Regulación emocional: definición, red nomológica y medición” por Gómez, O., & Calleja, N. 2016, *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117 <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70434>. Derechos de autor 2016 Asociación Americana de Psicología.

## **Instrumentos para la Medición de la Regulación Emocional**

Las primeras mediciones de la RE se realizaron en niños pequeños, que se encontraban en la educación preescolar y primaria, en ese lapso se proporcionaban las evaluaciones a la familia, educadores y esencialmente a la familia/tutor. Regularmente, se evaluaba a través de observaciones y registros de conducta entre pares. Más adelante en el segundo milenio, aumentaron los estudios con niños escolares, donde se emplearon heteroreportes, escalas observacionales y escalas de autoreporte para adolescentes (Gómez & Calleja, 2017).

A continuación se describen las escalas de regulación emocional disponibles para México en población infanto-juvenil.

La Escala de Dificultades en la Regulación de la Emoción (DERS-E) validada en México por Tejeda et al. (2012) para adolescentes es utilizada para evaluar problemas de regulación emocional. Contiene cuatro factores conformado por 24 ítems. Cuenta con cuatro subescalas: No aceptación (8 reactivos) 2. Metas (6 reactivos) y claridad (4 reactivos).

*Escala de estrategias de regulación emocional para niños (EREN)*, de Ortiz (2014). El EREN está diseñado y validado para población infantil mexicana., posee un alfa total de Cronbach de 0.87. El instrumento es utilizado para evaluar el tipo de estrategias de regulación emocional que los niños entre 8 y 12 años utilizan para lograr la reducción de la ansiedad en situaciones de malestar. La escala contiene 33 ítems con respuestas tipo Likert que abarcan desde el 0 hasta el 3. El factor de estrategias que facilitan la regulación de la emoción contiene 22 preguntas que están enfocadas en evaluar las acciones adaptativas que los niños utilizan para el afrontamiento de las emociones que le generan un malestar. Por otro lado, está el factor de estrategias que dificultan la regulación de la emoción constituida por 11 reactivos como “grito o insulto”, “actúo como si no estuviera pasando nada”. En general, las puntuaciones mayores indican mayor utilización de cada estrategia.

En la búsqueda de los instrumentos de medición para la regulación emocional en población infantil validados para México, solo se cuenta con la escala EREN. Mientras que la DERS-E para los adolescentes, como se puede observar los instrumentos de medición aportan relevantes datos en el estudio de las variables, pero es limitado el repertorio de pruebas psicométricas que existen en México especialmente para el área infantil, este hecho nos da oportunidad de crear y validar más escalas. En el siguiente subtema se describirán los estudios que se han realizado en población infanto-juveniles.

### **Estudios sobre Regulación Emocional y Ansiedad en Infantes**

Mathews et al. (2016) efectuaron una revisión meta-analítica con el propósito de evaluar la evidencia de relaciones entre competencia emocional (reconocimiento de emociones, expresión de emociones, conciencia de emociones, comprensión de emociones, aceptación de emociones, autoeficacia emocional, simpatía) y ansiedad. Así como el reconocimiento de cómo la comunicación emocional y la autopresentación afectan las relaciones y los procesos reguladores de las emociones. La muestra estuvo conformada por 185 estudios, cuando se analizaron se encontró que los participantes contaban con máximo 18 años de edad. En el procedimiento se indagó en la base de datos del Google Académico y de PsycINFO. Los resultados mostraron que los jóvenes son menos efectivos para expresar y comprender las emociones, menos conscientes de ellas y tienen menos aceptación de sus propias emociones y reportan menos autoeficacia emocional, los niños que se muestran más ansiosos, es más probable que utilicen estrategias de afrontamiento menos adaptativas que incluyen afrontamiento, evitativo, externalización y afrontamiento cognitivo desadaptativo ( $r = .34$ ). La aceptación y la conciencia de las emociones, la autoeficacia emocional y el afrontamiento cognitivo desadaptativo produjeron los tamaños de efecto más grandes. Algunos efectos variaron con la edad de los niños, quienes experimentan ansiedad es más probable que utilicen estrategias de afrontamiento que incluye: evitación, externalización y afrontamiento cognitivo

desadaptativo además son menos efectivos para expresar y comprender. En conclusión, se reveló la necesidad de realizar investigaciones adicionales en ciertos dominios de competencia emocional, aclarar la operacionalización de los constructos emocionales, estudiar estas asociaciones en la primera infancia y dentro de períodos específicos de desarrollo, y examinar estos constructos en estudios longitudinales (Mathews et al., 2016)

En España, Rodríguez-Menchón et al. (2021) hicieron una investigación, con una muestra de 315 niños, en el momento del estudio contaban con un intervalo de edad entre los 8 y los 12 años. Dentro de los resultados se encontró que múltiples modelos de mediación en paralelo mostraron que el catastrofismo, la rumia y la culpa a otros explicaron la relación entre los problemas de ansiedad y su consecuente interferencia. La identificación de patrones funcionales o disfuncionales de regulación cognitivo-emocional puede favorecer la integración de más contenidos en el diseño de los tratamientos. La ansiedad escolar estaba directamente relacionada con otras culpas, cavilaciones y catastrofismo (mediadores potenciales). Los coeficientes de correlación significativos variaron de 0.13 (para la relación entre pánico o ansiedad por separación y reenfoque positivo, y para la relación entre pánico o ansiedad por separación y planificación) a 0.41 (para la relación entre ansiedad y autoculparse). En las conclusiones encontramos se resalta la importancia de seguir estudiando componentes relacionados con las estrategias CER, que pueden ser integrados en intervenciones psicológicas actuales y efectivas para los jóvenes. Igualmente, se señala que a lo esperado, hubo menos tasas de remisión.

Schäfer et al. (2017) realizaron una revisión meta analítica con el objetivo de conocer la relación entre el uso habitual de estrategias prominentes de regulación de emociones adaptativas (reevaluación cognitiva, resolución de problemas y aceptación) y estrategias de regulación de emociones desadaptativas (evitación, supresión y rumia) con síntomas depresivos y de ansiedad en la adolescencia. En su trabajo analizaron 68 tamaños de efecto de

35 estudios, se calcularon los resultados generales a través de los síntomas depresivos y de ansiedad, así como los resultados específicos de la psicopatología. Los resultados de los análisis de efectos aleatorios revelaron que el uso habitual de todas las estrategias de regulación se relacionaron significativamente con los síntomas depresivos y de ansiedad. Por otro lado, las estrategias de regulación de la emoción adaptativa mostraron asociaciones negativas (es decir, menos síntomas) con los síntomas depresivos y de ansiedad, mientras que las estrategias de regulación de las emociones desadaptativas mostraron asociaciones positivas (es decir, más síntomas). En las conclusiones se subraya la relevancia de las estrategias de regulación de la emoción adaptativas y también desadaptativas en los síntomas depresivos y de ansiedad en los jóvenes, y destacan la necesidad de investigar más a fondo los patrones de regulación de las emociones como un posible factor transdiagnóstico.

Sackl-Pammer et al. (2019) realizaron un estudio con 36 adolescentes sanos (de 11 a 16 años) cuyo objetivo es comparar la regulación emocional de adolescentes que padecen Trastorno de Ansiedad por separación (CLIN) y controles sanos (CON). Además, al menos uno de los padres de cada adolescente se integró en el estudio. Los participantes fueron evaluados con los cuestionarios estandarizados PHOKI (*Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche*) para los miedos autoinformados Dose et al. (2018) y el FEEL-KJ (*Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen*) de Sung et al. (2012) para diferentes estrategias de regulación de emociones. Se halló una correlación positiva significativa entre ER desadaptativas y la ansiedad social. Al examinar las diferencias grupales del uso de la estrategia ER única, el CLIN y el CON diferían significativamente en el uso de la reevaluación de la estrategia ER adaptativa, ya que CLIN informaba menos uso de la reevaluación que el CON. Hubo una diferencia significativa en el uso de estrategias desadaptativas en las tres emociones entre CLIN ( $M = 59.00$ ,  $DE = 13.48$ ) y CON ( $M = 48.25$ ,  $DE = 12.33$ ) [ $t(64) = 3.38$ ,  $p = .001$ ,  $d = 0.84$ ], con CLIN reportando un uso significativamente mayor de estrategias de ER

desadaptativas que CON. Se concluye que un mayor uso de ER desadaptativas puede estar asociado con trastorno de ansiedad por separación en adolescentes, puede ser primordial centrarse en la reducción de ER desadaptativa (por ejemplo, abstinencia y rumiación) desde el comienzo del proceso de psicoterapia.

Andrés et al. (2016) llevaron a cabo una investigación en Argentina con 230 niños (9 a 12 años). Los participantes al momento del estudio, estaban inscritos en escuela primaria y secundaria. En los resultados se encuentra que las variables de personalidad y de regulación emocional explicaron el 40% de la varianza en el modelo de ansiedad y el 24% en la extraversión. Se encontraron correlaciones solamente con la reevaluación cognitiva (RC) y el neuroticismo con la supresión de la expresión emocional (SEE), ansiedad y depresión. Las estrategias de regulación emocional presentaron asociaciones con los síntomas clínicos (ansiedad y depresión) es decir, la RC en sentido negativo y la SEE en sentido positivo. En las conclusiones se resalta la evidencia respecto de la relación entre la extraversión y la ansiedad y del neuroticismo con ansiedad y depresión en niños. La exploración de las variables de este estudio en población no clínica brinda insumos para implementar programas en contextos escolarizados.

### **Capítulo 3. Intervención Cognitivo-Conductual en Infantes**

El capítulo 3, aborda la conceptualización de la Terapia Cognitivo-Conductual, así como la descripción breve de su evolución. Para más adelante, abordar la clasificación de las técnicas y tres generaciones de terapia. Finalmente se reportan los resultados de los estudios enfocados en los tratamientos desde la TCC.

#### **Conceptualización**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se conforma por un conjunto de estrategias sustentadas en el condicionamiento clásico, operante, aprendizaje social y teorías cognitivas que buscan modificar la conducta y cognición, dichos cambios pueden ser medidos y evaluados (Díaz et al., 2017).

A continuación se describen elementos de la TCC (Díaz et al., 2017)

El primero se refiere a que cada individuo tiene control y responsabilidad sobre los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que lo afecta. Es por ello que se trabaja con técnicas que permitan el aprendizaje de nuevas asociaciones saludables. El segundo se refiere a que cada problemática de salud tiene un conjunto de técnicas y programas específicos, considerando la importancia de la evaluación y diagnóstico previo. Tercero se refiere a que la terapia tiene una faceta auto-evaluadora en los procesos que se aplican por lo que la validación empírica es indispensable.

#### **Evolución de la Terapia Cognitivo-Conductual**

La Terapia Cognitivo-Conductual, cuenta con una gran variedad de procedimientos sin embargo, las técnicas y terapias surgidas desde sus inicios, aún se siguen utilizando y actualmente se sigue investigando con todo el abanico de técnicas y modelos que lo conforman. A continuación se hace un breve recuento histórico sobre la TCC.

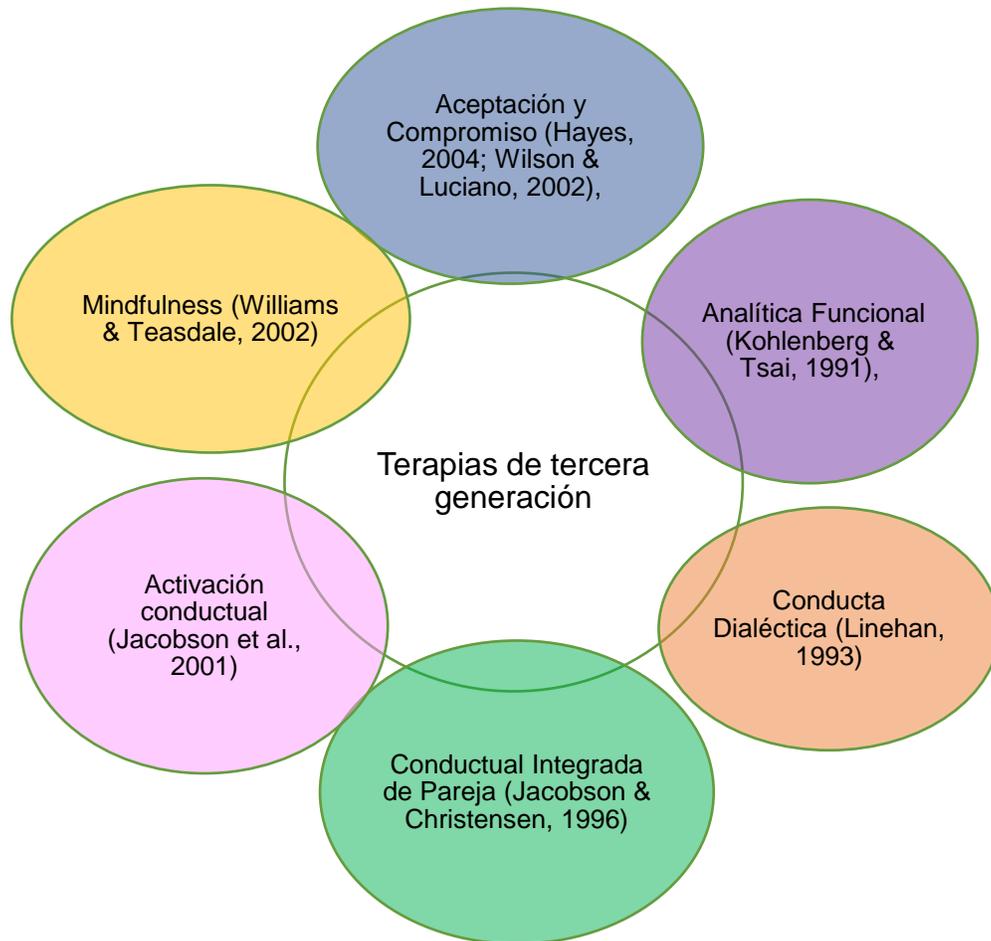
En la década de 1950, la Psicología Clínica contaba con la corriente del Psicoanálisis para el tratamiento de los padecimientos de salud, pero estaba la necesidad de otros modelos que pudieran ser más eficaces, por lo que comenzó a surgir la primera generación de la terapia conductual sustentada bajo paradigmas científicos (Pérez, 2006). Más adelante, surgió la posibilidad de hacer inferencias poblacionales a través de la aplicación de la estadística. Por esa época, se da la técnica de la desensibilización sistemática por Joseph Wolpe, que tiene como objetivo la reducción de los niveles de ansiedad, así como las conductas de evitación (Vallejo-Slocker & Vallejo, 2016).

En 1970, surgen las terapias de segunda generación, las cuales consideran que cada problema mental tienen sus causas en la creencias, esquemas, ideas y pensamientos que rigen al individuo. De esta manera, las cogniciones afectan directamente a las respuestas emocionales y conductuales, en esta ola, se mantuvieron los elementos de la primera generación, solo que ahora las variables estudiadas fueron más de índole cognitivo (Hayes, 2004; Pérez, 2006).

En los años de 1990, surge la terapia de tercera generación, sin embargo comienza a tener mayor importancia después de los 2000. Dicha generación se basa en la comprobación empírica y en las teorías del aprendizaje, la diferencia radica en que busca que la persona reoriente su vida. Para entender el problema, considera el contexto y las funciones de los acontecimientos. Debido a que la Psiquiatría y las primeras generaciones de la TCC, se centraban principalmente en la sintomatología de las afecciones clínicas, es por ello que la tercera ola, incorpora elementos como el mindfulness, la dialéctica conductual, analítica funcional, la terapia de aceptación y compromiso entre otras (Pérez, 2006). En la Figura 3 se observan las terapias de tercera generación de la TCC.

**Figura 3**

*Terapias de tercera generación*



*Nota:* Adaptado de "Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness." por Coutiño, A. M. 2012, *Revista internacional de psicología*, 12(01), 1-18. <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>. Derechos de autor 2012 Asociación Americana de Psicología.

## **Telepsicología**

De acuerdo a la Asociación Americana de Psicología (2013) la telepsicología es utilizada para brindar servicios psicológicos a través de las tecnologías de telecomunicaciones como teléfonos, dispositivos portátiles, videoconferencias, mensajes de texto, correo electrónico, páginas web, blog y redes sociales. La comunicación puede darse de manera sincrónica, es decir en tiempo real mediante videollamadas, vía telefónica, donde el terapeuta y el cliente se conectan en el mismo lapso. Por otro lado de manera asincrónica utilizando correo electrónico, plataformas digitales, reenvío de información entre otras, donde el material y los contenidos ya están previamente subidos. Dichas herramientas se pueden combinar para realizar sesiones semanales, diarias y mensuales tomando en cuenta las necesidades de la problemática.

La Asociación Americana de Psicología (2013) propone 8 directrices para la práctica de la Telepsicología.

Pauta 1. Competencia del Psicólogo. Se debe capacitar y conocer las herramientas tecnológicas con las que trabaja el psicólogo. También comprometerse en la adquisición de de habilidades y conocimientos necesarios para brindar el servicio.

Pauta 2. Normas de atención en la entrega de Servicios de Telepsicología. Garantizar que se cumplan los estándares éticos y profesionales durante los servicios de telepsicología que se brindan. Se sugiere realizar una evaluar inicial para conocer los riesgos y beneficios potenciales del servicio. Se debe considerar los problemas multiculturales y éticos que puedan surgir y además es necesario la revisión del medio más apropiado (videoconferencia, texto, llamada telefónica, correo etc.).

Pauta 3. Consentimiento informado. Los psicólogos se comprometen a utilizar un consentimiento informado que contenga la información sobre las políticas y procedimientos que utilizarán con los clientes/pacientes sobre el uso de las TICS.

Pauta 4. Confidencialidad de datos e información. Compromiso para proteger y mantener en confidencialidad los datos relacionados con sus pacientes/clientes e informarles sobre los riesgos del robo o pérdida de datos por el uso de los dispositivos electrónicos. Por ello, cuando sea necesario, los psicólogos se mantienen en contacto con expertos sobre los recursos tecnológicos con el objetivo de cuidar la seguridad de los datos.

Pauta 5. Transmisión de Datos e información. Implementar medidas de seguridad para proteger datos y la información relacionada con el cliente/paciente de acceso o divulgación. Se sugiere a los psicólogos tomar precauciones para impedir la posible pérdida de la información sobre las sesiones de telepsicología.

Pauta 6. Eliminación de datos, información y tecnologías. Se alienta a los psicólogos a crear procedimiento seguros para la destrucción de datos, y las tecnologías utilizadas para almacenar y transmitir los datos. El uso de las tecnologías de la información en los servicios de telepsicología plantea desafíos para el psicólogo, por ello se considerarán los procedimientos de eliminación de los datos cuidando la confidencialidad y privacidad del cliente / paciente. Al hacerlo, los psicólogos deberán limpiar cuidadosamente todos los textos e imágenes en los medios de almacenamientos antes de desecharlos de acuerdo a la conformidad de las normas de cada país.

Pauta 7. Pruebas y evaluación. Garantizar la integridad de las propiedades psicométricas de la prueba o procedimiento de evaluación (confiabilidad y validez), así como el cuidado de la adaptación de las pruebas para que se cumplan las condiciones de administración a través de las TICS. Durante la aplicación se sugiere tomar en consideración las posibles maneras con las que el cliente puede distraerse en el momento de las evaluaciones y sesiones.

Pauta 8. Interjurisdiccional Práctica. Los psicólogos deben estar familiarizados con las leyes y reglamentos que abordan la prestación de servicios de telepsicología. Cada jurisdicción

puede tener o no leyes específicas que imponen requisitos, las cuales pueden variar de acuerdo al país, estado o localidad.

### **Clasificación de las técnicas cognitivo – conductuales**

La TCC, ha evolucionado a través de los años, como consecuencia, se han desarrollado diferentes técnicas conductuales y cognitivas, así como terapias, que contribuyen al gran balaje de intervenciones psicológicas dirigidas a diversos tratamientos, como lo es la ansiedad. A continuación se mencionan concisamente algunas de las terapias y técnicas utilizadas bajo este modelo.

#### *Técnicas Operantes*

En la actualidad se siguen utilizando técnicas conductuales de la primera generación para programas de intervención de la ansiedad en la niñez y adolescencia. Díaz et al. (2017) para la explicación del condicionamiento operante se debe considerar que los antecedentes se refieren a los eventos que pasan ante la conducta. También se encuentran las consecuencias que surgen después de la conducta, teniendo impacto en el ambiente y las emociones. Dentro del modelo de condicionamiento operante se encuentran los siguientes elementos:

El *reforzamiento positivo* se aplica después de que el niño realiza la conducta deseada, de esta manera existe mayor posibilidad de que se incremente la conducta. La diferencia con el premio, radica en que el reforzamiento busca que la conducta que antecede se incremente, mientras que con el premio no necesariamente se volverá a presentar la conducta (Díaz et al., 2017).

El *castigo positivo* se aplica después de que se presenta la conducta que se busca reducir, de esta manera la persona asocia la conducta con un estímulo aversivo y deja de realizarla (Díaz et al., 2017).

Por otro lado, se puede dar el *castigo negativo* que se refiere al tiempo fuera. En los niños está técnica consiste en apartarlo del ambiente durante un minuto por año, después de que

sucedió la conducta indeseada. Al momento de aplicar la técnica, se debe considerar que el niño no la considere como una forma de escapar a la situación incómoda, más bien que se se aparte lejos de todos los reforzadores presentes (Barkley, 1987).

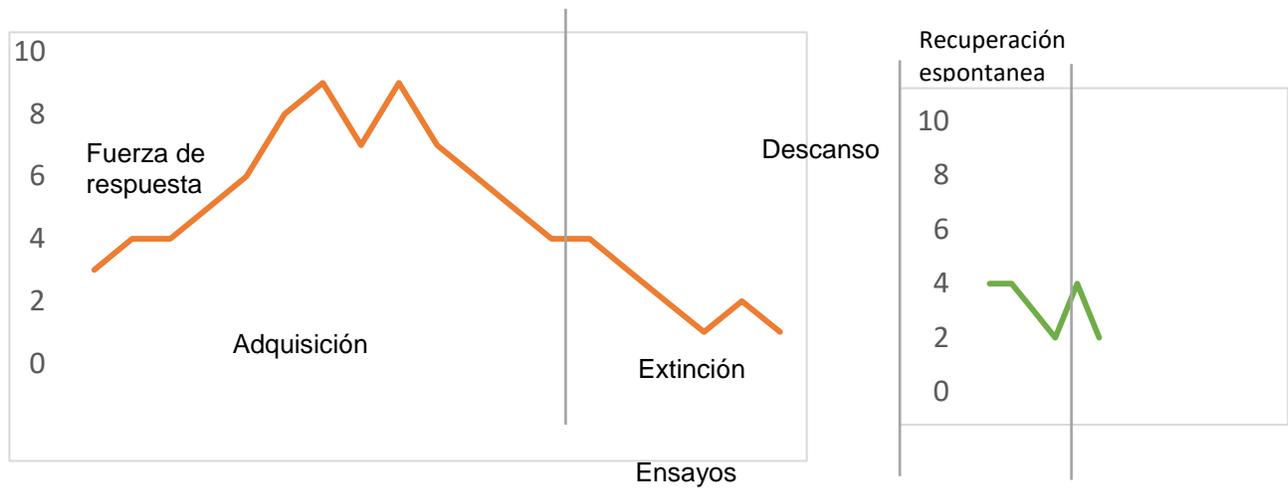
*Extinción:* se busca que la conducta indeseada deje de presentarse. Antes de aplicar la técnica, se necesita que el terapeuta y la familia, tengan identificados los reforzadores que están asociados a la conducta. Más adelante, se deben quitar los reforzadores positivos, de esta manera la persona dejará de realizar la conducta que se desea extinguir. Esta técnica ante conductas agresivas y hostiles no funciona como la mejor opción (Kazdin, 1994).

*Estallido de la extinción.* Se presenta durante el procedimiento de la extinción de la conducta debido a que el niño quiere regresar a la conducta pasada, por lo que suele incrementarse. En el caso de los infantes suele suceder que en un berrinche se aumenten los gritos y el llanto con el objetivo de lograr la demanda, pero sucede que algunas veces los padres por evitar las pataletas acceden a dar el reforzamiento, más bien lo que se ocasiona es que la conducta se vuelva a presentar (Kazdin, 1994).

*Recuperación espontánea.* Durante el proceso de la extinción, la conducta se puede llegar a presentar o incrementarse, sin embargo es necesario que se evite el reforzamiento para lograr que la conducta nuevamente vuelva a desaparecer o reducirse (Kazdin, 1994). En la Figura 4 se observa el proceso de extinción y recuperación espontánea.

**Figura 4**

*Proceso de extinción y recuperación espontánea*



*Nota:* Adaptado de “Cambio estimular y recuperación espontánea de la respuesta de orientación electrodérmica” por Selva, J., Villaplana, E., Amor, J., Adelantado, N., & Lapuente, F. 1988. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 42(1), 63-68. Derechos de autor 2011 Asociación Americana de Psicología.

*Técnicas de Exposición*

Las técnicas de exposición en los tratamientos de los trastornos de ansiedad, muestran efectividad, su propósito es acercar el estímulo temido, fóbico o ansiosa a la persona. Se sugiere que antes de iniciar las exposiciones, se haya abordado el componente de *reestructuración cognitiva*, para que el cliente se apoye de dichas habilidades al momento de encontrarse frente al evento u objeto ansiogeno (Díaz et al., 2017), Asimismo existen diferentes variantes de la técnica que se describirán a continuación.

*Exposición en Vivo:* para dicha variación es necesario que la persona construya una escala subjetiva de ansiedad, en donde vendrán de manera gradual estímulos a los que deberá ser expuesto para manejar su malestar. Se recomienda que durante el inicio del evento, el terapeuta se encuentre cerca del paciente, hasta que se logre una reducción de la mitad de la ansiedad (Bados & García-Grau, 2011).

*Exposición Simbólica:* se busca acercar a la persona al evento o estímulo temido para lograr gradualmente la reducción de su emoción negativa para ello se utilizan elementos visuales, físicos y auditivos. Por ejemplo en la actualidad se está haciendo uso de la realidad virtual en la terapia psicológica, así como los videos, dibujos y videos (Díaz et al., 2017).

*Exposición en Imaginación:* en esta variación el cliente intenta construir en su mente el estímulo o situación que le ocasiona la ansiedad, con la intención de tener mayor dominio emocional ante el evento. Dentro de dicho procedimiento, el terapeuta puede apoyarlo con un guión basado en la jerarquía subjetiva que previamente se construye, más adelante se busca que la misma persona narre las reacciones fisiológicas y pensamientos que este experimentando (Foa et al., 2007).

*Desensibilización Sistemática:* Wolpe la propone desde la teoría del condicionamiento clásico. La persona que experimenta ansiedad construye previamente una jerarquía de situaciones que le provocan malestar, asimismo se aplica un entrenamiento en relajación para que los utiliza al momento de la desensibilización. La finalidad consiste en que el niño rompa la asociación del estímulo ansiogeno con el malestar, creando una nueva asociación en donde al presentarse el evento lo relacione con un estado de tranquilidad (Díaz et al., 2017). Principalmente la desensibilización sistemática muestra efectividad en las intervenciones con fobias sociales y específicas en niños (Ward et al., 2010).

#### *Técnicas de Relajación*

*Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson (1939):* consiste en tensar los grupos musculares activando la relajación después de dicha acción. Se le dan una serie de instrucciones a la persona para tensar los músculos de arriba hacia abajo, al cabo de un tiempo de práctica se lograra entrar en un estado de tranquilidad que favorecerá al sistema nervioso central.

*El entrenamiento en Relajación Autógena de Schultz (1931):* busca que la persona evoque representaciones mentales sobre sensaciones físicas, se puede centrar la atención en el peso y calor de esta manera se activa el sistema nervioso central encargado de lograr la aceleración fisiológica con la intención de llegar a la tranquilidad. Uno de sus principios es que el cuerpo y la mente están unidos, la mente tiene influencia en nuestro sistema nervioso central.

#### *Técnicas de Modelado*

Las técnicas de modelado están basados en la teoría del aprendizaje vicario. Dicho aprendizaje está conformado por cuatro elementos básicos que son: motivación, retención, reproducción y atención (Bandura, 1986). El modelado consiste en el aprendizaje de nuevas conductas a través de la observación de otras personas. En ocasiones, la conducta observada no se logra aprender debido a fallas externas como la memoria, atención, codificación y reforzamiento inadecuado del individuo. Con dicha técnica se busca cambiar positivamente la valencia emocional y reaprender conductas sanas (Díaz et al., 2017).

*Entrenamiento en Habilidades Sociales:* utiliza técnicas para mejorar la satisfacción en la manera de relacionarse con las demás personas (pares, familia y amigos) a través de conductas saludables. Para su aprendizaje se emplean elementos como reforzamientos de las asociaciones, reestructuración cognitiva y aprendizaje mediante la observación (Segrin, 2009).

*Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).* La TREC fue fundada por Albert Ellis, sustentada bajo la concepción de que las creencias y percepciones que se tiene acerca de la realidad conforman las emociones y conductas de la persona (Ellis, 1982). El objetivo de la TREC es identificar pensamientos irracionales y disfuncionales para modificarlos por pensamientos funcionales que favorezcan una mejor calidad de vida y relaciones sociales sanas, de esta manera la persona experimentará mayor satisfacción y alegría (Ellis & Becker, 1982).

El modelo ABC de Ellis (1962) está conformado por los siguientes elementos: El acontecimiento (A) es interpretado por la persona (B) dando paso a un conjunto de creencias

sobre el evento. Finalmente surgirán las consecuencias (C) de dicha interpretación que se hace del suceso. Cuando las creencias (B) se dan de manera irracional y disfuncional comienza a crearse interpretaciones sobre los estímulos, que tienen como producto consecuencias emocionales y conductuales que pueden provocar ansiedad (Ellis & Dryden, 1987).

*Terapia Cognitiva.* Tuvo como precursor a Aarón Beck (1960), quien plantea que los elementos cognitivos como los pensamientos, ideas y creencias sobre el entorno que los rodea pueden darse de manera desadaptativa ocasionando distorsiones cognitivas acompañados de emociones negativas (Clark & Beck, 2010). El individuo ante un evento que se presenta, tienden a recurrir a los esquemas cognitivos que le sirven para darle una interpretación al estímulo (Díaz et al., 2017). A continuación se describen los elementos que forman la organización cognitiva:

*Esquemas cognitivos:* contienen la organización de las unidades cognitivas que se encuentran en nuestro cerebro, estos contribuyen a la construcción de la realidad subjetiva de la persona, por lo cual se van formando con las experiencias y creencias de nuestra cultura y contexto (Safran et al., 1986).

*Procesos cognitivos:* la persona ante una situación tiende a elegir de su esquema cognitiva la información que almacenará, la demás probablemente la eliminará. Dichos mecanismos, ya están preestablecidos en la cognición de la persona, por lo cual su elección se puede dar de manera automático, sin darse el momento consciente para analizarlo (Díaz et al., 2017).

*Reestructuración cognitiva.* Busca reducir los pensamientos automáticos negativos y los esquemas desadaptativos. Se fundamenta en la suposición básica sobre la influencia de las emociones en el comportamiento de las personas. Además de que la interpretación de la realidad, también depende de la percepción de la situación. La intención de la técnica es ayudar al paciente/cliente a la comprensión de sus pensamientos disfuncionales que le ocasionan la ansiedad y el estrés para después sustituirlas por ideas más adaptativas y saludables. Algunos

enfoques utilizan la interrogación directa para desafiar la lógica de la racionalidad, a través de preguntas y respuestas con la intención de identificar las distorsiones cognitivas de la persona. Mientras que otras técnicas utilizan la detención del pensamiento, la recomposición positiva, el juego de roles entre otras (Nezu et al., 2006)

*Resolución de problemas.* Se utiliza para el entrenamiento de un modelo de resolución de problemas para mejorar la capacidad de afrontar situaciones estresantes de la vida cotidiana. También busca disminuir el uso del estilo impulsivo/descuidado y el estilo evitativo. Dentro de la terapia se utiliza actividades de entrenamiento de habilidades, ejercicios de juegos de rol, explicaciones didácticas y asignaciones para la casa (Nezu et al., 2006).

La descripción de estas técnicas resulta indispensable para la propuesta de la intervención, de igual manera en el siguiente subtema se describe estudios que indiquen las estrategias utilizadas en la problemática de la ansiedad.

### **Tratamientos para el manejo de la ansiedad y la RE**

García et al. (2018) realizaron una investigación en Ciudad de México con una muestra de 10 niños con edades comprendidas entre 8 a 11 años con un diagnóstico de trastorno de ansiedad, por lo que se encontraban bajo prescripción de medicamentos. El tratamiento estuvo conformado por 19 sesiones, bajo modalidad presencial e impartida una vez a la semana, tuvo tres fases que abarcaban desde la evaluación (cuestionarios, pruebas psicométricas, entrevistas) y la aplicación de las técnicas desde el enfoque cognitivo-conductual (detención de pensamiento, psicoeducación, relajación autógena). Los resultados arrojan que los niños mostraron reducciones significativas en las evaluaciones posteriores al tratamiento, se logró reducir las reacciones fisiológicas ocasionadas por la ansiedad. Las conclusiones arrojan que se modificaron las distorsiones cognitivas sobre el estímulo ansioso, además de lograr el aprendizaje significativo en el manejo de su sintomatología ansiosa. Además se hace la

sugerencia de incluir grupos controles que tengan como criterio de exclusión el uso de la farmacoterapia para saber si realmente el tratamiento tuvo la efectividad.

En España, Santesteban-Echarri et al. (2016) realizaron un tratamiento bajo un diseño de estudio de caso con un participante varón de 12 años que tuvo como diagnóstico fobias específicas (ascensores, metro, inyecciones, palabra bomba), asimismo niveles altos de ansiedad ante la evaluación externa y el miedo al fracaso. Cabe destacar que el varón tomaría ocho sesiones grupales bajo la adaptación del Brief Coping cat, y las fobias específicas serían intervenidas en sesiones individuales. Los resultados arrojan que hubo una reducción de las subescalas del instrumento SCAS, sin embargo la subescala fobia social no tuvo modificaciones. También se tomó en consideración a los profesores, quienes externaron puntuaciones moderadas en las síntomas, pero no hubo significancia clínica en las subescalas. Finalmente para complementar la satisfacción de la intervención, se incorporó un cuestionario conformado por elementos como sesiones de exposición, porcentaje de realidad entre otros. En las conclusiones se comprueba la efectividad de la intervención de forma grupal y se sugiere la incorporación de las técnicas de exposición en los diagnósticos de fobia específica en la población infantil.

Silk et al. (2018) realizaron una investigación con una muestra de 133 participantes, con edades de entre 9 a 14 años, dentro del procedimiento se realizó una entrevista y pruebas psicométricas para contemplarlos en el grupo. Los jóvenes fueron asignados al azar al tratamiento después de las evaluaciones previas al tratamiento. Para realizar la comparación de los dos tratamientos, se tuvo la intervención desde el enfoque cognitivo-conductual organizada en 16 sesiones, de 60 minutos, impartidas presencialmente una vez a la semana. Conformada por los siguientes componentes: 1. Habilidades para el manejo de la ansiedad y 2. Exposición. Las sesiones 4 y 9 se llevan a cabo con los padres. La otra intervención fue una Terapia de apoyo centrada en el niño (CCT) la cual es una psicoterapia de apoyo manualizada, no directiva,

fundada en el enfoque humanista como la empatía y la autenticidad del terapeuta. Estuvo conformada por 16 sesiones, con los padres incluidos en las sesiones 4 y 9 con duración de 60 minutos. Las técnicas empleadas en la Terapia de apoyo centrada en el niño (CCT) incluyen la escucha activa, empatía precisa y estímulo para hablar sobre los sentimientos. Se adaptó el manual para que sea adecuado para jóvenes con TAG y SAD. Los resultados muestran que la mayoría de niños respondieron tanto a CCT (55,8%) como a CBT (71,1%). Los grupos de tratamiento difirieron en la respuesta al tratamiento al año de seguimiento, en comparación con los jóvenes que recibieron CCT. Las conclusiones refieren que la mayoría de los jóvenes respondieron positivamente tanto a la TCC como a la CCT en el postratamiento; sin embargo, hubo tres ventajas distintas de la TCC sobre la comparación activa. Primero es más probable que alcancen la recuperación completa de todos los diagnósticos de ansiedad específicos. En segundo lugar, hay un porcentaje significativamente mayor de jóvenes recuperados por completo al año de seguimiento tratados con TCC en comparación con CCT. En tercer lugar, los jóvenes tratados con TCC informaron importantes emociones negativas significativamente menores asociadas con eventos negativos o que provocan ansiedad en las medidas de muestreo en la segunda mitad del tratamiento en relación con los jóvenes.

Mennin et al. (2015) realizaron un estudio que tuvo objetivo proporcionar un apoyo inicial para la eficacia de la Terapia de Regulación Emocional (TRE) en un ensayo abierto de pacientes con TAG y síntomas depresivos concurrentes. La muestra estuvo conformada por 21 adultos (35 a 25 años). El tratamiento se estructura en 20 sesiones. En la primera mitad, las sesiones se basan en la concentración de estrategias de regulación de las emociones para que los clientes respondan "de forma contraria", es decir, regulación de la atención y habilidades de regulación de emociones más elaboradas verbalmente. En la segunda mitad de la ERT, los clientes se esfuerzan por ser más proactivos, a través de ejercicios de exposición en las sesiones y ejercicios de exposición en casa o en el trabajo. En recta final del programa, se direcciono hacia la

consolidación de las ganancias y prepararlos para la terminación. Los resultados demostraron mejoras del tratamiento prematuro ( $g = 1.42$ ) en el TAG CSR. Los índices de diagnóstico para todos los trastornos mejoraron significativamente desde el pretratamiento hasta el postratamiento y los periodos superiores de seguimiento ( $g$ 's= 0.52-3.90). En relación con el pretratamiento, a los tres meses se evaluó ( $g$ 's = 0.65-1.17) y a los nueve meses ( $g$ 's = 0.93 - 1.35). Los pacientes mantuvieron ganancias durante los períodos de seguimiento de tres y nueve meses.

March et al. (2018) realizaron un tratamiento con la finalidad de examinar la viabilidad y aceptabilidad de un programa ICBT de autoayuda en línea disponible públicamente (BRAVE Self-Help) a través de la exploración de la adherencia al programa, la satisfacción y los cambios en la ansiedad. Los participantes fueron 4425 jóvenes ansiosos de 7 a 17 años. El periodo de reclutamiento fue de 2 años, los participantes se registraron para el programa a través de un sitio web accesible solo para familias australianas. BRAVE-OLINE es una plataforma basada en la TCC que cuenta con evidencia disponible en línea para población infanto-juvenil que abarca desde los 8 a los 17 años. Se imparte en diez sesiones en línea de 60 minutos que generalmente se completan durante 10 semanas. Se ofrecen dos sesiones más 1 mes y 3 meses después de completar el programa como actualización. Hay cinco o seis sesiones en línea de 60 minutos para los padres, seguidas de dos sesiones de actualización en línea. El programa de autoayuda también incluía mensajes de alerta automáticos que se enviaban a los usuarios si informaban puntuaciones de ansiedad en el rango clínico. Los resultados arrojan que la calificación media de satisfacción total del programa fue 17.72 ( $DE = 5.16$ ) de un máximo de 25. En promedio, los usuarios infantiles completaron 5.77 sesiones ( $DE = 2.45$ ), mientras que los usuarios adolescentes completaron 5.62 sesiones ( $DE = 2.25$ ). Se evidenció una correlación negativa significativa entre el número de sesiones completadas y los puntajes finales de CAS-8 ( $r = -.17$ ;  $p = .003$ ), de modo que una mayor finalización de la sesión se correlacionó con la menor

gravedad final de la ansiedad. Las conclusiones refieren que la retroalimentación de los participantes fue positiva y el programa fue aceptable para la mayoría de los jóvenes.

Flujas-Contreras et al. (2017) En España, realizaron una intervención psicológica utilizando realidad virtual y una plataforma digital. Los participantes fueron niños que se encontraban hospitalizados durante mucho tiempo y presentaban ansiedad y problemas en el afrontamiento del dolor. El programa titulado “La Academia Espacial” está conformado dos programas. Por un lado tenemos un protocolo llamado “MARTE” que se emplea de manera física a los niños en la clínica u hospital donde se encuentran internados. Mientras que el programa de Terapia Emocional Online, que se aplica de manera individual para completar las actividades que se enseñan en el otro programa. Sobre los resultados, la mitad de los participantes mostraron reducciones en las puntuaciones del afecto negativo. En la variable de resiliencia hubo un ligero incremento en las mediciones posteriores a la intervención. Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes después del tratamiento psicológico, así como el tamaño de efecto es pequeño. En las conclusiones, se resalta que los niños mostraron interés y motivación para realizar las actividades del programa.

Essau et al. (2012) en Alemania, realizaron una investigación para conocer la efectividad de un programa universal de prevención titulado “FRIENDS” para la ansiedad infantil y la prevención del comportamiento cognitivo. Dentro de la muestra hubo 638 niños de diferentes instituciones educativas, donde se formó un total de 302 niños. En los resultados, se destaca que hubo diferencias significativas de grupo para los puntajes totales de SCAS y tres de sus subescalas (ansiedad por separación, trastorno de pánico y TAG) a los 12 meses del seguimiento ( $p < .01$ ). Por otro lado para la dimensión de fobia específica (6 meses:  $p < .05$ ; 12 meses:  $p < .01$ ) y TOC (6 meses:  $p < .001$ ; 12 meses:  $p < .001$ ) mostraron diferencias en los seguimientos de 6 y 12 meses. Los niños con edades de 9 a 10 años, mostraron mayor efectividad en la

medición posterior a la intervención. Por otro lado, los participantes de 11 a 12 años, presentaron una reducción de la ansiedad hasta los 6 y 12 meses de seguimiento.

Mychailyszyn et al. (2012) realizaron un meta-análisis con un total de 63 estudios realizados en 11 países (la mayoría en Australia y Estados Unidos). En los resultados se encontró que los tamaños posteriores al efecto indican que la TCC basada en la escuela tuvo un efecto de tamaño medio de 0.50 para reducir la ansiedad. Para los 27 estudios que tenían datos de referencia posteriores al tratamiento fue de .50 ( $p < .001$ ) para reducir la sintomatología ansiosa. Con respecto al seguimiento de tres meses, hubo cinco estudios de intervención de ansiedad que tuvieron un tamaño de efecto medio significativo. En las conclusiones se destaca que los tamaños del efecto resumido sugirieron que las intervenciones para la ansiedad fueron moderadamente efectivas, con un efecto de tamaño medio de .50, y que las intervenciones para la depresión fueron moderadamente eficaces, con un efecto general pequeño a medio de .30. Los resultados actuales sugieren que las intervenciones implementadas por el personal de la escuela producen resultados equitativos a los proporcionados por el personal de investigación. Sin embargo, este análisis se centró en los esfuerzos de prevención universal y, por lo tanto, la conclusión puede variar para otros niveles de intervención.

## Método General

### Planteamiento del problema

Los casos reportados en México sobre los trastornos de ansiedad es de 4, 281,809, representando el tres punto seis por ciento de la población. De esta manera México, en la parte de América se encuentra en la tercera posición, sólo por debajo de Brasil con una prevalencia de 18, 657, 943 representando el nueve punto tres por ciento de su población (OMS, 2017). En la población infantil y adolescente, también se encuentran altos índices de trastornos de ansiedad, siendo uno de los que más afectan la salud mental teniendo una prevalencia entre el 3 y el 31%. Aunado a lo anterior, la sintomatología ansiosa se encuentra presente en muchas problemáticas psicopatológicas. No obstante existen tratamientos para abordar la problemática, pero muestran baja adherencia y reducción de la efectividad en los meses posteriores, por ello es necesario seguir investigando sobre las estrategias que puedan ayudar a dichos tratamientos (Perales y Cancio, 2017).

En México Miranda de la Torre et al., (2009) realizaron un estudio con niños escolarizados en escuelas públicas y privadas. Las edades comprendidas de los participantes fueron de 10 a 13 años. Los resultados arrojan que los participantes con ideación suicida muestran mayores niveles de sintomatología depresiva, aunado a lo anterior poseen un riesgo 8.8 veces mayor en comparación con los infantes clínicamente sanos. También se encuentra que el grupo con ideación suicida presenta bajos niveles de autoestima y los niños escolarizados que experimentan ansiedad tienen un riesgo de 2.6 veces mayor a presentar ideación suicida en ambos géneros. Además, en un estudio, se ha encontrado que los trastornos de ansiedad han mostrado altas asociaciones con los trastornos del estado de ánimo, es común que la sintomatología ansiosa se presente con la depresiva (Cummings et al., 2014).

La ansiedad se define como un período de nerviosismo confuso, acompañado de preocupación excesiva por eventos futuros. La persona puede experimentar reacciones

fisiológicas como cefaleas, aumento de la temperatura, aceleración del ritmo cardiaco, sudoraciones, sensación de vacío en el estómago y palpitaciones entre otras. También va acompañada de alteraciones cognitivas, como la percepción de peligro, despersonalización en ocasiones pérdida de la realidad y creencias irracionales. Cuando la duración de los síntomas se presenta al menos durante seis meses afectando la funcionalidad académica, social, emocional y familiar, se encuentra la posibilidad de cumplir con los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad (Mutismo selectivo, Fobia específica, Ansiedad Social, Ansiedad por Separación, Ansiedad Generalizada). Por lo que la prevención es de suma importancia desde edades tempranas (Asociación Americana de Psicología, 2014).

Cuando dicha sintomatología no se atiende bajo un tratamiento psicológico efectivo suele empeorar hasta la etapa de la adolescencia, considerando que también dicho desarrollo, se puede agravar por los cambios emocionales y físicos que acompañan a esta etapa. En la Psicología de la Salud, existen intervenciones para abordar la problemática, sin embargo pocas cuentan con el rigor metodológico para ser aplicadas en el área clínica o educativa. Por lo cual es indispensable someter los diseños de intervención a una revisión profunda que contemple a expertos con la formación y experiencia de cada problemática a estudiar, de esta manera la estructura de las técnicas, los contenidos y el material que se utiliza en cada sesión se verán enriquecidos.

Además muchos de las intervenciones que se encuentran en la literatura se implementan en contextos presenciales, pocas en ámbitos escolarizados. Lo que plantea la necesidad de contar con evidencia de la efectividad de los tratamientos impartidos en línea que cuentan con elementos TICs para su desarrollo, especialmente en México con población infantil. La telepsicología ha sido utilizada durante muchos años atrás, pero ha tomado mayor relevancia por la emergencia mundial ante pandemia del COVID 19. Teniendo nuevos retos para el desarrollo de programas que promuevan conductas saludables para el cuidado de la salud mental.

Asimismo tratamientos que permitan atender problemáticas de salud pública que siguen creciendo en la actualidad.

Las emociones básicas y secundarias en el ser humano tienen un impacto en el desarrollo o prevención de enfermedades orgánicas y psicológicas. Por lo cual la regulación emocional puede contribuir cómo un factor de protección para dichos padecimientos. En México, el tema de la salud emocional se ha integrado en el sistema educativo hace algunos años en comparación con otros países que llevan más años inmersos en el tema. Por lo que es de suma relevancia tener mayor conocimiento sobre los componentes y técnicas que permiten favorecer las estrategias de regulación emocional en infantes dentro de la terapia psicológica impartida en línea. Webster- Stratton y Reid (2010) refieren que los tratamientos en la niñez brindan más oportunidad de aprender conductas saludables en comparación con la adultez, de esta manera el niño obtendrá un mayor impacto positivo en el ambiente familiar y escolar.

### **Justificación**

En una revisión Caraveo-Anduaga y Martínez-Vélez (2020) encontraron un incremento notable de la sintomatología ansiosa en niños y adolescentes en las instituciones educativas públicas, igualmente los profesionales de la salud refieren que las consultas médicas por dichas problemáticas son frecuentes en los hospitales (González & Pérez, 2014). Los infantes con sintomatología ansiosa utilizan estrategias reguladoras más desadaptativas que aquellos sin dicha sintomatología (Mathews et al., 2016; Rodríguez-Menchón, et al., 2021).

López (2012) refiere que en la infancia la neuroplasticidad cerebral permite aprender nuevas habilidades y fortalecer las desarrolladas, por lo que los niños pequeños tendrán la oportunidad de aprender más fácil los contenidos. Y a través de la práctica de las técnicas podrán consolidarlas e integrarlas en su vida diaria con la intención de beneficiar su calidad de vida. Esta investigación pretende incluir la variable de regulación emocional dentro del tratamiento,

brindando mayor evidencia en que componentes y técnicas impartidas en línea sirven para su incremento.

La estadística descriptiva aporta datos importantes en la salud emocional y mental de los infantes escolarizados mexicanos, que serán utilizados para ampliar los conocimientos sobre las variables estudiadas, así como para relacionarse con otras problemáticas detectadas en el área familiar y social. Además es indispensable contar con tratamientos basados en evidencia, que contemplen los huecos y sugerencias de los anteriores estudios. Por lo que en la presente investigación, se pretende diseñar el programa “Mi Mundo emocional” bajo el modelo cognitivo conductual, el cual se somete a validación por parte de jueces expertos. Dando como resultado un manual de aplicación para el psicólogo, material digital para cada sesión y un cuadernillo físico de actividades que podrá ser utilizado para el tratamiento de la sintomatología ansiosa a nivel grupal.

La Telepsicología, en varios países como Australia y Estados Unidos ha mostrado evidencia de tratamientos que utilizan Tecnologías de la Información y Comunicación como plataformas, correo electrónico, páginas web, videollamadas entre otras herramientas tecnológicas, sin embargo dichos programas funcionan de manera automatizada y bajo un modelo de comunicación indirecta con el niño. Haciendo énfasis que por las características propias de la etapa de la infancia, es indispensable conocer la efectividad de las intervenciones aplicadas en línea con un nivel de comunicación directo con el participante, dónde se promueva la utilización de material novedoso, atractivo auditivamente y visualmente para más adelante con base en dichos resultados, diseñar programas automatizados. Por lo cual, el presente estudio aportará conocimiento sustentado en evidencia empírica de la telepsicología, cuyos resultados benefician el área escolar y familiar de cada participante.

## **Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la efectividad de la intervención cognitivo-conductual “Mi mundo emocional” aplicado en línea para favorecer la regulación emocional y disminuir la sintomatología ansiosa en infantes escolarizados de 9 a 11 años?

## **Objetivos**

### ***Objetivo General***

Determinar la efectividad de la intervención cognitivo-conductual en línea “Mi Mundo emocional” para incrementar la regulación emocional y disminuir la sintomatología ansiosa en infantes escolarizados de 9 a 11 años.

### ***Objetivos Específicos***

Describir la sintomatología ansiosa y las estrategias de regulación emocional en infantes escolarizados de 9 a 11 años.

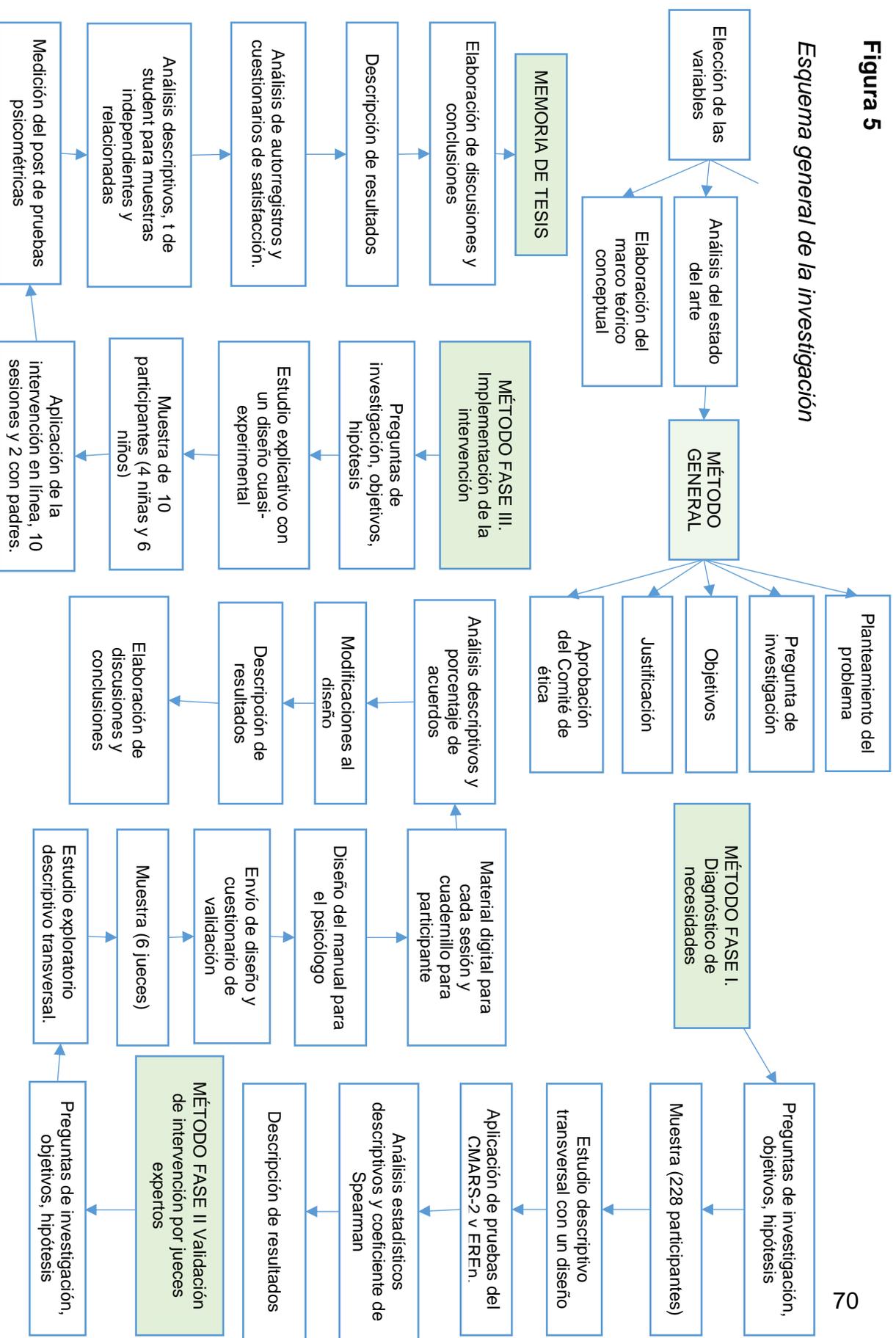
Validar por jueces expertos una propuesta de intervención cognitivo-conductual en modalidad en línea para favorecer la regulación emocional en infantes escolarizados con sintomatología ansiosa.

Implementar una intervención cognitivo-conductual en línea para determinar su efectividad en la incrementación de la regulación emocional y disminución de la sintomatología ansiosa en infantes escolarizados de 9 a 11 años.

Para llevar a cabo la investigación se dividió en fases que se observan en la Figura 5.

**Figura 5**

*Esquema general de la investigación*



Nota. Elaboración propia

## **Método Fase 1. Diagnóstico de Necesidades**

El presente capítulo, describe el método de la Fase 1, 2 y Fase 3. Conformado por la pregunta de investigación, objetivos, hipótesis y variables. También se menciona el tipo de estudio y diseño, instrumentos a utilizar, procedimiento, materiales, análisis, escenario, lineamientos éticos y análisis de datos.

### **Justificación**

La ansiedad como problemática de salud pública se encuentra ligada con variables como el bullying, conductas alimentarias de riesgo, ideación suicida, baja autoestima y depresión entre otras. Además de que los trastornos de ansiedad han mostrado un incremento en el área clínica y también en las escuelas se percibe que los niños se encuentran ansiosos. En la población infanto-juvenil, la prevalencia en los trastornos es del 3 y el 31%, encontrándose como uno de los más frecuentes. En el DSM-5 y los cuadros clínicos de la infancia se puede observar que regularmente se encuentra en gran parte de los trastornos, teniendo una prevalencia de un tres por ciento y un 21% (Perales y Cancio, 2017). Durante la pandemia del COVID-19, los infantes dejaron de asistir a clases presenciales lo que sugiere que las habilidades sociales, la preocupación recurrente por la incertidumbre al futuro y el miedo a contagiarse pudieron ocasionar niveles por encima del promedio. Por lo que se subraya la importancia de contar con datos sobre los niveles de ansiedad en los niños escolarizados en México, principalmente en Hidalgo. Además cabe enfatizar que en países extranjeros, se muestran déficits en la regulación emocional en aquellos niños y adolescentes que arrojan altos puntajes en las evaluaciones de ansiedad, sin embargo dichos resultados no se pueden generalizar en la población mexicana. La presente fase arrojará datos importantes para la identificación del grupo experimental que participara en el diseño de intervención. Aunando a lo anterior, los hallazgos permiten a los actores de la escuela concientizar sobre la relevancia de la salud mental, para considerarlos en los contenidos del currículo educativo.

## **Pregunta de Investigación**

¿Qué correlación existe entre la sintomatología ansiosa y las estrategias de regulación emocional en niños y niñas de 9 a 11 años?

## **Objetivo General**

Conocer la correlación entre la sintomatología ansiosa y las estrategias de regulación emocional en infantes escolarizados de 9 a 11 años

## **Objetivos específicos**

Describir los puntajes de ansiedad de los infantes de 9 a 11 años inscritos en la escuela Justo Sierra.

Describir las estrategias de regulación emocional utilizadas por infantes de 9 a 11 años de la escuela Justo Sierra

Identificar las diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de ansiedad entre las niñas y niños de 9 a 11 años de la escuela de Justo Sierra.

## **Hipótesis estadísticas**

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre los puntajes de ansiedad y las estrategias de regulación emocional en infantes de 9 a 11 años.

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre los puntajes de ansiedad y las estrategias de regulación emocional en infantes de 9 a 11 años.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de ansiedad entre las niñas y niños de 9 a 11 años.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de ansiedad entre las niñas y niños de 9 a 11 años.

## Variables

**Tabla 5**

*Variables dependientes de la fase 1*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Sintomatología ansiosa	Se define como la preocupación excesiva y difusa ante eventos futuros que se perciben como amenazantes para la persona. En ocasiones se experimentan reacciones fisiológicas como sudoraciones, aumento de la frecuencia cardiaca, sensación de vacío en el estómago y respiración agitada (American Psychiatric Association, 2014).	La Escala de Ansiedad Manifiesta en niños Revisada, segunda edición (CMASR-2) (Reynolds & Richmond, 2012), está conformado por 49 reactivos, con opción de respuesta dicotómica, dirigida a edades de entre 6 y 19 años para medir el nivel de ansiedad general que está dividido en ansiedad social, fisiológica e inquietud. El coeficiente alfa de confiabilidad en México es de 0.87.
Regulación emocional	Capacidad que tenemos las personas para identificar, comprender y expresar nuestras emociones, que incluye la puesta en marcha de estrategias funcionales o adaptativas ante el evento que nos produce malestar (Gross & Jazaieri, 2014).	Puntuación obtenida en la "Escala de estrategias de regulación emocional para niños (EREN), creada para población mexicana por Ortiz (2014). Tiene como objetivo la identificación de acciones que utilizan los niños ante eventos que le ocasionan malestar. Constituida por 33 preguntas en escala tipo Likert.

*Nota.* Elaboración propia

## **Población**

Niños y niñas de 9 a 11 años de edad inscritos en una institución pública primaria perteneciente al estado de Hidalgo.

## **Muestra**

Está conformada por 228 participantes con edades comprendidas entre los 9 a 11 años inscritos en una escuela pública ubicada en Progreso de Obregón, Hidalgo, México.

## **Tipo de muestreo**

Con base en las características de esta fase, se eligió un muestreo no probabilístico por conveniencia (Coolicam, 2018).

A continuación se describen los criterios que fueron tomados en cuenta para la elección de la muestra.

## **Criterios de inclusión**

- Estar inscritos formalmente en el sistema educativo básico, específicamente en la escuela primaria de Progreso de Obregón..
- Cursar el 4° o 5° grado
- Tener entre 9 a 11 años de edad
- Aceptar el asentimiento informado por parte de los participantes y el consentimiento informado dirigido hacia la madre o tutor.
- No encontrarse en tratamiento psicológico o farmacológico.

## **Criterios de exclusión**

- No tener entre 9 a 11 años de edad.
- Tener alguna discapacidad
- Estar en tratamiento psicológico o farmacológico.

- No aceptar el asentimiento informado por parte de los participantes y el consentimiento informado dirigido hacia la madre o tutor.

### **Criterios de eliminación**

- Dejar pruebas inconclusas.
- Contestar incorrectamente los instrumentos

### **Tipo de estudio y diseño**

El tipo de estudio es descriptivo con un diseño no experimental transversal (Hernández-Sampieri & Torres, 2018).

### **Instrumentos**

*Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 CMASR-2* (Reynolds & Richmond, 2012). La estandarización se realizó por Duarte (2012). La prueba contiene un total de 49 afirmaciones, con opción dicotómica (si/no). Con respecto a su calificación e interpretación, a menor puntaje, menor ansiedad. El instrumento se aplica a población infanto-juvenil (6 a 19 años) para medir el nivel de *Ansiedad Total*, el cual comprende 40 ítems, y otras subescalas como *Ansiedad Social* conformada por 12 ítems, que se enfoca en eventos académicos y sociales. También se encuentra la *Ansiedad Fisiológica* que involucra situaciones donde se activan reacciones fisiológicas ante situaciones de malestar y la subescala de *Inquietud* cuenta con 16 reactivos.

*Escala de Estrategias de Regulación Emocional para Niños EREN* de Ortiz (2014) diseñada y validada para población infantil mexicana. La escala posee un alfa total de Cronbach de 0.87. Es utilizada para valorar el tipo de estrategias de regulación emocional que los niños entre 8 y 12 años utilizan para reducir su ansiedad en situaciones de malestar. Constituida de 33 preguntas con cuatro opciones tipo Likert (siempre =3, casi siempre =2, casi nunca= 1 y nunca

=0). La EREN, está agrupada en dos factores cuyos componentes están definidos como *estrategias que facilitan la regulación de la emoción* que contiene 22 reactivos como: “digo lo que siento”, “trato de ver el lado bueno de la situación”, “cuento hasta 10 con la intención de disminuir lo que siento”, “pido ayuda a otra persona”. Por otro lado el factor *estrategias que dificultan la regulación de la emoción* integrado por 11 reactivos “grito o insulto”, “actúo como si no estuviera pasando nada”, “golpeo o aviento cosas”. En cada factor, a mayor puntuación mayor utilización de estrategias.

### **Procedimiento**

Se contactó a la institución educativa pública para darles a conocer el proyecto. Más adelante se tuvo una junta con la subdirectora para acordar la forma de trabajo y conseguir el permiso. Ya teniendo las fechas acordadas se realizó una reunión con los profesores de cada grupo para solicitar su apoyo en la invitación a cada alumno y madre. Después se realizaron juntas con la madre o tutor de cada participante para obtener los consentimientos informados y se realizó la aplicación de las pruebas psicométricas mediante formularios de Google en una sesión virtual de 50 minutos aproximadamente, también se les pidió tener la cámara prendida a todos los participantes. Cada profesor de grupo estuvo presente en la reunión pero no participó en la aplicación. Después se realizaron las calificaciones y la interpretación de las escalas. Ya teniendo dichas calificaciones, se realizó el análisis estadístico y el reporte de resultados. De esta fase se conformo el grupo experimental con los niños que arrojaron puntajes por encima del promedio en el instrumento del CMARS-2.

### **Análisis de datos**

En el Paquete Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS v. 25) se hicieron los análisis descriptivos (media, desviación estándar y frecuencias) para los datos de cada instrumento. Igualmente, se utilizó la prueba de kolmogorov-smirnov para conocer la distribución normal de

los puntajes. Con base en dichos resultados en la variable de ansiedad se empleó la prueba paramétrica t de student para muestras independientes para la comparación de género. Para la variable de regulación emocional se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney debido a que los valores no encontraron distribución normal. Es por ello que se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para conocer las relaciones entre ambas variables.

### **Consideraciones éticas**

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. También se contó con la autorización, de los directivos de la institución educativa para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos. Los padres o tutores brindaron su consentimiento informado y se les hizo saber a los niños y niñas que su participación era voluntaria y confidencial, y que podían finalizar sus respuestas en el momento que lo desearán sin ninguna repercusión. Cabe mencionar, que los directivos de la escuela recibieron un informe sobre los resultados, en el que se mantuvo el anonimato de cada estudiante.

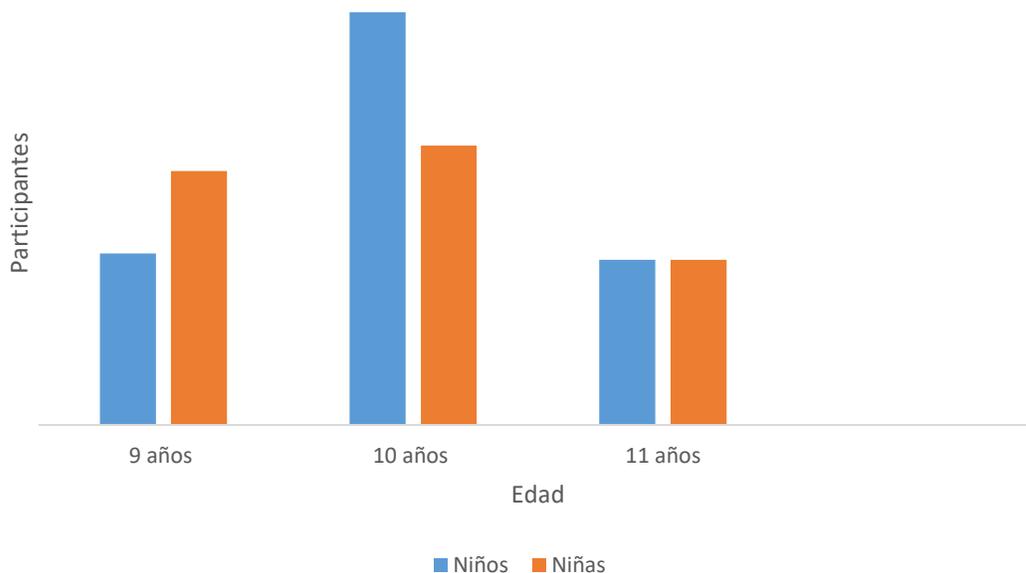
## Resultados Fase 1. Diagnóstico de Necesidades

### Análisis Descriptivo General

Hubo un total de 228 participantes, de los cuales el 48.2% fueron niñas y el 51.8% representaron a niños. En la Figura 6, se observa que la edad que predominó en la muestra, fue de 10 años con el 47.8%, seguido de los 9 años con el 29.4% y los 11 años con el 22.8%.

### Figura 6

*Descripción de la muestra por edad y sexo*

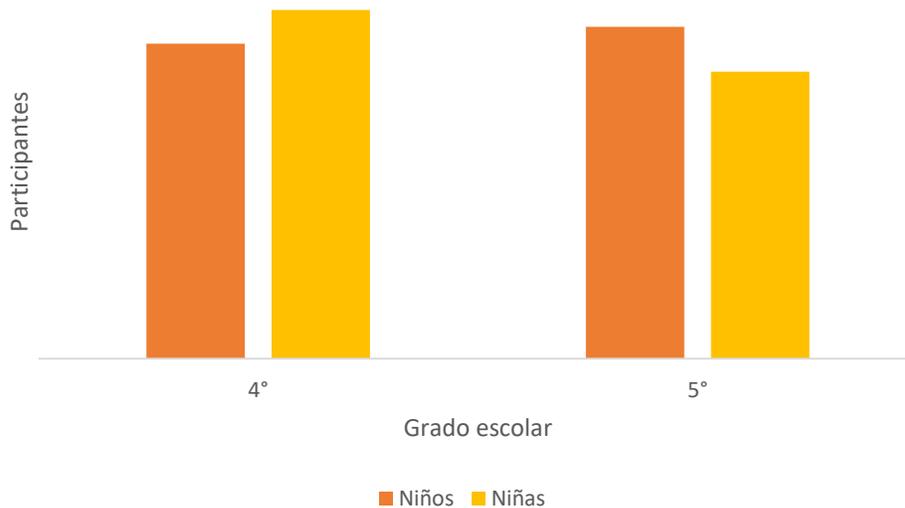


*Nota.* Elaboración propia

En la Figura 7 se muestran las edades y el grado escolar en el que se encontraban los participantes. El 50.4% pertenecen al 4 grado ( $n = 115$ ) ocupando el mayor número de participantes, mientras que el 49.6% ( $n = 113$ ) representa al 5° grado ( $n = 113$ ).

## Figura 7

Distribución de la muestra por sexo y grado escolar



Nota. Elaboración propia

### Análisis Descriptivo de la Sintomatología Ansiosa

Para medir la sintomatología ansiosa se utilizó la *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada*, después de realizar los análisis estadísticos descriptivos se encontró que los participantes obtuvieron puntajes promedio que caen dentro de los estándares normales de ansiedad ( $M = 17.88$ ,  $DE = 7.84$ ). Sin embargo, se encuentra que el 7.5% manifiesta niveles elevados por encima del promedio. Se observa en la Tabla 6 que las niñas muestran mayores puntuaciones promedios en la *Ansiedad Total*, así como en las subescalas: *Ansiedad Social*, lo que indica preocupaciones al interactuar en público y en la escuela; en la subescala de *Inquietud*, es decir, preocupaciones obsesivas y poco claras, incluyendo temores a ser lastimadas o un aislamiento social. Sin embargo los

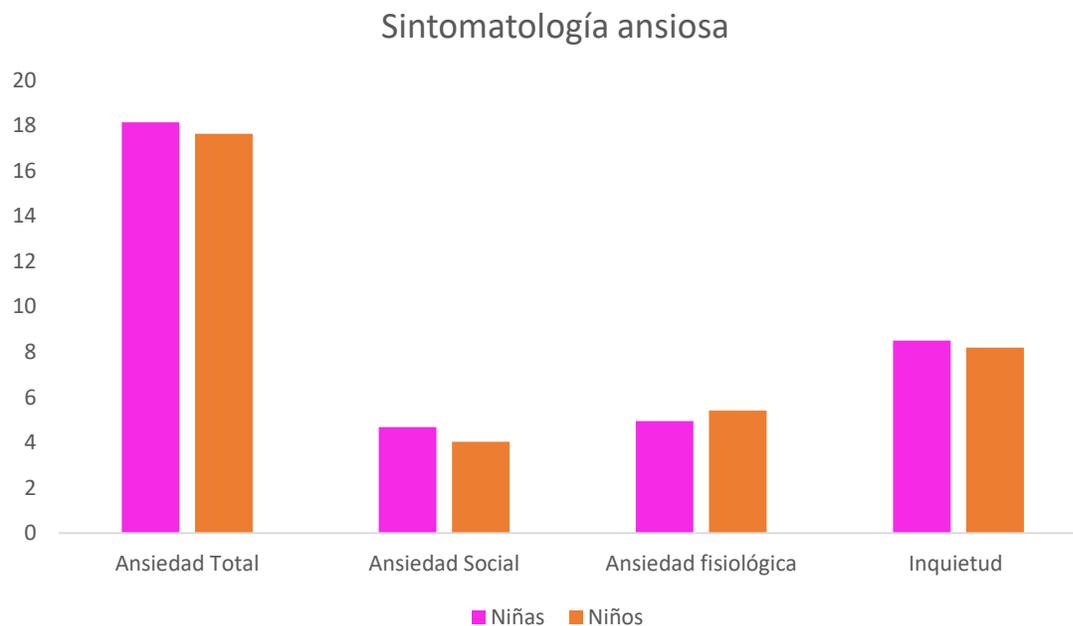
niños presentan mayores puntajes promedio en la subescala de *Ansiedad Fisiológica*, lo cual incluye aspectos somáticos como náuseas, dificultades de sueño, dolores de cabeza y fatiga. También, se utilizó la prueba *t student*, para identificar las diferencias entre niños y niñas sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $t = .481, p < .631$ ).

Para medir la sintomatología ansiosa se utilizó la *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2*

En el factor Ansiedad Total, después de realizar los análisis estadísticos descriptivos se encontró que los participantes obtuvieron puntajes promedio que caen dentro de los estándares normales de ansiedad ( $M = 17.88, DE = 7.84$ ). Sin embargo, hubo un 7.5% que salieron por encima del promedio considerándose dentro un grupo clínico. Las puntuaciones refieren que las niñas presentan menos ansiedad fisiológica ( $M = 4.95, DE = 2.4$ ), es decir los niños muestran más sintomatología a nivel fisiológico ( $M = 5.42, DE = 2.70$ ) cómo pueden ser cefaleas, náuseas, dolor abdominal, insomnio y respiración agitada entre otras. Sin embargo las niñas tienden a presentar más ansiedad social ( $M = 4.69, DE = 2.85$ ), es decir dificultades para relacionarse con los demás en situaciones que animen la expresión verbal, también es probable que muestren temor al hablar en público y realizar tareas escolares cómo exposición en grupo y participación en clase. Sobre la escala de Inquietud, se encuentran puntajes similares entre los niños y las niñas ( $M = 8.19, DE = 3.60, M = 8.50, DE = 3.67$ ). En la Figura 8 se puede observar los resultados del instrumento.

## Figura 8

*Puntuaciones de la ansiedad en niños y niñas.*



*Nota.* Elaboración propia

### **Análisis Descriptivo de la Regulación Emocional**

En el total de los puntajes se encuentra que los participantes utilizan en menor medida las estrategias que dificultan la regulación de la emoción ( $M = 8.29$ ) comparación con las estrategias que facilitan ( $M = 42.92$ ). Las niñas ligeramente tienden a utilizar más acciones agresivas, evitación del problema, poca expresión de sus emociones ante las situaciones que le generan un malestar ( $M = 9.08$ ,  $DE = 6.36$ ) en comparación con los niños ( $M = 7.44$ ,  $DE = 5.52$ ). Para la comparación de géneros se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney encontrando que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres y los varones ( $U = 6167.500$ ,  $p < .517$ ). En la Tabla 6 se describen las medias y desviaciones estándar de cada factor. Asimismo en la Figura 9 se aprecian las puntuaciones de las Estrategias de Regulación Emocional.

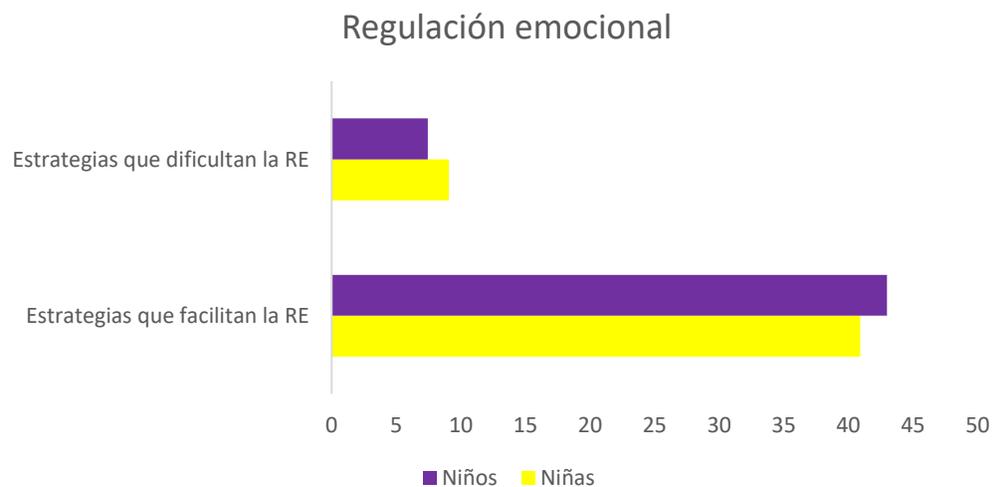
**Tabla 6***Comparación de las medias obtenidas en el CMASR-2 y el EREN*

Variables	Total	Niños		Niñas	
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Ansiedad total	17.88	17.64	8.05	18.14	7.63
Ansiedad social	4.35	4.03	2.96	4.69	2.85
Ansiedad fisiológica	5.19	5.42	2.70	4.95	2.49
Inquietud	8.34	8.19	3.60	8.50	3.67
Estrategias que dificultan la regulación de la emoción	8.29	7.44	5.52	9.08	6.36
Estrategias que facilitan la regulación de la emoción	41.92	42.99	12.71	40.92	11.05

*Nota.* *M*= Media, *DE*= Desviación estándar.

**Figura 9**

Estrategias de regulación emocional utilizadas en niños y niñas



*Nota.* Elaboración propia

## Correlaciones

A continuación se muestran los resultados encontrados con el coeficiente de correlación de Spearman. La ansiedad total mostró una correlación de fuerza moderada con las estrategias que dificultan la regulación de la emoción ( $\rho = .517, p < .01$ ). Además la Inquietud ( $\rho = .359, p < .01$ ) y la ansiedad social ( $\rho = .449, p < .01$ ) mostraron una correlación de fuerza moderada con dicho factor, lo cual nos indica que los niños y niñas que expresen poco su sentir, ignoren a las personas, eviten hablar de la problemática y tienden a ser agresivos tendrán mayores niveles de ansiedad. Por otro lado se encuentran correlaciones inversamente proporcionales de fuerza baja entre ansiedad total ( $\rho = -.136, p < .01$ ), ansiedad fisiológica ( $\rho = -.149, p < .01$ ) y ansiedad social ( $\rho = -.189, p < .01$ ) con las estrategias que facilitan la regulación de la emoción. La inquietud no muestra relación con este factor. En la Tabla 7, se describen las correlaciones de las puntuaciones en la medición de cada variable.

**Tabla 7**

Correlaciones entre las puntuaciones del CMASR-2 y EREN

Variables	1	2	3	4	5.	6
1. Ansiedad Total	-----	.748**	.891**	.851**	.517**	-.136*
2. Ansiedad Fisiológica	.748**	-----	.513**	.466**	.493**	-.149*
3. Inquietud	.891**	.513**	-----	.679**	.359**	-.028
4. Ansiedad Social	.851**	.466**	.679**	-----	.449**	-.189**
5. Estrategias que Dificultan la Regulación de la Emoción.	.517**	.493**	.359**	.449**	-----	-.342**
6. Estrategias que Facilitan la Regulación de la Emoción	-.136*	-.149*	-.028	-.189**	-.342**	-----

Nota: \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ .

## **Método Fase 2. Validación de la Intervención por Jueces Expertos**

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la validez por jueces expertos de un diseño de intervención cognitivo-conductual en línea para favorecer la regulación emocional y disminuir la sintomatología ansiosa en infantes escolarizados de 9 a 11 años?

### **Justificación**

En el campo de la Psicología Clínica se ha construido una gran variedad de programas desde diferentes enfoques como el psicoanálisis, humanismo, sistémico y cognitivo conductual para atender la ansiedad y la depresión. Sin embargo el modelo de la TCC, ha mostrado gran evidencia empírica en la utilización de las técnicas para el enfrentamiento de la ansiedad. Por lo que la propuesta de intervención de esta fase, se sugiere construir desde la revisión teórica y el estado del arte actual sobre los tratamientos y limitaciones que han surgido desde el modelo cognitivo-conductual. Sin embargo, es necesario aportar mayor rigurosidad en la metodología de dichas propuestas, por esta razón la validación por jueces funciona como una herramienta eficaz, ya que permite complementar las actividades con la evaluación objetiva y cualitativa de los expertos en la problemática estudiada.

En México, existen tratamientos para abordar la ansiedad, sin embargo dichos estudios se han realizado desde modalidades presenciales, por lo que la Telepsicología aplicada en la niñez y adolescencia presenta retos para la implementación de técnicas de la primera, segunda y tercera generación. Además en ocasiones, resulta complicado acceder a materiales públicos para la aplicación de los tratamientos. De esta manera, los resultados de la presente fase, permitirán contar con material didáctico digital para la realización de las actividades, igualmente con un manual descriptivo de cada sesión y un cuadernillo para cada participante que podrá ser consultado considerando la ética profesional del psicólogo. Dicho diseño será aplicado de manera grupal reducida y con ayuda de las tecnologías de la información.

## Objetivo general

Validar por jueces expertos el diseño de una intervención cognitivo-conductual en línea para aumentar la regulación emocional y disminuir la sintomatología ansiosa en niñas y niños escolarizados con un rango de edad de 9 a 11 años.

## Objetivos específicos

Obtener el manual para el psicólogo que contenga la descripción de las actividades de cada sesión.

Diseñar los materiales virtuales para cada sesión.

Contar con el cuadernillo de actividades para cada participante.

## Hipótesis

Hi: El diseño de intervención cognitivo-conductual en línea mostrará arriba del 90% de acuerdo entre jueces para cumplir con la validez.

Ho: El diseño de intervención cognitivo-conductual en línea no mostrará arriba del 90% de acuerdo entre jueces para cumplir con la validez.

## Variables

### Tabla 8

*Variables dependientes de la fase 2*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Validación por jueces expertos	Respuestas de profesionales en el tema de la ansiedad y la regulación emocional en población infantil.	Puntajes arrojados en el cuestionario de jueces expertos para la validación de la intervención.

*Nota.* Elaboración propia

**Tabla 9**

*Variables independientes de la fase 2*

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Intervención cognitivo-conductual para favorecer la regulación emocional y disminuir la ansiedad en infantes de 9 a 11 años con sintomatología ansiosa.	La intervención será desde el enfoque cognitivo-conductual, que aplicará técnicas específicas para el tratamiento de la ansiedad y RE.	Técnicas psicoeducativas, de exposición, entrenamiento en relajación, tareas en casa, modelamiento, reforzamiento positivo, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas.

*Nota.* Elaboración propia

### **Muestra y tipo de muestreo**

La muestra fue conformada en total por 6 jueces expertos. El muestreo se llevó a cabo de manera no probabilística por conveniencia (Coolican, 2018).

### **Criterios de inclusión**

- Aceptar el consentimiento informado para el proceso de validación.
- Tener experiencia mínimo de 5 años en la práctica de la Terapia Cognitivo-Conductual, regulación emocional y/o tratamiento de la Ansiedad.
- Contar con el título de un posgrado en el campo de la Psicología.

### **Criterios de exclusión**

- No aceptar el consentimiento informado para el proceso de validación.
- No tener experiencia mínimo de 5 años en la práctica de la Terapia Cognitivo-Conductual, regulación emocional y/o tratamiento de la Ansiedad.
- No contar con el título de un posgrado en el campo de la Psicología.

### **Criterios de eliminación**

- Dejar el cuestionario de validación incompleto
- No responder la evaluación en un periodo de más de dos meses.

### **Tipo de estudio y diseño**

La presente fase, fue un estudio exploratorio con un diseño descriptivo.

### **Instrumentos**

*Cuestionario de validación para jueces expertos del programa “Mi Mundo emocional”.* Es un formato de evaluación para las actividades de cada sesión, está conformado por las siguientes categorías de análisis:

1. Pertinencia: los contenidos de la actividad son apropiados para el logro del objetivo de la intervención.
2. Claridad: la actividad planteada se comprende fácilmente.
3. Duración: la actividad tiene un tiempo apropiado para los participantes.
4. Materiales: los materiales corresponden a la edad de los participantes.
5. Coherencia: la actividad planteada tiene relación lógica con el modelo cognitivo-conductual.
6. Observaciones: observaciones específicas de cada actividad, tomando como guías las preguntas como ¿qué elemento considerarías cambiar? ¿La información es clara? ¿Cuál es la actividad que le pareció más apropiada, novedosa o interesante de esta sesión?

Las respuestas se dan de manera dicotómica en sí/no (Ver anexo 4).

## **Procedimiento**

Inicialmente se hizo una búsqueda teórica para conocer las técnicas y componentes que han mostrado efectividad en la ansiedad y la RE, tomando en consideración las sugerencias de los tratamientos anteriores. Con base en las evidencias encontradas, se diseñó la intervención utilizando técnicas de terapia cognitivo-conductual. El material a utilizar para cada sesión se creó de manera virtual, junto con el manual para el terapeuta. El cuadernillo para los participantes que contiene los formatos que se emplean en las actividades se diseñó en forma digital para después ser impreso y empleado de manera física en los participantes.

Después se integró un documento donde se describen los objetivos, técnicas, cartas descriptivas, componentes y material para cada sesión. Se contactó a los jueces para invitarlos a formar parte del comité de expertos. A los jueces que aceptaron participar, se les envió por correo electrónico el documento con la descripción del diseño de intervención y el instrumento de evaluación. En el cuestionario se pidió marcar con una x en caso de que el contenido cumpliera con el criterio expuesto y con una x en caso de que no cumpliera. Cuando el contenido no se consideraba el adecuado, se pidió indicar en las observaciones las sugerencias para la adecuación del contenido.

Se hicieron análisis descriptivos desde el SPSS versión 25, tomando en consideración los porcentajes de acuerdo entre los jueces en cada categoría. Los datos fueron organizados para cada actividad, sesión y de manera general. Posteriormente se revisaron las observaciones de cada juez para la realización de las modificaciones necesarias en el diseño.

## **Análisis de datos**

Se utilizaron análisis descriptivos sobre los años de experiencia y el grado académico de los participantes. Después para la obtención del porcentaje de acuerdo entre jueces, se realizaron análisis de frecuencias en cada contenido donde el criterio de evaluación fue el acuerdo de al menos el 80% de los jueces en cada categoría, en caso de que el contenido lo cubriera se tomaba como válido. Por otro lado, si existía el 60% o por debajo del mismo, se modifica el contenido tomando en consideración las observaciones realizadas en ese rubro. Para la validación total de cada categoría se tomo en consideración el acuerdo entre jueces por encima del 90%.

## **Consideraciones éticas**

Los lineamientos éticos que rigen la presente investigación fueron primeramente, la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, la clave de oficio fue Comiteei.icsa 2021/18 y código de validación: @\_ =MQ(rXnd3b?,. También se consideró el Código ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). Además se considera el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud (2014).

## Resultados Fase 2. Validación de intervención por jueces expertos

### Análisis Descriptivos de la Validación por Jueces Expertos

La muestra estuvo conformada por 6 jueces expertos. En la Tabla 10 se muestra el grado académico de la muestra de jueces expertos.

**Tabla 10**

*Grado académico de los jueces expertos*

Grado académico	Porcentaje
Maestría (2)	33.33%
Doctorado (4)	66.66%

*Nota.* Elaboración propia

La Tabla 11 muestra los porcentajes de los jueces sobre los años de experiencia. Los resultados arrojan que la mayoría de los jueces cuentan con más de 10 años de experiencia en el área de expertise.

**Tabla 11**

*Rango de tiempo en el área de expertise*

Área de expertise	Años de experiencia	Porcentaje
Ansiedad	De 5 a 9 años	66.66%
	Más de 10 años	33.34%
Regulación Emocional	De 5 a 9 años	33.34%
	Más de 10 años	66.64%
Terapia Cognitivo-Conductual	De 5 a 9 años	33.34%
	Más de 10 años	66.64%

*Nota.* Elaboración propia

El cuestionario de validación para jueces expertos es un formato de evaluación para las actividades de cada sesión, las respuestas se dan de manera dicotómica en sí/no. Está conformado por las siguientes categorías de análisis: Pertinencia, Claridad, Duración, Materiales, Coherencia y Observaciones. A continuación, en la Tabla 12 se observan los porcentajes de acuerdo entre los jueces expertos respecto a los contenidos que componen la intervención.

**Tabla 12**

*Porcentajes de acuerdo entre los jueces del programa “Mi mundo emocional”*

Sesiones	Contenido	1.	2	3.	4.	5.
Sesión Bienvenidos a la aventura emocional	1. Bienvenida y presentación	83.3	83.3	83.3	83.3	83.3
	2. Encuadre de la sesión	83.3	83.3	100	100	100
	3. Psicoeducación	100	100	100	100	100
	4. Autorregistro	83.3	100	100	83.3	83.3
	5. Asignación de tarea	83.3	100	100	83.3	100
Sesión Integración familiar	1. Presentación del programa de intervención	100	66.6 8	100	83.3	100
	2. La ansiedad y la regulación emocional	100	100	83.3	83.3	100
	3. Modelo cognitivo-conductual	100	100	100	80	100
	4. Banco de recompensas	100	80	100	100	100
	5. Trabajo en equipo	100	100	100	100	100
	1. Revisión de tarea	100	100	100	100	100
	2. Menú de recompensas	100	100	100	100	100

<b>Sesiones</b>	<b>Contenido</b>	<b>1.</b>	<b>2</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>
Sesión 3. Conozco el mundo de emociones	3. Ruleta de emociones	100	100	100	83.3	100
	4. Validando mis emociones	100	100	100	100	100
	5. Reloj de emociones y escala de intensidad	100	100	100	83.3	100
	6. Asignación de tarea	83.3	100	100	83.3	100
Sesión 4. Sorpréndete reaccionando	1. Revisión de la tarea	100	100	100	100	100
	2. Respuestas fisiológicas de las emociones	100	100	100	100	100
	3. Respuestas fisiológicas de la ansiedad	83.3	100	83.3	83.3	83.3
	4. Presentación del Mapa Emocional	100	100	100	100	100
	5. Asignación de tarea	100	100	100	83.3	100
Sesión 5. Cultivando la relajación	1. Revisión de la tarea	100	100	100	100	100
	2. Metáfora de la nieve	100	100	100	83.3	100
	3. Análisis del cortometraje	100	100	100	100	100
	4. Respiración diafragmática	100	83.3	100	100	100
	5. Respiración progresiva muscular	100	83.3	83.3	100	100
	6. Recompensa	100	100	100	100	100
	7. Asignación de tarea	100	83.3	100	83.3	100
Sesión 6. Reeducando mis pensamientos	1. Revisión de la actividad	100	100	100	100	100
	2. Pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas	100	100	100	66.6 8	100
	3. Pensamientos sobre ansiedad	100	83.3	100	100	100
	4. Automanifestaciones de afrontamiento	100	66.6 8	100	83.3	100

<b>Sesiones</b>	<b>Contenido</b>	<b>1.</b>	<b>2</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>
	5. Asignación de tarea	100	83.3	100	100	100
Sesión 7. Cuidando mis pensamientos	1.Revisión de autorregistros	83.3	100	100	100	100
	2. Control de pensamientos	100	83.3	83.3	83.3	100
	3. Complementación del mapa emocional	100	100	83.3	100	100
	4.Asignación de tarea	100	100	100	100	100
Sesión 8. Conociendo las soluciones	1. Revisión de la tarea	100	100	100	100	100
	2. Elemento acciones	100	83.3	100	83.3	100
	3. Resolución de problemas	100	100	100	83.3	100
	4. Practicando la resolución de problemas	100	83.3	100	100	100
	5. Asignación de tarea	100	83.3	100	100	100
Sesión 9. Trabajo en equipo	1. Conociendo opciones	100	100	100	100	100
	2. Mapa emocional	100	100	100	100	100
	3. Comparto los logros	100	100	100	100	100
	4. Aprendizaje y práctica	83.3	100	100	100	100
Sesión 10. Soy valiente	1. Revisión de la tarea	100	100	100	100	100
	2. Ejercicio “Cómo me sentí”	100	100	83.3	83.3	100
	3. Situaciones imaginarias	100	100	83.3	100	100
	4. Practica en casa	100	100	83.3	83.3	100
Sesión 11. Exposiciones emocionales	1. Revisión de la actividad práctica lo aprendido	100	100	100	100	100
	2. Ejercicio “Cómo me siento hoy”	100	100	83.3	100	100
	3. Situaciones imaginarias	100	100	100	100	100

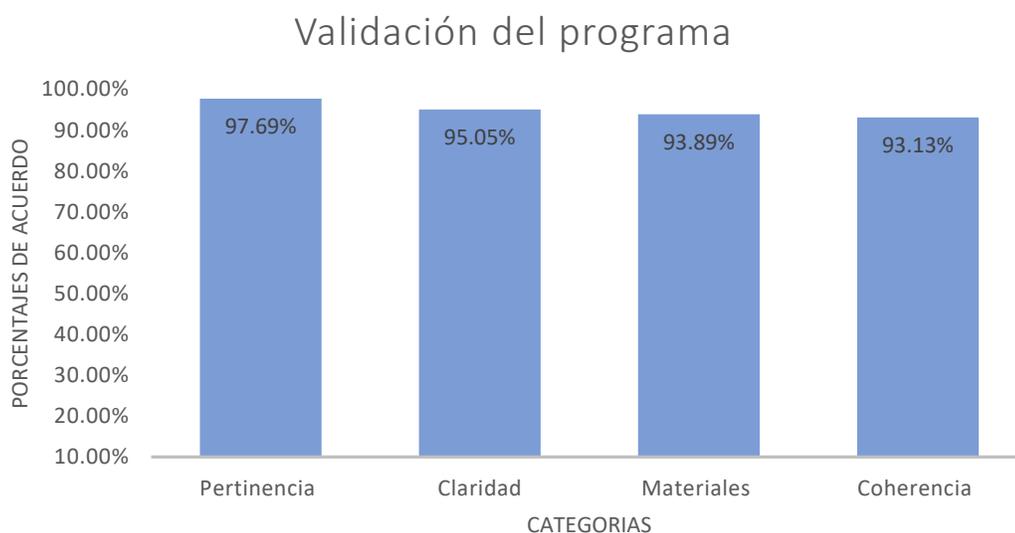
Sesiones	Contenido	1.	2	3.	4.	5.
Sesión 12. Mirada hacia el futuro	4. Practica en casa	100	100	100	100	100
	1. Revisión del personaje	100	100	100	100	100
	2. Surfear la ola	100	83.3	100	100	100
	3. Úsalo o piérdelo	100	100	100	100	100
	4. Mi diploma	100	100	100	100	100

*Nota.* Elaboración propia. 1= pertinencia, 2 = claridad, 3= duración, 4 = materiales, 5 = coherencia

En dichos resultados se encuentra que el acuerdo total del programa en la categoría de pertinencia fue de 97.69%, en claridad el 95.05%, en duración se obtuvo el 97.12%, los materiales presentan el 93.89% de acuerdo entre los jueces y finalmente el 99.13% en la coherencia de las actividades. En la Figura10 se pueden observar los porcentajes.

**Figura 10**

*Porcentajes de acuerdo entre los jueces sobre el diseño de intervención*



*Nota.* Elaboración propia

En la Tabla 13, se muestran las observaciones realizadas por los jueces expertos para adecuar el diseño.

**Tabla 13**

*Observaciones de los jueces expertos en las sesiones del programa de intervención.*

<b>Nombre de la sesión</b>	<b>Observaciones</b>
<b>1. Bienvenidos a la aventura emocional.</b>	<p>Juez 1 <i>“Utilizar un lenguaje inclusivo”</i></p> <p>Juez 4. <i>“En la actividad 1. –especificar hacia quién va dirigida la sesión, así como en el objetivo, en la actividad 2. -Agregar las reglas y normas de convivencia durante el taller”</i></p> <p>Juez 5. <i>Integrar lenguaje en términos de juego. Revisar el buen llenado del autorregistro y se sugiere integrar un dibujo al final sobre lo que aprendieron en la sesión.</i></p> <p>Juez 6. <i>“Adecuar los autorregistros de una manera más clara”</i></p>
<b>2. Integración familiar.</b>	<p>Juez 4. <i>En la actividad 1. -En esta primera sesión con los padres le agregaría: Informativa,”.</i></p> <p>Juez 5. <i>Agregar el número a cada hoja del material. En la actividad 4 especificar las condiciones de la aplicación de las recompensas.</i></p>
<b>3. Conozco el mundo de emociones</b>	<p>Juez 5. <i>Integrar elementos más coloridos y atractivos en los materiales. Acompañar los dibujos o alguna actividad lúdica.</i></p> <p>Juez 6. <i>“Cambiar el programa de diapositivas por uno más atractivo y dinámico”</i></p>

Nombre de la sesión	Observaciones
<b>4. Sorpréndete reaccionando</b>	<p>Juez 1. <i>Actividad 2. Sugiero otro nombre para esa actividad</i></p> <p>Juez 2. <i>Revisar cuarta columna del Autoregistro de situaciones de ansiedad.</i></p> <p>Juez 5. <i>Además del miedo integrar actividades en la actividad 2 sobre más emociones básicas.</i></p>
<b>5. Cultivando la relajación</b>	<p>Juez 5. <i>Retroalimentar las revisiones de tareas. Describir detalladamente el ejercicio de mindfulness, respiración diafragmática y respiración progresiva muscular.</i></p> <p>Juez 6. <i>“Sugiero que el componente de entrenamiento en relajación se combine con la reestructuración cognitiva”</i></p>
<b>6. Reeducando mis pensamientos</b>	<p>Juez 2. <i>En la actividad 4. Modificar la palabra automanifestaciones positivas y distorsiones cognitivas por otras más adecuadas para niños.</i></p> <p>Juez 3. <i>En la actividad 5. Enumerar adecuadamente los procedimientos.</i></p> <p>Juez 5. <i>Revisar el contenido de los errores de pensamiento y anexar más ejercicios para la identificación de los pensamientos ansiosos. Revisar y cuidar el lenguaje apropiado para el nivel de edad de los niños y el contexto mexicano.</i></p> <p>Juez 6. <i>El componente de reestructuración cognitiva debería ir antes de los ejercicios de relajación y revisar las distorsiones cognitivas que se usaran en la sesión.</i></p>
<b>7. Cuidando mis pensamientos</b>	<p>Juez 2. <i>En la actividad 2. Sustituir la palabra cassette por otra cómo cd.</i></p> <p>Juez 5. <i>Aclarar cómo los niños identifican y sustituyen los pensamientos ansiosos. Poner ejemplos acordes al nivel del niño.</i></p>

---

Nombre de la sesión	Observaciones
<b>8. Conociendo soluciones</b>	<p>Juez 2. <i>En la actividad 3. Resolución de problemas. Sugiero los ejemplos los acompañes de laminillas con niños. En la asignación de tarea, pueden acompañar su descripción con un dibujo.</i></p> <p>Juez 5. <i>Revisar el material de la actividad “elemento acciones. Aclarar cómo se emplea la solución de problemas en la tarea de la semana.</i></p>
<b>9. Trabajo en equipo</b>	<p>Juez 3. <i>En la actividad 4. Sugiero que no sea hasta la sesión 12 (sino en la siguiente sesión) cuando se revisen las actividades que se deja al familiar o tutor sobre las situaciones ansiogenas de los participantes.</i></p>
<b>10. Soy valeroso</b>	<p>Juez 3. <i>Aumentar el tiempo de la sesión en general. Adaptar los ejercicios y el lenguaje a situaciones de su edad.</i></p> <p>Juez 6. <i>Revisar el nombre de esta sesión, sugiero Soy Valiente”</i></p>
<b>11. Exposiciones emocionales</b>	<p>Juez 5. <i>Aumentar el tiempo del ejercicio como me siento hoy.</i></p>
<b>12. Mirada hacia el futuro</b>	<p>Juez 5. <i>Explicar mejor cómo se implementa la prevención de recaídas en esta sesión.</i></p>

---

*Nota.* Elaboración propia

Finalmente con base en los porcentajes obtenidos en el cuestionario, se realizaron los cambios obligatorios en los porcentajes que mostraban por debajo de 60%, igualmente se tomaron en consideración las observaciones hechas por los jueces.

Los cambios del diseño de describen a continuación:

- Se modificaron los autorregistros para evaluar el nivel de ansiedad a través del tiempo.

- Se fortaleció la descripción de las instrucciones y las técnicas utilizadas durante la sesión 5 y 6.
- En el orden del diseño, se integró el componente de reestructuración cognitiva y entrenamiento en relajación en sesiones compartidas.
- La sesión 2 se convirtió en la sesión 1, debido a que era necesario informar a los padres de familia el trabajo a realizar así como acordar los horarios y días de conexión. También se modificó en término de claridad y materiales la actividad “presentación del programa de intervención”.
- En los materiales se aumentó el uso de ilustraciones, colores y lenguaje más apropiado a su edad. Asimismo se cambiaron las presentaciones a la aplicación de Canva y se incorporó el mismo formato (logos, símbolos, diseño) en todas las sesiones.
- En la sesión 4 “Cultivando la relajación”, se cambiaron los nombres de las actividades por ¿Qué pasa en mi cuerpo cuando tengo una emoción? Con la finalidad de utilizar lenguaje y títulos más llamativos y entendibles para los participantes.
- En el componente de reestructuración cognitiva, la sesión 6. Reeducando mis pensamientos se cambió en orden a la sesión 5. Titulándose “cuidando mi interior”. En esa sesión y la 6, se adecuaron los materiales por otros más didácticos y pertinentes a la edad de los participantes. También se modificaron los conceptos por otros más sencillos y lúdicos de entender para los participantes.
- Se adecuaron las distorsiones cognitivas, así como los ejemplos presentados.
- En la sesión 8. Conociendo las soluciones, se adecuó el lenguaje de manera clara y tomando en consideración la edad de los participantes.
- En las sesiones 10 y 11, se agregó más tiempo a las sesiones para poder realizar las actividades descritas.

## Diseño de la intervención

La Tabla 18, muestra la organización de las técnicas y los objetivos. Además, cabe recalcar que en el anexo 29 se encuentra el manual para el psicólogo que describe cada actividad que conforma las 12 sesiones del programa “Mi mundo emocional”. Y en esta liga (<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>) se encuentra el material digital para cada sesión y el cuadernillo de actividades para los participantes.

A continuación se describe el programa de manera general.

**Nombre del programa:** Mi mundo emocional

**Estructura de la intervención:** conformada por 10 sesiones para los participantes y 2 para los padres de familia.

**Duración del programa:** 10 semanas (las 10 sesiones con los participantes, se realizaron 1 vez a la semana, y las dos con los padres se integraron dentro de ese periodo).

**Objetivo general de la intervención:** disminución de la sintomatología ansiosa y el aumento del uso de las estrategias de regulación emocional en infantes escolarizados de 9 a 11 años a través del modelo cognitivo-conductual.

**Modalidad:** en línea y de manera grupal

### Tabla 14

*Descripción general del programa de intervención*

No. de sesión	Nombre de la sesión	Objetivos	Técnicas	Duración
1	Integración familiar	Facilitar la cooperación de los padres en la intervención	Psicoeducación Autorregistro	80 minutos

<b>No. de sesión</b>	<b>Nombre de la sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Duración</b>
2	Bienvenidos a la aventura emocional.	Presentar la forma de trabajo de las sesiones y el modelo cognitivo-conductual.	Encuadre Psicoeducación	80 minutos-
3	Conozco el mundo de las emociones.	Aumentar la comprensión de las emociones básicas y el concepto de regulación emocional.	Psicoeducación Economía de fichas	80 minutos
4	Mi cuerpo me habla	Identificar las respuestas fisiológicas de las emociones.	Psicoeducación Autorregistro	80 minutos
5	Cuidando mi interior	Presentar las distorsiones cognitivas así como la enseñanza del diálogo de afrontamiento.	Reestructuración cognitiva Automanifestaciones de afrontamiento	80 minutos
6	Cultivando la calma	Modificar las distorsiones cognitivas ante experiencias emocionales y enseñar la respiración diafragmática.	Cuestionamiento de pensamientos Entrenamiento en relajación	80 minutos
7	Mi mente es valiente	Practicar ejercicios de mindfulness y de detención de pensamiento para el control emocional.	Detención de pensamiento Mindfulness	80 minutos
8	Conociendo soluciones	Enseñar la resolución de problemas para el manejo de experiencias emocionales.	Entrenamiento en solución de problemas	80 minutos

<b>No. de sesión</b>	<b>Nombre de la sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Duración</b>
9	Trabajo en equipo	Informar sobre las técnicas cognitivo-conductual vistas durante la intervención.	Psicoeducación	80 minutos
10	Soy valiente	Enfrentar situaciones ansiosas que permitan utilizar estrategias adaptativas.	Exposición imaginaria	80 minutos
11	Exposiciones emocionales	Practicar las técnicas vistas a través de situaciones imaginarias que ocasionen malestar emocional en el participante.	Exposición imaginaria	80 minutos.
12	Mirada hacia el futuro	Aprender a reconocer una situación que se considera como recaída y enfrentarlas con la utilización de técnicas para el manejo de la ansiedad y la RE.	Prevención de recaídas	80 minutos

*Nota.* Elaboración propia

### **Método Fase 3. Implementación de la Intervención**

#### **Pregunta de investigación**

¿Qué efectividad tiene la intervención-cognitivo conductual sobre la sintomatología ansiosa en infantes escolarizados de 9 a 11 años?

#### **Justificación**

El programa “Mi mundo emocional” utiliza laTelepsicología para implementarse de manera grupal reducida y cuenta con un manual para el psicólogo, un cuadernillo para los participantes y el material digital para cada sesión, por lo que en esta fase el objetivo es determinar su efectividad en niños y niñas escolarizados que mantengan niveles altos de sintomatología ansiosa. La literatura nos señala que la incorporación de la familia en los tratamientos ayuda a mejorar los resultados positivos en los infantes, por esta razón se considera la participación de los padres en dos sesiones para psicoeducarlos sobre las reacciones físicas y cognitivas que experimenta nuestro cuerpo ante las emociones que nos generan malestar y ansiedad.

Sin embargo también es necesario considerar que la etapa de la niñez, especialmente en edades preescolares cuenta con características específicas de atención y aprendizaje a través del juego, por lo que uso de las TICs dentro de la atención psicológica puede tener retos lúdicos, además de lograr la adherencia a los tratamientos. Conjuntamente se propone aprovechar la neuroplasticidad con la que se cuenta en la niñez para el aprendizaje de nuevas conductas saludables y la reestructuración de creencias positivas que favorezcan la calidad de vida (López, 2012). También en México se necesita contar con mayor evidencia científica sobre las intervenciones que abordan problemáticas de salud pública como la ansiedad y la depresión. Al mismo tiempo, los contextos escolares aportan la posibilidad de tener mayor visibilidad en la importancia de la prevención, no solo de la intervención.

## **Objetivo general**

Implementar el diseño de intervención cognitivo-conductual en línea para la comprobación de la efectividad en la reducción de la sintomatología ansiosa y el aumento de la regulación emocional en niños y niñas.

## **Objetivos específicos**

Incluir a los padres de familia en dos sesiones de intervención.

Conocer las diferencias estadísticas y clínicas en la medición posterior a la intervención.

## **Hipótesis de trabajo**

La intervención cognitivo-conductual disminuirá la sintomatología ansiosa y aumentará la regulación emocional en los niños y niñas.

## **Hipótesis estadísticas**

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la regulación emocional y sintomatología ansiosa en niños y niñas escolarizadas antes y después del programa “Mi mundo emocional”.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en la regulación emocional y sintomatología ansiosa en niños y niñas antes y después del programa “Mi mundo emocional”.

## Variables

Tabla 15

*Variables dependientes de la fase 3*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
<b>Sintomatología ansiosa</b>	Se define como la preocupación excesiva y difusa ante eventos futuros que se perciben como amenazantes para la persona. En ocasiones se experimentan reacciones fisiológicas como sudoraciones, aumento de la frecuencia cardíaca, sensación de vacío en el estómago y respiración agitada (American Psychiatric Association, 2014).	Puntuación obtenida de la Escala de Ansiedad para niños de Spence (Spence, 1997; Hernández-Guzmán et al., 2010), conformada por 44 ítems para medir la ansiedad. La escala está construida desde el DSM y se utiliza en niños de 8 a 12 años.  Puntuación obtenida de la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños Revisada, segunda edición (CMASR-2) (Reynolds & Richmond, 2012), está conformado por 49 reactivos, para medir el nivel de ansiedad general, social, fisiológica e inquietud.
<b>Regulación emocional</b>	Capacidad que tenemos las personas para comprender, expresar y responder sobre nuestras emociones y la de los demás. Además en dicho proceso, se activan acciones que incluyen estrategias funcionales o adaptativas ante el evento que se nos	Puntuación obtenida en la “Escala de estrategias de regulación emocional para niños (EREN), creada para población mexicana por Ortiz (2014). Tiene como objetivo la identificación de acciones que utilizan los niños ante eventos que le ocasionan malestar. Constituida por 33 preguntas en escala tipo Likert.

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
	presenta (Gross & Jazaieri, 2014).	

*Nota.* Elaboración propia

### **Tabla 16**

*Variable independiente de la Fase 3.*

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Intervención Cognitivo-Conductual	Conjunto de estrategias sustentadas en el condicionamiento clásico, operante, aprendizaje social y teorías cognitivas que buscan modificar la conducta y cognición, dichos cambios pueden ser medidos y evaluados (Díaz et al., 2017).	Intervención cognitivo-conductual para favorecer la regulación emocional en niños y niñas con sintomatología ansiosa validada por jueces expertos.

*Nota.* Elaboración propia.

### **Población**

Niños y niñas de 9 a 11 años, inscritos en escuela básica pública del municipio Progreso de Obregón, Hidalgo

### **Muestra y tipo de muestreo.**

La muestra consistió en 10 participantes, 40% fueron niñas y el 60% niños, de entre 9 a 11 años. El muestreo de acuerdo a las características del estudio fue no probabilístico por conveniencia (Coolican, 2018).

### **Criterios de inclusión**

- Cursar el 5° o 6° grado.
- Aceptar el asentimiento informado
- Tener puntuaciones naturales arriba de 31 en el CMASR-2
- Contar con la edad entre 9 a 11 años
- Contar con el consentimiento informado del padre o tutor
- No estar en tratamiento psicológico o farmacológico.
- Completar las pruebas de pretest y postest.

### **Criterios de exclusión**

- No tener entre 9 a 11 años de edad.
- Tener alguna discapacidad
- Estar en tratamiento psicológico o farmacológico.
- No contar con el consentimiento informado
- No aceptar el asentimiento informado

### **Criterios de eliminación**

- Dejar pruebas inconclusas.
- Faltar tres veces seguidas a la intervención.
- No asistir a la aplicación pretest o postest.
- Contestar incorrectamente los instrumentos
- No completar la batería de pruebas después de la intervención

### **Tipo de estudio y diseño**

Estudio explicativo con un diseño cuasi-experimental de un grupo experimental con medición pretest y postest (Hernández-Sampieri & Torres, 2018.; García, 2009).

## Instrumentos

*Escala de Ansiedad para Niños de Spence* (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997). Para el presente estudio, se utiliza la validación mexicana por Hernández-Guzmán et al. (2010), dicha escala arroja un alfa de Cronbach de .88. El instrumento cuenta con 38 reactivos con opciones tipo Likert donde: siempre = 3, muchas veces = 2, a veces = 1 y nunca = 0, la escala está integrada por factores como Fobia Social, Ataque de Pánico/Agorafobia, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Miedo al Daño Físico y Ansiedad Generalizada, todos contruidos bajo el Manual Diagnostico de los Trastornos Mentales. Para tener mayor confiabilidad se integran 6 afirmaciones, sin embargo no se consideran en la calificación. Cada subescala de califica de manera separada, donde a mayor puntaje, mayor sintomatología ansiosa.

*Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 CMASR-2* (Reynolds & Richmond, 2012). La estandarización se realizó por Duarte (2012). La prueba contiene un total de 49 afirmaciones, con opción dicotómica (si/no). Con respecto a su calificación e interpretación, a menor puntaje, menor ansiedad. El instrumento se aplica a población infanto-juvenil (6 a 19 años) para medir el nivel de *Ansiedad Total*, el cual comprende 40 ítems, y otras subescalas como *Ansiedad Social* conformada por 12 ítems, que se enfoca en eventos académicos y sociales. También se encuentra la *Ansiedad Fisiológica* que involucra situaciones donde se activan reacciones fisiológicas ante situaciones de malestar y la subescala de *Inquietud* cuenta con 16 reactivos.

*Escala de Estrategias de Regulación Emocional para Niños EREN* de Ortiz (2014) diseñada y validada para población infantil mexicana. La escala posee un alfa total de Cronbach de 0.87. Es utilizada para valorar el tipo de estrategias de regulación emocional que los niños entre 8 y 12 años utilizan para reducir su ansiedad en situaciones de malestar. Constituida de 33 preguntas con cuatro opciones tipo Likert (siempre =3, casi siempre =2, casi nunca= 1 y

nunca =0). La EREN, está agrupada en dos factores cuyos componentes están definidos como *estrategias que facilitan la regulación de la emoción* que contiene 22 reactivos como: “digo lo que siento”, “trato de ver el lado bueno de la situación”, “cuento hasta 10 con la intención de disminuir lo que siento”, “pido ayuda a otra persona”. Por otro lado el factor *estrategias que dificultan la regulación de la emoción* integrado por 11 reactivos “grito o insulto”, “actúo como si no estuviera pasando nada”, “golpeo o aviento cosas”. En cada factor, a mayor puntuación mayor utilización de estrategias.

*Autorregistros.* Técnica empleada para obtener información sobre las situaciones que ocasionen un malestar emocional en la persona, además integra elementos como la intensidad y frecuencia con la que se presenta el evento (Díaz, et al, 2017). Se utilizaron de manera individual, donde se le pidió a la persona que registrará de manera diaria el acontecimiento que le ocasionó ansiedad y en qué nivel la experimentó, donde 0 significaba sin presencia y el 10 lo más intenso.

*Cuestionarios de satisfacción de la intervención.* Para conocer la validación de las metas del tratamiento y los resultados en los niñas y niños, se desarrolló un cuestionario de satisfacción de la intervención. Asimismo, se diseñó un cuestionario para conocer la validación de la satisfacción del tratamiento en el padre/tutor y profesor de grupo. Dichos cuestionarios estuvieron conformados por 12 ítems con opciones de “De acuerdo” “Ni en desacuerdo”, ni de acuerdo” “En desacuerdo”. Para la calificación se utiliza el porcentaje de acuerdo en los participantes, padre/familiar y profesor de grupo. También dichos cuestionarios contenían preguntas abiertas para obtener respuestas cualitativas.

## Materiales

Los recursos que se ocupan son los siguientes:

Humanos: Integrantes del equipo de investigación. Tecnológicos: Lap-top, software SPSS versión 25 para Windows®.

Materiales: Consentimiento informado, asentimiento informado, Computadora, internet, material didáctico diseñado en línea para cada sesión de intervención. Manual para el psicólogo y Cuadernillo de ejercicios para cada participante.

### **Escenario**

La intervención fue en línea con estudiantes de una primaria pública ubicada en el municipio de Progreso de Obregón, Hidalgo.

### **Procedimiento**

Se envió un informe a los directivos de la escuela sobre los resultados arrojados en la aplicación de las pruebas psicométricas de la Fase 1 junto con el grupo que cumplieron los criterios de inclusión. Como respuesta, la subdirección envió los contactos telefónicos de los profesores. Cuando se tuvo comunicación con ellos, se les pidió el apoyo para el acercamiento con la familia o tutores de los posibles participantes. Más tarde se contactó por medio del número telefónico a la familia y se les hizo la invitación para formar parte de la intervención, a quienes se interesaron se les solicitó la aceptación del consentimiento informado. Inicialmente en la fase 1 se encontraron 16 participantes con puntajes elevados. Sin embargo sólo 13 decidieron integrarse a la intervención y hubo 3 muertes experimentales durante el proceso, por lo que se conformó un grupo experimental de 10 participantes. Cuando los padres y niños aceptaron participar se creó un grupo de Whatsapp de uso exclusivo para la intervención.

De manera consensuada se acordaron las fechas semanales de cada sesión. Se conformaron dos subgrupos, el Grupo 1 se conectó los días viernes de 12 pm a 1:20 pm, y el Grupo 2 los lunes de 12:00 a 1:20 pm. Las doce sesiones se implementaron de septiembre a noviembre del 2021. La plataforma que se empleó para conectarse en línea fue Zoom, cada semana a través del grupo de Whatsapp se enviaron las ligas de reunión para conectarse con cada grupo.

Las doce sesiones se aplicaron de manera virtual, los materiales didácticos para cada sesión fueron diseñados de manera digital en el “Manual Transformando mis emociones”, adicionalmente se utilizó de manera impresa un cuadernillo titulado “Mi mundo emocional” para cada participante en donde se integraron los formatos necesarios para cada actividad. También se diseñó un manual para el psicólogo donde se encuentra el objetivo, material, duración y descripción de cada sesión.

Al terminar las doce sesiones, se aplicó el post con la misma batería de pruebas psicométricas para los análisis estadísticos. Sobre la parte de la significancia clínica, se analizaron los autorregistros con la técnica de mitades para conocer los cambios de los niveles de ansiedad a lo largo de la intervención. Además una psicóloga capacitada realizó una entrevista en pares para conocer la percepción de cambios que tuvo cada participante, el grado de satisfacción y la experiencia durante la intervención. También se diseñaron cuestionarios cortos para cada niño, padre y profesor de grupo.

### **Análisis de datos**

En el SPSS versión 25, se ejecutaron los análisis descriptivos (media, desviación estándar y frecuencias). Con la prueba de Shapiro Wilk se encontró una distribución normal de las puntuaciones, por lo que empleó la prueba paramétrica t de student para muestras relacionadas con la intención de comparar las diferencias antes y después de la intervención. Para conocer las diferencias entre el Grupo 1 y Grupo 2 se emplea la t de student para muestras independientes. Por otra parte, se utilizó la técnica *Split Middle Technique* (Kazdin, 1982), en los autorregistros para conocer los cambios de la sintomatología ansiosa en comparación con la línea base. Además se realizó porcentaje de acuerdo para el cuestionario que evalúa la satisfacción de la intervención en los participantes, padre/tutor y profesor(a) de grupo. También se obtuvieron respuestas abiertas sobre los cambios percibidos al terminar la intervención.

## **Lineamientos éticos**

Los lineamientos éticos que rigen la presente investigación fueron primeramente, la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, la clave de oficio fue Comiteei.icsa 2021/18 y código de validación: @\_ =MQ(rXnd3b?.,. También se consideró el Código ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

Además se considera el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud (2014).

Capítulo I. Artículo 13. Es indispensable cuidar la dignidad, el respeto y la no discriminación de los participantes. También tendrán como opción la salida del estudio, en el momento que lo considere necesario.

Capítulo I artículo 16. La confidencialidad de los participantes será protegida.

Capítulo I artículo 17. Esta investigación es de riesgo mínimo, debido a que se aplicarán pruebas psicológicas y se realizará una intervención.

Capítulo III artículo 36. El consentimiento informado deberá ser aceptado por los padres/tutores.

Capítulo I artículo 21. Se incluyen los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios en el consentimiento informado, así como la apertura para aclarar dudas e inquietudes sobre la intervención.

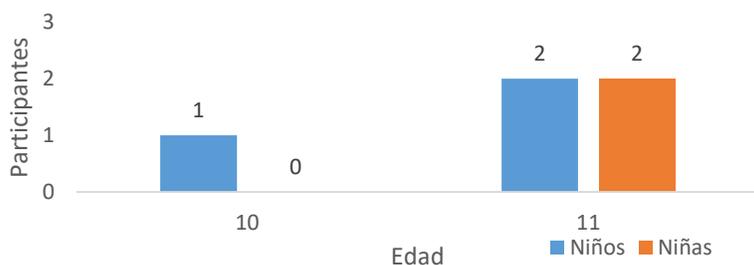
## Resultados de la Fase 3. Implementación de la Intervención

### Análisis Descriptivos

El Grupo 1 (G1) se conformó por 2 niñas y 3 niños. La Figura 11 denota que el 80% del grupo, contaba con 11 años de edad y el 20% con 10 años.

#### Figura 11

*Distribución del G1 por sexo y edad*

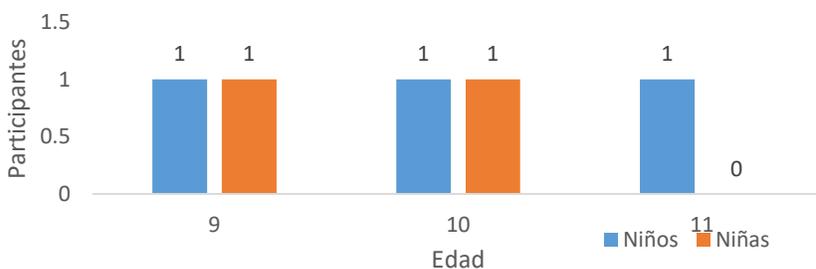


*Nota.* Elaboración propia

El Grupo (G2) se conformó por 2 niñas y 3 niños. El 40% de los participantes tuvo 10 años. El 40% 9 años y el 20% 11 años de edad (Figura 12).

#### Figura 12

*Distribución del G2 por edad y sexo*



*Nota.* Elaboración propia

## Efectividad de la intervención

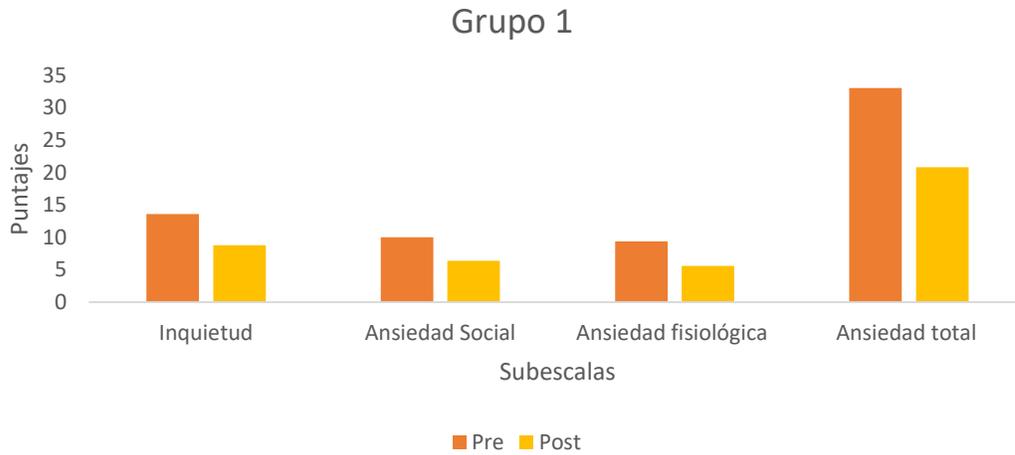
### Diferencias Pre-Post en la sintomatología ansiosa

El CMASR-2, permitió medir la sintomatología ansiosa en el Grupo 1 y Grupo 2 antes y después de la intervención. Las medias arrojadas en el Grupo 1 en la evaluación Pre de la Ansiedad Total ( $M = 33.0$ ,  $DE = 1.22$ ), Ansiedad Fisiológica ( $M = 9.40$ ,  $DE = 1.14$ ), Ansiedad Social ( $M = 10.0$ ,  $DE = 1.22$ ), e Inquietud ( $M = 13.60$ ,  $DE = .89$ ) se encontraron por encima de la mayoría, lo que indico que se presentaba sintomatología ansiosa. Al finalizar la intervención se encontraron en el Grupo 1 en el Post las siguientes puntuaciones: Ansiedad Total ( $M = 20.80$ ,  $DE = 6.83$ ), Ansiedad Fisiológica ( $M = 5.60$ ,  $DE = 1.14$ ), Ansiedad Social ( $M = 6.40$ ,  $DE = 2.51$ ), e Inquietud ( $M = 8.80$ ,  $DE = 3.70$ ) lo que significa que hubo una reducción de puntajes en comparación con el pretest. Cabe mencionar que en la escala a mayor puntaje, mayor nivel de ansiedad.

Por otro lado las medias encontradas en la evaluación Pre del Grupo 2 fueron Ansiedad Total  $M = 33.60$ ,  $DE = 1.14$ , Ansiedad Fisiológica  $M = 9.60$ ,  $DE = 0.89$  Ansiedad Social  $M = 9.0$ ,  $DE = 1.22$  e Inquietud  $M = 15.0$ ,  $DE = 1.00$ , se encontraron las puntuaciones naturales por encima de la mayoría, lo que indica dentro de la escala que se presenta sintomatología ansiosa. Al finalizar la intervención se encontraron en el Post las siguientes puntuaciones: Ansiedad Total  $M = 21.60$ ,  $DE = 9.01$ , Ansiedad Fisiológica  $M = 5.20$ ,  $DE = 1.92$ , Ansiedad Social  $M = 6.00$ ,  $DE = 2.34$  e Inquietud  $M = 10.40$ ,  $DE = 4.82$ , lo que significa que hubo una reducción de puntajes en comparación con el pretest. Además en la Figura 13 y Figura 14 se puede observar la reducción de los puntajes de ansiedad.

**Figura 13**

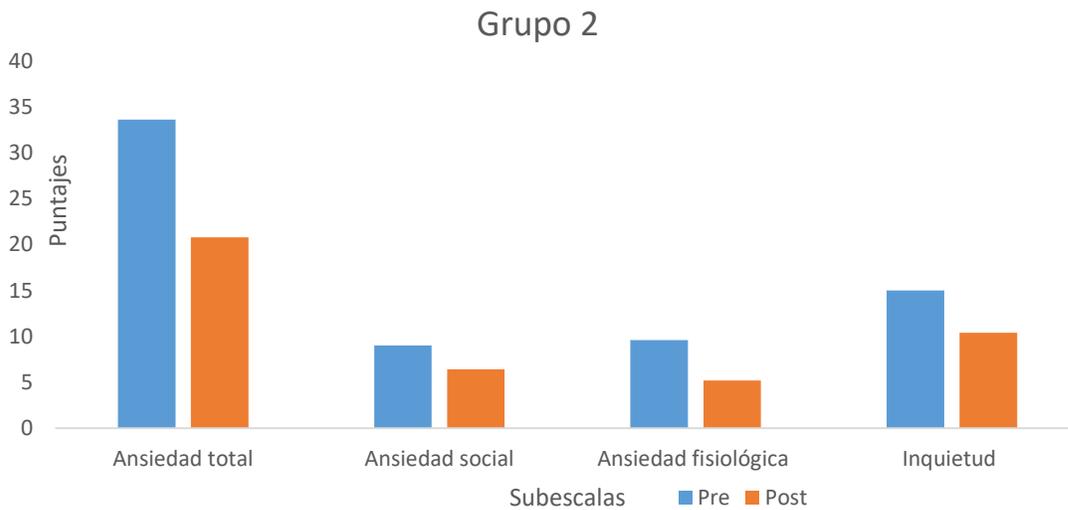
*Cambios en la sintomatología ansiosa después de la intervención en el G1*



*Nota.* Elaboración propia

**Figura 14**

*Cambios en la sintomatología ansiosa después de la intervención en el G2*



*Nota.* Elaboración propia

Con la prueba de normalidad de Shapiro Wilk se encontró que los puntajes manifiestan una distribución normal. Para la comparación del G1 y el G2 se empleó la prueba paramétrica *t* de student para muestras independientes, sin embargo no hubo diferencias estadísticamente significativas. En los análisis del pre y post se utilizó la *t* de student para muestras relacionadas, con lo que se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la Ansiedad Total ( $t = 3.43$ ,  $gl = 4$ ,  $p = .026$ ), Ansiedad Fisiológica ( $t = 4.41$ ,  $p = .012$ ) e Inquietud ( $t = 3.63$ ,  $p = .022$ ) mientras que en la Ansiedad Social no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo cual indica que la intervención mostro efectividad en los participantes del Grupo 1. Por otro lado en el G2 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la Ansiedad Total ( $t = 2.88$ ,  $p = .045$ ), Ansiedad Fisiológica ( $t = 3.64$ ,  $p = .022$ ), en las subescalas de Ansiedad Social e Inquietud no se encontraron diferencias. En la Tabla 17 se observan los resultados de ambos grupos.

**Tabla 17**

*Diferencias en el Grupo 1 y 2 antes y después de la intervención*

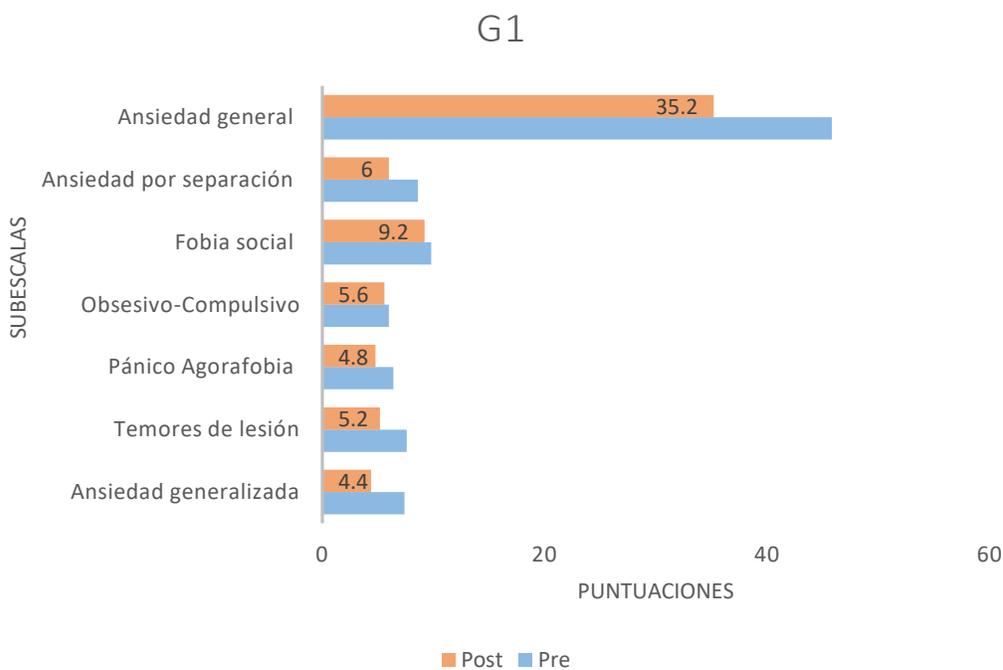
Subescalas	Grupos	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
		Pre	Pre	Post	Post		
<b>Ansiedad Total</b>	G1	33.0	1.22	20.80	6.83	3.43	<b>.026</b>
	G2	33.60	1.14	21.60	9.01	2.88	<b>.045</b>
<b>Ansiedad Fisiológica</b>	G1	9.40	1.14	5.60	1.14	4.41	<b>.012</b>
	G2	9.60	.89	5.20	1.92	3.64	<b>.022</b>
<b>Ansiedad Social</b>	G1	10.00	1.22	6.40	2.51	2.25	.088
	G2	9.00	1.22	6.00	2.34	2.30	.083
<b>Inquietud</b>	G1	13.60	.89	8.80	3.70	3.63	<b>.022</b>
	G2	15.00	1.00	10.40	4.82	2.43	.071

*Nota.* *M* = Media, *DE* = Desviación estándar, *t* = *t* de student, *p* = significancia

También se aplicó el SCAS para conocer la sintomatología ansiosa de los participantes. Las medias arrojadas en la evaluación Pre del Grupo 1 fueron: Ansiedad General  $M = 45.80$ ,  $DE = 8.49$  Ansiedad por separación  $M = 8.60$ ,  $DE = 2.88$ , Fobia Social  $M = 9.80$ ,  $DE = 1.30$  Obsesivo Compulsivo  $M = 6.00$ ,  $DE = 1.87$ , Pánico Agorafobia  $M = 6.40$ ,  $DE = 3.78$ , Temores de Lesión  $M = 7.60$ ,  $DE = 4.72$ . Ansiedad Generalizada  $M = 7.40$ , con una  $DE = 2.88$ . Al finalizar la intervención se encontraron en el Post las siguientes puntuaciones: Ansiedad General  $M = 35.20$ ,  $DE = 14.16$ , Ansiedad por separación  $M = 6.00$ ,  $DE = 3.16$ , Fobia Social  $M = 9.20$ ,  $DE = 5.07$ , Obsesivo Compulsivo  $M = 5.60$ ,  $DE = 2.30$ , Pánico Agorafobia  $M = 4.80$ ,  $DE = 3.89$ , Temores de Lesión  $M = 5.20$ ,  $DE = 3.70$ , Ansiedad Generalizada  $M = 4.40$ ,  $DE = 2.07$ , indicando una reducción de la sintomatología ansiosa después del tratamiento. En la Figura 15 se observa gráficamente los cambios en las medias de las puntuaciones del Grupo 1.

**Figura 15**

*Cambios en las medias del Grupo 1 después de la intervención*

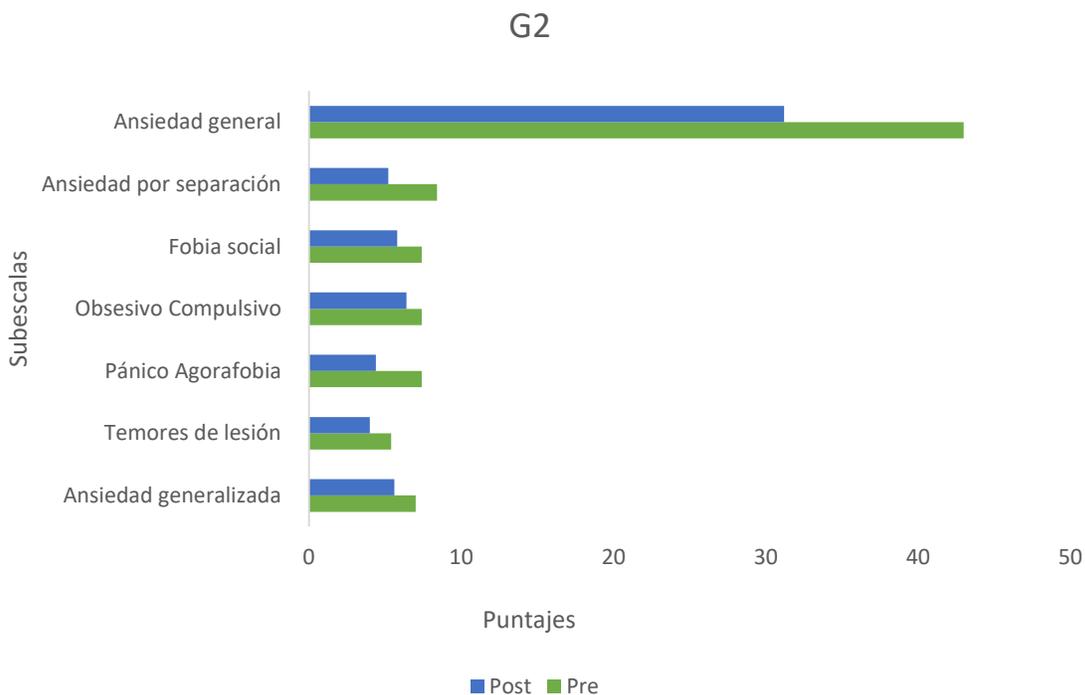


Nota. Elaboración propia

En el Grupo 2 en la fase de pre evaluación se encontraron las siguientes medias: Ansiedad General  $M = 43.00$ ,  $DE = 21.21$ , Ansiedad por separación  $M = 8.40$ ,  $DE = 5.07$ , Fobia Social  $M = 7.40$ ,  $DE = 4.03$ , Obsesivo Compulsivo  $M = 7.40$ ,  $DE = 3.91$ , Pánico Agorafobia  $M = 7.40$ ,  $DE = 7.26$  Temores de Lesión  $M = 5.40$ , Ansiedad Generalizada  $M = 7.00$ ,  $DE = 3.46$ . En la fase de la post evaluación se encontraron las siguientes puntuaciones: Ansiedad General  $M = 31.20$ ,  $DE = 14.36$ , Ansiedad por separación  $M = 5.20$ ,  $DE = 3.84$ , Fobia Social  $M = 5.80$ ,  $DE = 4.03$ , Obsesivo Compulsivo  $M = 6.40$ ,  $DE = 3.78$ , Pánico Agorafobia  $M = 4.40$ ,  $DE = 4.21$ , Temores de Lesión  $M = 4.00$ ,  $DE = 2.23$  Ansiedad Generalizada  $M = 5.60$ ,  $DE = 3.20$ . En la Figura 16 se muestra como hubo reducción de puntajes en comparación con el pretest.

**Figura 16**

*Comparación de medias antes y después del programa en el G2*



*Nota.* Elaboración propia

Las puntuaciones muestran una distribución normal. Después de realizar la comparación entre grupos (G1 y G2) con la t de student para muestras independientes, se encuentra que los puntajes son muy similares, por lo que no hay diferencias entre ellos. Por otro lado, en el análisis de las diferentes del pre y post de la aplicación de las pruebas psicométricas se encuentra que en el G1 hubo una diferencia estadísticamente significativa en la Ansiedad General ( $t = 3.07$ ,  $p = .037$ ), Ansiedad por Separación ( $t = 3.83$ ,  $p = 0.019$ ), Temores de lesión ( $t = 3.53$ ,  $p = 0.024$ ), Ansiedad Generalizada ( $t = 3.00$ ,  $p = 0.040$ ). Por otro lado en Fobia Social, Pánico Agorafobia y Obsesivo Compulsivo no hubo diferencias estadísticas, pero si una reducción de la media, es decir disminuyó la sintomatología ansiosa de esas áreas.

Por otro lado en el G2, se encontró que hubo una modificación en los puntajes después de la implementación del tratamiento psicológico, específicamente se hallaron diferencias significativas en la Ansiedad General ( $t = 2.99$ ,  $p = .040$ ), Ansiedad por Separación ( $t = 2.87$ ,  $p = 0.045$ ), Temores de lesión ( $t = 4.00$ ,  $p = 0.016$ ) y Ansiedad Generalizada ( $t = 3.50$ ,  $p = 0.025$ ). En la Tabla 18 se agrupan los datos de los Grupos 1 y 2.

**Tabla 18**

*Resultados del SCAS antes y después de la intervención*

Subescalas	Grupos	M	DE	M	DE	<i>t</i>	<i>p</i>
		Pre	Pre	Post	Post		
<b>Ansiedad General</b>	G1	45.80	8.49	35.20	14.16	3.07	<b>.037</b>
	G2	43.00	21.21	31.20	14.36	2.99	<b>.040</b>
<b>Ansiedad por Separación</b>	G1	8.60	2.88	6.00	3.16	3.83	<b>.019</b>
	G2	8.40	5.07	5.20	3.84	2.87	<b>.045</b>
<b>Fobia Social</b>	G1	9.80	1.30	9.20	5.07	.284	.790
	G2	7.40	4.03	5.80	4.03	1.37	.242
<b>Temores de lesión</b>	G1	7.60	4.72	5.20	3.70	3.53	<b>.024</b>
	G2	5.40	.89	4.00	2.23	4.00	<b>.016</b>
<b>Pánico Agorafobia</b>	G1	6.40	3.78	4.80	3.89	1.72	.160

Subescalas	Grupos	M	DE	M	DE	t	p
		Pre	Pre	Post	Post		
	G2	7.40	7.26	4.40	4.21	1.50	.208
<b>Obsesivo Compulsivo</b>	G1	6.00	1.87	5.60	2.30	.590	.587
	G2	7.40	3.91	6.40	3.78	.791	.473
<b>Ansiedad Generalizada</b>	G1	7.40	2.88	4.40	2.07	3.00	<b>.040</b>
	G2	7.00	3.46	5.60	3.20	3.50	<b>.025</b>

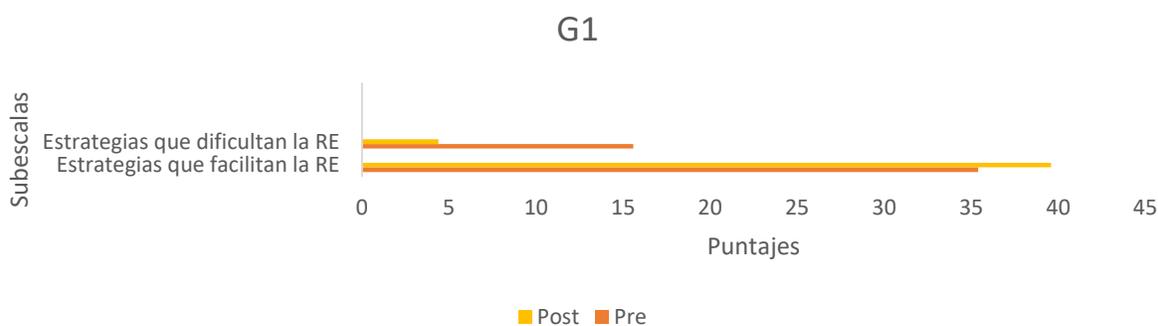
Nota. Elaboración propia

### Diferencias Pre-Post en la Regulación Emocional

En las estrategias que dificultan la regulación de la emoción se encontró en la medición Pre del G1 ( $M = 15.60$ ,  $DE = 4.82$ ) y en la medición post un cambio en los puntajes ( $M = 8.00$ ,  $DE = 4.52$ ), lo que nos indica que los participantes disminuyeron las acciones desadaptativas como la agresividad, la evitación del problema, pensamientos distorsionados y la poca expresión de sentimientos ante eventos que les ocasiona un malestar. En el pre del G1 ( $M = 35.40$ ,  $DE = 14.53$ ) en comparación con las puntuaciones posttest ( $M = 39.60$ ,  $DE = 16.74$ ) nos indica un aumento de 4.2 puntos. En la Figura 17 se muestran los puntajes del Grupo 1.

### Figura 17

Medias del EREN en el G1

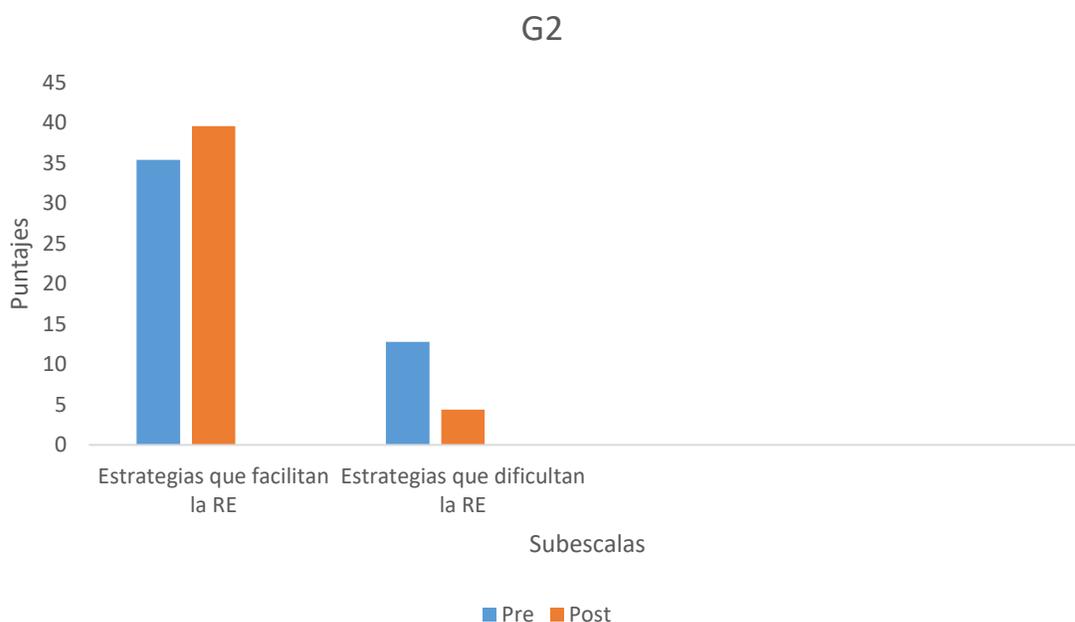


Nota. Elaboración propia

En el Grupo 2 en la fase de Pre-evaluación se encontraron las siguientes medias: Estrategias que dificultan  $M = 12.80$ ,  $DE = 7.59$ , Estrategias que facilitan la Regulación de la Emoción  $M = 43.60$ ,  $DE = 9.81$ . En la fase de la post evaluación se encontró un incremento de 2.2 puntos en la estrategias que facilitan ( $M = 45.80$ ,  $DE = 11.34$ ). Por lo cual se destaca que el Grupo 1 tuvo ligeramente mayores puntajes en la Regulación de la Emoción. Mientras que el factor de estrategias que dificultan disminuyo 5.2 puntos ( $M = 7.60$ ,  $DE = 5.85$ ) en comparación con el Pre. En la Figura 18 se grafican los cambios obtenidos en los puntajes.

**Figura 18**

*Medias del EREN en el Grupo 2*



*Nota.* Elaboración propia

Para la comparación del Pre y Post se utilizó la t de student para muestras relacionadas, dicho análisis arrojó que en el G1 hubo una diferencia estadísticamente significativa en las Estrategias que dificultan ( $t = 3.43$ ,  $p = .026$ ) mientras que en las Estrategias que Facilitan no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, la media si tuvo cambio en los puntajes. Lo

que indica que los participantes después de la intervención emplean más acciones para manejar la situación problemática, liberar tensión y búsqueda de apoyo. En el G2 se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las Estrategias que Dificultan la Regulación de la emoción ( $t = 3.94$ ,  $p = .017$ ), lo cual revela que utilizan menos conductas desadaptativas ante las situaciones que le provocan malestar. En oposición no se muestran diferencias significativas en las estrategias que facilitan la RE en ninguno de los dos grupos. En la Tabla 19 se observan los puntajes obtenidos con la *t* de Student en el Pre y Post.

**Tabla 19**

*Resultados de la RE después de la intervención*

Subescalas	Grupos	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
		Pre	Pre	Post	Post		
<b>Estrategias que Dificultan la Regulación de la Emoción</b>	Grupo 1	15.60	4.82	8.00	4.52	2.80	<b>.049</b>
	Grupo 2	12.80	7.59	7.60	5.85	3.94	<b>.017</b>
<b>Estrategias que Facilitan la Regulación de la Emoción</b>	Grupo 1	35.40	14.53	39.60	16.74	-2.37	.077
	Grupo 2	43.60	9.81	45.80	11.34	-1.90	.130

*Nota.* *M* = Media, *DE* = Desviación estándar, *t* = *t* de student, *p* = nivel de significancia

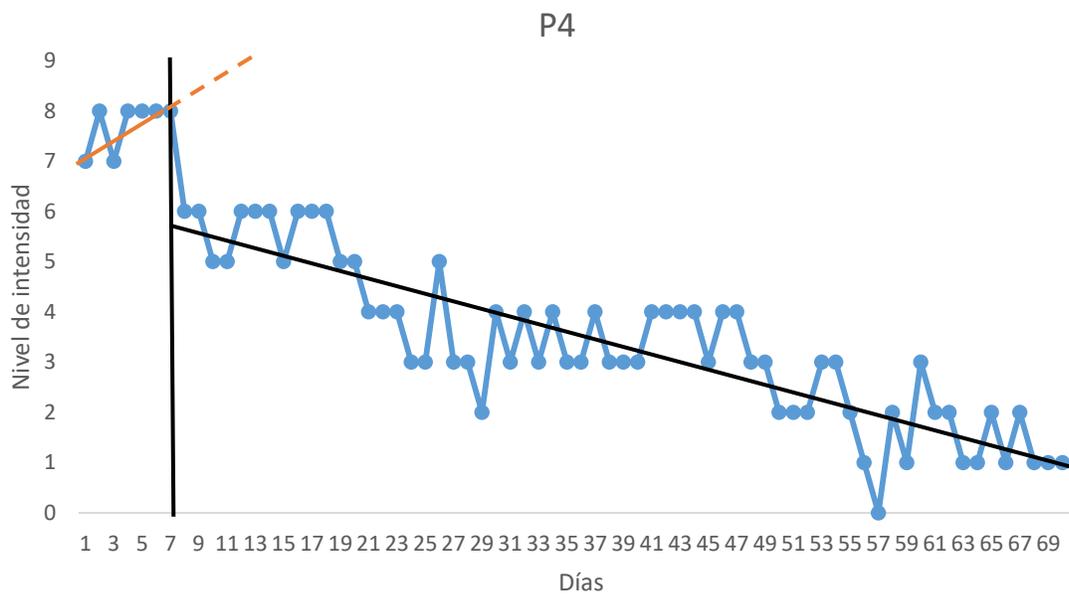
## Significancia clínica

Para la interpretación de los autorregistros se empleó la técnica *Split Middle Technique* del Análisis Funcional de la Conducta (Kazdin, 1982), que busca examinar la línea base y la línea de proyección para ver si hubo cambios significativos en los niveles de ansiedad que los niños registraron a lo largo de las sesiones. Además se considera la validación social que percibieron los participantes, profesor (a) de grupo y mamá sobre la efectividad de la intervención.

A continuación se describen los análisis de los autorregistros. En el caso del P4 del G1, el promedio del nivel de ansiedad percibido durante la línea base fue de 7.7. Mientras que el promedio percibido durante el tratamiento fue de 3.3 teniendo una reducción de 4.4. En la Figura 19 se observa que existió un cambio de nivel de 8, cambio de pendiente de 4 y el nivel de significancia fue de 0.0004

**Figura 19**

*Resultado de la ansiedad con el Split Middle Technique en el P4*



Nivel= 8

Nivel= 1

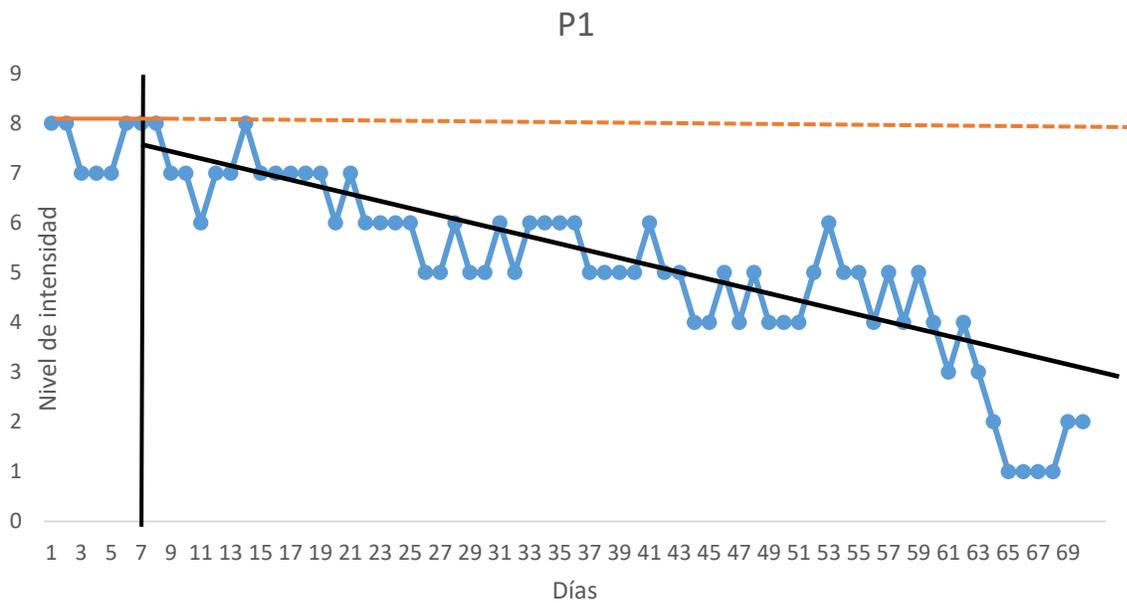
Pendiente= 1.14

Pendiente 5.26

En el caso del Participante 1 (P1) del Grupo 1 (G1) el promedio del nivel de ansiedad registrado en la línea base fue de 7.5 y el nivel de ansiedad durante el tratamiento fue de 5.03, teniendo una reducción de 2.47. En la Figura 20 se observa que existió un cambio de nivel de 4.00 y el cambio de pendiente fue de 4, se encontró un nivel de significancia de 0.0004.

**Figura 20**

*Resultado de la ansiedad con el Split Middle Technique en el P1*

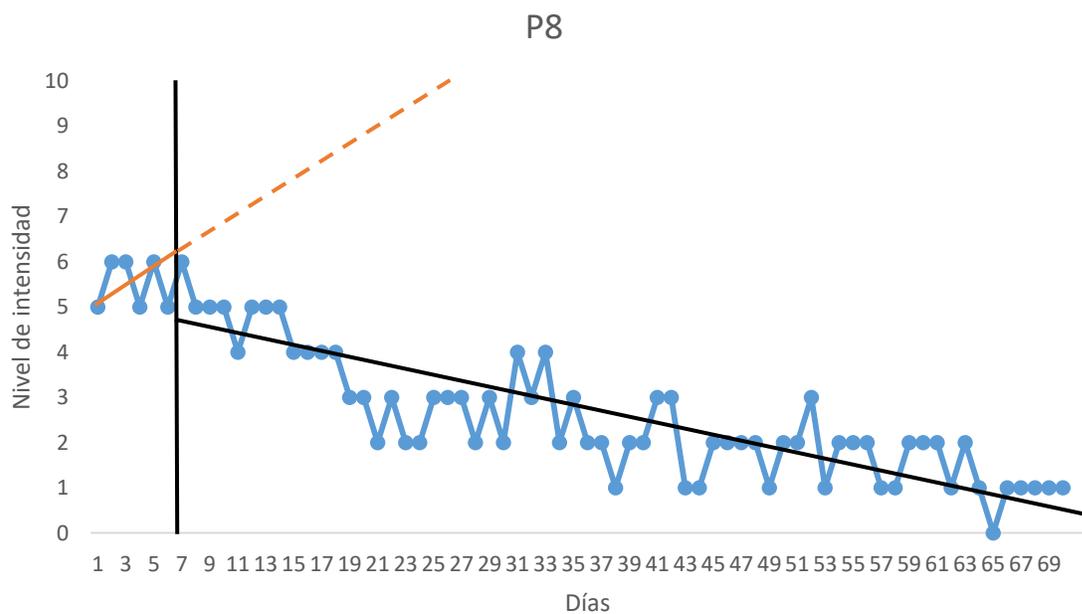


Línea base	Intervención
Nivel= 8	Nivel= 2
Pendiente= 1	Pendiente = 4

En el caso del P8 del G2, el promedio del nivel de ansiedad percibido en la línea base fue de 5.5 el promedio percibido en el tratamiento fue de 4.2 teniendo una reducción de 2.5. En la Figura 21 se observa que el cambio de nivel fue de 3, cambio de pendiente 2.08 y el nivel de significancia fue de 0.0007.

**Figura 21**

*Resultado de la ansiedad con el Split Middle Technique en el P8*



Línea base

Intervención

Nivel= 6

Nivel= 2

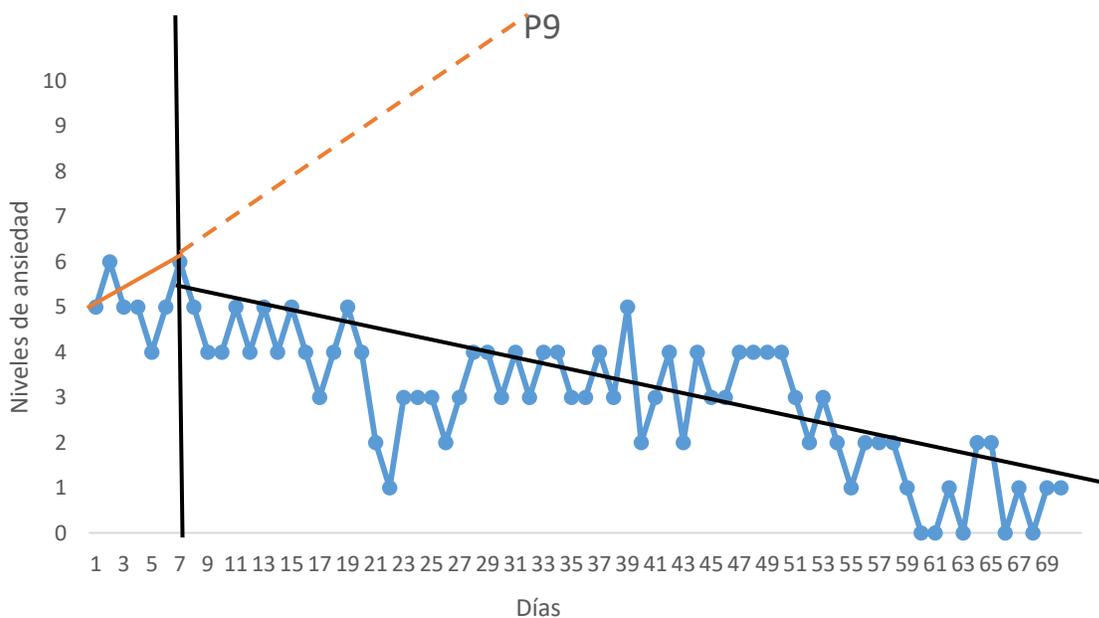
Pendiente= 1

Pendiente = 2.5

En el caso del P9 del G2, el promedio del nivel de ansiedad percibido en la línea base fue de 5.1, y el promedio arrojado en el tratamiento fue de 2.85 teniendo una reducción de 2.25. En la Figura 22 se observa que el cambio de nivel fue de 6. Por otro lado, el cambio de pendiente dio 4.1 y el nivel de significancia fue de 0.0005.

**Figura 22**

*Resultado de la ansiedad con el Split Middle Technique en el P9*



Línea base

Intervención

Nivel= 6

Nivel= 1

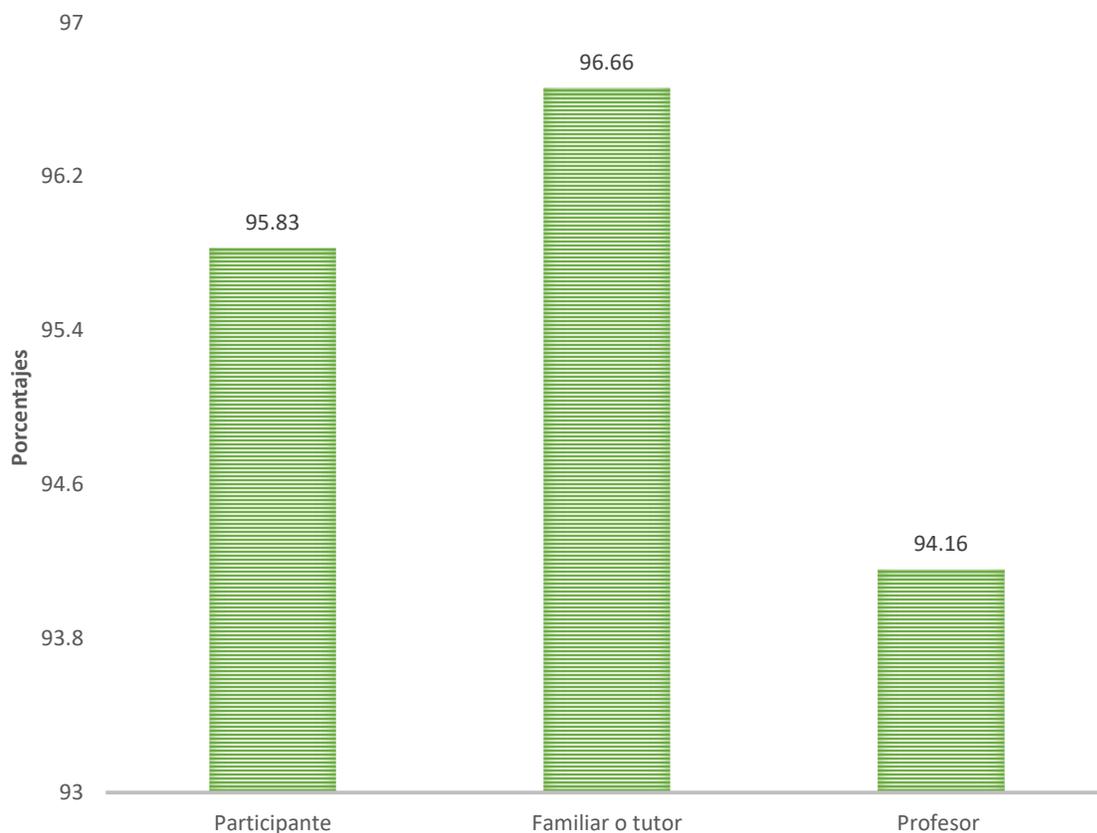
Pendiente= 1.2

Pendiente = 5

Los resultados de la aplicación de los cuestionarios que sirven para conocer la validación social de la intervención se muestran en la Tabla 20, donde los participantes obtuvieron un total de 95.83% de acuerdo. El familiar 96.66% y el profesor de grupo 94.16%. La figura 23, integra los resultados de los cuestionarios de satisfacción de la intervención.

### Figura 23

*Porcentajes de satisfacción sobre la intervención*



*Nota.* Elaboración propia

En la Tabla 20 se muestra detalladamente los resultados obtenidos en el cuestionario sobre la validez social que tuvieron del programa “Mi mundo emocional”.

**Tabla 20**

*Porcentajes obtenidos en el cuestionario aplicado a participantes, familiar y profesor de grupo.*

<b>Sujeto</b>	<b>Ítems</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>
Participantes	Te parecieron útiles las sesiones	100%		
Madre o tutor	Te parecieron útiles las sesiones	100%		
Profesor	Le parecieron útiles las sesiones de Psicología	100%		
Participantes	Te agradaron las actividades que hizo la psicóloga	100%		
Madre o tutor	Te agradaron las actividades que hizo la psicóloga	100%		
Profesor	Te agradaron las actividades que hizo la psicóloga	100%		
Participantes	Te sentiste cómodo en las sesiones	100%		
Madre o tutor	Notaste cómodo a tu hijo (a) en las sesiones	100%		
Profesor	Notaste cómodo al alumno (a) en las sesiones	100%		
Participantes	Te agrado estar trabajando en línea	100%		
Madre o tutor	Le agrado que su hijo(a) estuviera trabajando en línea	100%		
Profesor	Cree que son beneficiosas las sesiones de psicología impartidas en línea	90%	10%	
Participantes	Consideras que obtuviste aprendizajes importantes en las sesiones	100%		
Madre o tutor	Consideras que tu hijo(a) obtuvo aprendizajes importantes en las sesiones	100%		
Profesor	Consideras que su alumno(a) obtuvo aprendizajes importantes en las sesiones	100%		

<b>Sujeto</b>	<b>Ítems</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>
Participantes	Consideras que obtuviste habilidades para regular tus emociones	100%		
Madre o tutor	Consideras que obtuvo habilidades para regular sus emociones	100%		
Profesor	Consideras que obtuvo habilidades para regular sus emociones	100%		
Participantes	Consideras que disminuyo la ansiedad	90%	10%	
Madre o tutor	Consideras que disminuyo la ansiedad en su hijo(a)	100%		
Profesor	Consideras que disminuyo la ansiedad	80%	20%	
Participantes	No se te presento alguna dificultad durante las sesiones	70%	20%	10%
Madre o tutor	No tuvo alguna dificultad durante las sesiones	60%	20%	20%
Profesor	De acuerdo a su conocimiento, el estudiante no tuvo alguna dificultad durante las sesiones	60%	30%	10%
Participantes	Has notado mejoría en el manejo de tus emociones	100%		
Madre o tutor	Has notado mejoría en el manejo de sus emociones	100%		
Profesor	Ha notado mejoría en el manejo de sus emociones	100%		
Participantes	Consideras que tuviste cambios positivos al terminar la intervención	100%		
Madre o tutor	Consideras que tuvo cambios positivos al terminar la intervención	100%		
Profesor	Consideras que tuvo cambios el alumno (a) positivos al terminar la intervención	100%		

Sujeto	Ítems	1.	2.	3.
Participantes	Creer que las actividades que viste te benefician en la escuela	90%	10%	
Madre o tutor	Creer que las actividades que vio le benefician en la escuela	100%		
Profesor	Creer que las actividades que vio le benefician en la escuela	100%		
Participantes	Creer que las actividades que viste te benefician en tu casa	100%		
Madre o tutor	Creer que las actividades que vio le benefician en la casa o familia	100%		
Profesor	Creer que las actividades que vio le benefician en la casa o familia	100%		

*Nota.* 1 = De acuerdo, 2 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = en desacuerdo

También se realizaron preguntas abiertas para conocer la utilidad de las sesiones, los aprendizajes y beneficios obtenidos al terminar la intervención. En la Tabla 21 se observan las respuestas de los participantes, familiar y profesor de grupo sobre el programa Mi mundo emocional.

**Tabla 21**

*Análisis de discurso sobre el tratamiento del participante, padre y profesor*

Criterios	Categoría de análisis: Agrado por las sesiones
Participante	<i>“Me hicieron sentir contento” (E.A., 11 años) “Me parecieron divertidas, disfrute de las sesiones” (S.R, 11 años) “A mí me gustó mucho, fue muy agradable” (R. A., 9 años) “Me pareció bien el programa de mi mundo emocional” (G.I., 11 años) “A mí me gustó mucho” (I.D., 10 años) “Divertidas las sesiones” (A. P., 11 años)</i>
Padre	<i>“Mi hijo aprendió mucho y realiza muchas actividades solo que antes le costaban mucho” “Ayudaron a estabilizarse en sus emociones” (G., M, mamá) “En el comportamiento de mi hijo” (R.A., mamá) ““En su forma de expresión, decir lo que</i>

siente" (H.M., mamá) "En su actitud" (H.M., mamá) "Vi mucha mejoría en el comportamiento de mi hijo" (P.T, mamá).

Profesor "En el control de emociones" (Vería, 5 grado). "En el apoyo emocional, en la actitud al participar y la mejora de los trabajos" (Pedro, 5 grado). "Cambio de conducta" (Javier, sexto grado). "En la actitud, en la personalidad y compromiso del alumno" (Javier, sexto grado). "En el aspecto emocional" (Javier, sexto grado).  
"En la seguridad" (Adrián, quinto grado) "Pues apoyaron emocionalmente y eso impulsó a mejorar en sus actividades" (Martha, sexto grado). "Asesoría al alumno sobre su comportamiento" (Martha, sexto grado).

---

### **Categoría de análisis: Preferencia entre la sesión presencial o virtual**

Participante "Yo extraño la escuela, prefiero el trabajo presencial" (E.A. 11 años) "A mí me gustaba más en presencial porque sentía que aprendía más" (S.R, 11 años) "A mí me pareció bien, me gusto trabajar en sesiones por internet" (R. A., 9 años) "Yo extraño un poquito la escuela, a mí me gusta más en línea. Porque puedo estudiar desde mi casa y pues no salgo a la calle, y estoy aquí más segura" (G.I., 11 años) "A mí me gusto, nada más que se me hacía cansado estar pegado a la pantalla" (I.D., 10 años) "Yo opino que es mejor en presencial porque a mí lo que no me gusta de Zoom te saca de la clase, falla el internet" (A. P., 11 años).

Padre "Si estuvo bien, pero creo que hubiera sido mejor en presenciales" (G.,M, mamá) "Estuvieron bien porque se realizaban sin ningún problema las actividades que la psicóloga decía" (H.M., mamá) "De ambas" (H.G., mamá) "Presenciales" (R.A., mamá) "Si, Me gustarían mejor presenciales" (A.M., mamá) "Por ahora es mejor a distancia... ya que soy consciente y no expongo a mis hijos "(A.V.,tutora) "Distancia".

Profesor "En línea es un poco beneficioso, pero las presenciales son mejores" (Vellá, 5 grado). "En línea, se cumplieron las metas" (Pedro, 5 grado) "Considero que sí, pues se dio la responsabilidad y cumplimiento de trabajo" (Javier, sexto grado). "Tal vez sean más productivas presenciales" (Javier, sexto grado). "Están bien en línea (Javier, sexto grado). "Sesiones presenciales" (Martha, sexto grado). (Adrián, quinto grado)

---

### **Categoría de análisis: Aprendizaje de las sesiones**

Participante "Los ejercicios para calmar mi ansiedad, me pareció interesante aprender a respirar" (E.A. 11 años) "Debemos respetar a los compañeros, respirar para controlarnos y calmar nuestra ira para no tener consecuencias malas, los ejercicios de respiración si sirven mucho"(S.R., 11 años) "Yo aprendí a controlar mis emociones y a sentirme mejor" (R. A., 9 años). "Como controlar mis

emociones y ejercicios de respiración y no tener pensamientos grises” (G.I., 11 años). “Sobre el mapa emocional me gustó mucho porque descubrí muchas emociones que antes tenía y que me hacían sentir disgustado de tenerlas y no poder compartirlas, aprendí a controlar mis emociones, a identificar las emociones positivas y negativas como si fuera una charola” (I.D., 10 años). “Relajarme, estar más feliz” (A. P., 11 años)

Padre “A calmar sus nervios” (G., M, mamá) “Aprendió a estar más relajado, tranquilo” (P.T, mamá). “A moderar sus emociones” (H.G., mamá) “Que se desenvuelve mejor y con mayor seguridad Independencia y gusto en hacer las cosas” (H.M., mamá) “Ya aprendió a cómo controlarse” (H.M., mamá) “Que ha bajado su intensidad de enojo que hace ejercicio de respiración” (A.V.,tutora)

Profesor “En el razonamiento y comprensión” (Velía, 5 grado). “Mostró actitud, seguridad y confianza escolar” (Pedro, 5 grado)” “Actitud positiva, compromiso y responsabilidad” (Javier, sexto grado). “Mayor concentración relación al contenido” (Javier, sexto grado). “Relacionarse e integrarse al grupo” (Javier, sexto grado). “En la responsabilidad, el compromiso al trabajo y las participaciones” (Adrián, quinto grado) “Conocer sus capacidades” (Martha, sexto grado).

---

#### **Categoría de análisis: Utilidad de la regulación emocional**

Participante “Nos sirve para estar estables” (E.A. 11 años) “Para evitar consecuencias malas” (S.R, 11 años) “Sirve para controlar y mejorar nuestros sentimientos ya que al sentir ira o enojo podemos hacer daño a nosotros y a los demás” (R. A., 9 años) “Nos sirve para tomar mejores decisiones” (G.I., 11 años) “Porque si están descontroladas, nos pueden causar problemas y a veces nos pueden hacer daño” (I.D., 10 años) “Para no estar enojados por tanto tiempo, y para estar felices más veces” (A. P., 11 años)

Padre “A controlar sus respiración” (H.M., mamá) “A respirar, estar tranquilo” (P.T, mamá). “Relajarse y no ser impulsivo” (H.G., mamá) “El enojo” (R.A., mamá) “Tranquilidad” (H.M., mamá) “La respiración ya no se sofoca como antes” (H.M., mamá) “Ejercidos de respiración, Contar del uno al 10, dibujar para no crear pensamientos grises, y relajarse con música tranquila y sobre todo salir a caminar un rato” (A.V.,tutora).

Profesor “Control de emociones y seguridad” (Velía, 5 grado) “Seguridad, confianza y participaciones” (Pedro, 5 grado)” “Confianza” (Javier, sexto grado). “La seguridad y confianza” (Javier, sexto grado). “Mayor tolerancia” (Javier, sexto grado). “Expresar sus emociones” (Adrián, quinto grado) “La participación, el cumplimiento y el estudio” (Martha, sexto grado). “Respetar la opinión de los demás” (Martha, sexto grado).

---

---

**Categoría de análisis: Disminución de la ansiedad**

Participante	<i>“Yo sí, porque antes tenía demasiada ansiedad, como jugaba mucho, me mantenía ansioso” (E.A. 11 años) “Si disminuyo mucho porque a veces me daba por enojarme mucho cuando me daba ansiedad y ahora ya casi no” (S.R, 11 años) “Sí, yo sí. Me di cuenta porque ahora me siento más feliz” (R. A., 9 años) “Si disminuyo, antes me estresaba mucho por las actividades de la escuela y ahora ya casi no” (G.I., 11 años) “Todo mi cuerpo reaccionando, aunque luego siempre estoy feliz, de todos modos es lo que pasa en el suceso de la vida” (I.D., 10 años) “En que ya no estaba tanto tiempo en el teléfono ni tan enojado ni triste” (A. P., 11 años).</i>
Padre	<i>“Ya no se pone nervioso y no tiene miedo” (P.T, mamá). “Ya no se sentía tan desesperado por cualquier motivo” (H.G., mamá) “La ansiedad disminuyo” (R.A., mamá) ““Porque ahora trata de hacer más cosas provechosas” (H.M., mamá) “Aprendió a controlarse” (H.M., mamá) “Si...porque ya no se enoja con cualquier cosa” (A.V., tutora).</i>
Profesor	<i>“Se ve más tranquila” (Velía, 5 grado). “Tiene mayor concentración” (Pedro, 5 grado)” “Por qué mostró atención y cumplimiento” (Javier, sexto grado). “Por qué se muestra con interés y ganas de participar y trabajar” (Javier, sexto grado). “Por la seguridad, participación y confianza mostrada” (Javier, sexto grado). “En su cambio de actitud” (Adrián, quinto grado) “Más tiempo de trabajo” (Martha, sexto grado). “Controla un poco sus emociones” (Martha, sexto grado).</i>

---

**Categoría de análisis: Dificultades en las sesiones**

Participante	<i>“A veces, me costaba trabajo los mapas emocionales, porque no me acordaba bien de que como se llenaban” (E.A. 11 años) “Acoplarme al horario y las actividades” (S.R, 11 años) “Para mi casi nada fue difícil” (R. A., 9 años) “No se me dificultó” (G.I., 11 años) “Más o menos, porque luego tenía muchas tareas en la escuela, de Psicología y también de mis pies” (I.D., 10 años) “Que no estaba acostumbrado a las actividades de la psicóloga, lo más difícil en las primeras clases fue unos dibujos de las emociones y como se me iba el internet en ese tiempo” (A. P., 11 años).</i>
Padre	<i>“Ninguna” (G., M, mamá) “Ninguna” (H.M., mamá) “A veces no se podía conectar, porque estaba haciendo sus tareas escolares o nos íbamos a cuidar a su abuelita que estaba enferma” (P.T, mamá) “Considero que sólo se le dificultó expresarse” (H.G., mamá) “Ninguna” (H.M., mamá) “No comprendía y se notaba muy nervioso” (A.V.,tutora).</i>
Profesor	<i>“Probablemente el tiempo” (Velía, 5 grado). Ninguna” (Pedro, 5 grado)” “No hubo, estuvo con compromiso” (Javier, sexto grado). “No se dio, hubo apoyo familiar” (Javier, sexto grado). “Creo que no se dio, la familia lo apoyo” (Javier, sexto grado). “El trabajo a distancia” (Adrián, quinto grado) “No tengo mucha</i>

---

---

información" (Martha, sexto grado). "Información insuficiente" (Martha, sexto grado).

---

### **Categoría de análisis: Cambios positivos en el manejo de las emociones**

- Participante "Si, los cambios que he notado, que ya no tengo tanta ansiedad, ya no me muerdo tanto las uñas" (E.A. sexto grado) "Sí, porque antes me ponía triste sin sentido y ahorita ya no" (S.R, 11 años) "Sí como sentirme más feliz" (R. A., 9 años) "Durante las sesiones si note cambios, ya no pienso tantas cosas malas" (G.I., 11 años) "Yo siempre estoy feliz y cuando me enojo, me digo ya me enoje, pero luego pienso que puede pasar cualquier día y si lo puedo volver a hacer, entonces se me pasa el enojo. Con las clases he conocido más emociones, tristeza, enojo, felicidad, nerviosismo, asco y ansiedad" (I.D., 10 años) "Antes yo me enojaba mucho con mi familia y así, y cuando nos relajábamos en las clases en línea me calmaba y me sentía mejor" (A. P., 11 años).
- Padre "Se expresa dependiendo la emoción que sienta" (G., M, mamá) "Ya no se pone nervioso" (P.T, mamá). "Ya no es tan impulsivo" (H.G., mamá) "Mayor control" (R.A., mamá) "Que es más tranquilo" (H.M., mamá) "La respiración" "Comprensión, y más alegre y comparte su sentir" (A.V., tutora).
- Profesor "La relación familiar" (Velía, 5 grado). "Más tolerante" (Pedro, 5 grado)" "Actitud positiva y responsabilidad" (Javier, sexto grado). "En la actitud y la responsabilidad" (Javier, sexto grado). "Hubo participación, seguridad y confianza" (Javier, sexto grado). "Tiene más confianza en él" (Adrián, quinto grado) "Se relaciona más con sus compañeros" (Martha, sexto grado) "Se controla mejor" (Martha, sexto grado).
- 

### **Categoría de análisis: Beneficios en la escuela y en el hogar**

- Participante "Creo que si me beneficia en mi casa, pero más o menos en la escuela" (E.A. 11 años) "Yo digo que me beneficia en mi casa porque a veces me enojaba mucho con mis familiares y ahora ya no" (S.R, 11 años) "Sí me beneficia más en mi casa" (R. A., 9 años) "Si creo que me ayuda, porque me relajo más" (G.I., 11 años) "En mi casa sí, pero en la escuela estoy más disperso y aquí con la miss si entiendo y hago los ejercicios" (I.D., 10 años) . "En mi casa si me ayuda, porque antes estaba siempre acostado en mi cama y ahora hago más cosas" (A. P., 11 años)
- Padre "A tener una buena relación padres a hija. y entenderla" (G.,M, mamá) "Ya maneja mejor su carácter, ya no le da tanta ansiedad ni miedo" (P.T, mamá). "En no sentirse solo o incomprendido, en convivir más con sus compañeros" (H.G., mamá) "Más obediente y ordenado" (R.A., mamá) "Más servicial en hacer todo y hace mejor equipo" (H.M., mamá) "Se llevará mejor con todos y no se enojara como antes, se le hará más fácil tener amigos" (A.M., mamá) "Si ... para tener

*mejor comunicación con mi hijo y saber qué le pasa ,piensa o tiene para poder ayudarlo” (A.V.,tutora.*

Profesor *“Pone en práctica para aprender mejor” (Velía, 5 grado). “En el trabajo colaborativo (Pedro, 5 grado)” “Por la actitud, el compromiso y la responsabilidad. En la familia se le da la atención y el apoyo familiar” (Javier, sexto grado). “Por su actitud, compromiso y trabajo, la familia lo apoyo en lo moral y material” (Javier, sexto grado). “Pues ya participa, ya cumple y avanza en sus conocimientos, se muestra más apoyo en casa” (Javier, sexto grado). “En lo personal y académico, mejoras en la convivencia familiar” (Adrián, quinto grado) “Ser más participativa en casa y escuela” (Martha, sexto grado). “Favorece su aprendizaje y Se relaciona mejor con sus semejantes” (Martha, sexto grado).*

---

Nota. Elaboración propia

En el discurso de los participantes se puede observar el agrado por las actividades de las sesiones, les parecieron divertidas y buenas. En la categoría de preferencia entre la sesión presencial o virtual, los participantes se sienten cómodos en la modalidad a distancia, sin embargo algunos mencionan extrañar las clases presenciales y resaltan las limitaciones con el uso de las tecnologías de la información, como la pérdida del internet, el difícil acceso a las plataformas de videollamada. Mientras que los profesores en la mayoría refieren su preferencia al trabajo presencial. Por otro lado, en la categoría aprendizaje de las sesiones, se encontró una gran variedad de respuestas como la realización de ejercicios de relajación, la identificación de pensamientos grises (distorsiones cognitivas), las consecuencias de los actos y el control de la ira. Las mamás hacen mayor referencia al uso de la respiración como medio de afrontamiento ante los eventos de enojo. Los profesores de grupo, refieren observar más compromiso y participación escolar.

La utilidad que le dan a la regulación emocional está enfocada en la reflexión sobre sus propias consecuencias al hacer uso de las estrategias desadaptativas. Los papás en esta categoría siguen haciendo hincapié en las estrategias de relajación, es decir, asocian las habilidades de RE con el estado de tranquilidad y manejo de la ansiedad e ira. Los participantes relatan que percibieron niveles de ansiedad más bajos, observándolo en sus conductas, como

dejar de morderse las uñas, menos uso del teléfono celular y presencia de emociones positivas como la alegría. Los papás apoyan dicha percepción, ellos los notan menos nerviosos, y ya no se disgustan por cualquier cosa. En la categoría de dificultades en las sesiones, se encuentran respuestas sobre situaciones de falta de internet, problemas de salud en el hogar y la falta de costumbre en el trabajo de actividades relacionadas con las emociones. Los papás, externan que en ocasiones se mostraban nerviosos en la expresión de sus sentimientos durante algunas sesiones, además hubo algunas actividades como el mapa emocional que requirieron de apoyo para realizarla.

Dentro del discurso se encuentra que los participantes consideran que la intervención los beneficia en su hogar, ya que se muestran más alegres y activos para realizar otras actividades. Los profesores, mencionan que posiblemente mejore el rendimiento académico, al mismo tiempo por parte de sus alumnos, se muestra más compromiso y responsabilidad en las actividades escolares.

## **Discusiones y conclusiones**

### **Discusión de la fase 1. Diagnóstico de Necesidades**

En esta fase se encuentra que las niñas muestran ligeramente mayores puntuaciones en la Inquietud y la Ansiedad Total, sin embargo dichas diferencias no llegan a ser significativas, lo cual coincide con lo encontrado por Salazar et al. (2016), quienes efectuaron una investigación en Colombia con 658 participantes con edades entre 7 y 14 años. Las niñas inscritas en escuelas particulares presentaron mayores puntuaciones en el factor de preocupación. Al respecto la Asociación Americana de Psicología (2014) reporta que el trastorno de ansiedad se presenta con la misma frecuencia en los niños y niñas, las diferencias de género comienzan a aparecer en la adolescencia. Además, Aguilar y Gómez-Maqueo (2019) no encontraron diferencias entre niños y niñas en la ansiedad total. Por otro lado, en España, Gómez-Núñez et al. 2017 encontraron que las niñas mostraron niveles significativamente superiores de ansiedad en comparación con los niños, los niveles fueron mayores desde tercero hasta sexto año, Mientras que en México, también se encontraron diferencias en género (Gaeta & Martínez-Otero, 2014) así como en Noruega (Leikanger et al., 2012). Sin embargo es necesario seguir investigando en la población infantil mexicana, ya que se ha encontrado que las diferencias en los niveles de ansiedad comienzan a presentarse a partir de la adolescencia, por lo que se pone de relevancia que durante la infancia no hay diferencias importantes, especialmente en los niños con edades por debajo de los 8 años (Asociación Americana de Psicología, 2014; Fundación UNAM, 2016).

Un 7.5% presentan puntajes naturales por encima del rango promedio, lo que nos indicaría presencia de sintomatología ansiosa. Lo cual da mayor soporte a lo encontrado en una revisión por Caraveo-Anduga y Martínez-Vélez (2020) donde reportaron que las cifras epidemiológicas aumentaron en contextos escolares. Además los profesionales de la salud refieren que las consultas médicas son recurrentes por casos de niños y adolescentes que presentan ansiedad de manera intensa y frecuente. Dicha afección, se puede presentar en la

población ante eventos estresantes, sin embargo cuando ataca continuamente y de manera irracional debe ser evaluada y atendida psicológicamente, principalmente en la población infantil (Vázquez et al., 2015). Es por ello, se sugiere la identificación de la sintomatología en edades tempranas, con la intención de frenar el avance de comportamientos poco saludables en los niños (Hervás, 2011; Mandil et al., 2009).

Los hallazgos de la presente fase arrojaron una relación estadísticamente significativa de baja a moderada entre las estrategias de regulación emocional y los niveles de ansiedad. Lo que coincide con países como Estados Unidos y Australia, en donde se encontró que los jóvenes que se muestran más ansiosos, son menos efectivos para expresar y comprender las emociones, menos conscientes de ellas y tienen menos aceptación de sus propias emociones y reportan menos autoeficacia emocional (Schäfer et al., 2017; Mathews et al., 2016). También se reveló la necesidad de realizar investigaciones adicionales en ciertos dominios de competencia emocional, aclarar la operacionalización de los constructos emocionales, estudiar estas asociaciones en la primera infancia y dentro de períodos específicos de desarrollo, así como examinar dichos constructos en estudios longitudinales.

Aun cuando los niveles de ansiedad del presente estudio se encuentren en los estándares normales, los hallazgos generales resultan preocupantes por el grupo de participantes que mostraron puntuaciones naturales que rebasan la interpretación clínica, ya que la ansiedad se ha vinculado con un deterioro en las relaciones con los pares, problemas en su socialización y mayor dependencia a los adultos. Además se debe considerar que dentro de las causas del desarrollo de ansiedad patológica se encuentran factores biológicos, genéticos y psicológicos. Múltiples estudios reportan altas tasas de trastornos de ansiedad en hijos de padres que padecen estos trastornos comparados con hijos de padres sin la patología. Estudios genéticos muestran que la ansiedad y la depresión tienden a heredarse, sin embargo unos trastornos en comparación con otros muestran mayores riesgos (Almonte & Montt, 2015). Los eventos estresantes y

repentinos también pueden percibirse cómo detonadores, por ejemplo el cambio de dinámica familiar, la ausencia del padre por el ingreso al trabajo puede desencadenar el desarrollo de la ansiedad en los niños (APA, 2014).

Se enfatiza la necesidad de atención al grupo de niños que arrojaron puntuaciones naturales en el rango clínico, sin embargo es necesario implementar tratamientos que motiven al niño a iniciar y culminar las sesiones. Dentro de las consecuencias de la ansiedad encontramos que las personas que muestran disposición genética tienen más riesgo de ser víctimas de bullying (Guimond et al., 2015), las relaciones sociales, la independencia y la competencia emocional se ve afectada ante dicha patología (Gaeta & Martínez-Otero, 2014). También el área cognitiva se ve alterada, presentando episodios de despersonalización, alteración de la realidad, ocasionando que la persona disminuya sus habilidades de análisis y solución de problemas (Secretaría de Salud, 2010) además en la infancia se asocia alta probabilidad de experimentar conductas de riesgo y más tarde el desarrollo de la conducta alimentaria (Vázquez, 2015). En caso de no ser atendidos los síntomas de ansiedad se pueden asociar a una disminución en la calidad de vida (Ramsawh & Chavira, 2016). Es, por ello que se recomienda atender dicha problemática en cuanto sea identificada, aunando a que en la infancia se da mayor oportunidad de tener cambios conductuales saludables en comparación con la adultez teniendo un impacto positivo en el contexto escolar y familiar (Webster- Stratton & Reid, 2010). Asimismo se debe considerar la aplicación de intervenciones basadas en la prevención y fortalecimiento de habilidades sociales, comunicación asertiva y autocontrol de emociones (Mendoza et al, 2017).

## **Conclusión de la Fase 1. Diagnóstico de Necesidades**

Dentro de esta fase se concluye que los niños y niñas que experimenten menores niveles de ansiedad, mostrarán menor uso de estrategias que dificulten la regulación de la emoción (EDRE), dichas acciones pueden ser la agresividad como medio de expresión, la poca apertura para hablar sobre sus sentimientos, la evitación del evento aversivo y baja apertura a la solución de problemas. También se concluye que a menor ansiedad, mayor uso de estrategias que faciliten la regulación de la emoción (EFRE) en los niños de 9 a 11 años, es decir expresarán sus sentimientos, mostrarán apertura al cambio, buscarán apoyo social para resolver sus problemas y tendrán mayor nivel de autoeficacia para el afrontamiento de situaciones ansiosas y estresantes. Cuando el niño muestre dichas estrategias, se observarán menos dolores de cabeza, palpitaciones, aumento de la frecuencia cardíaca y sudoraciones.

En el contexto escolarizado, la mayoría de los niños y niñas de cuarto y quinto grado de escuela semirural, utilizan principalmente las EFRE ante los eventos que se le presenten, sin embargo también en la escuela existen grupos con riesgo de padecer ansiedad patológica por lo cual es indispensable identificar y canalizarlos para una evaluación más profunda y en su defecto para la atención psicológica. También se concluye que no existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad y RE entre niños y niñas. Sin embargo las niñas arrojan puntajes ligeramente mayores en la ansiedad social, lo cual refiere que tienen más dificultades para hablar en público y participar en eventos académicos que requieran participación enfrente de sus pares o grupos mayores. Asimismo las preocupaciones son ligeramente mayores en comparación con los niños. Dentro de las limitaciones encontramos la necesidad de validar y/o crear en México, pruebas que permiten la medición de las emociones básicas y secundarias en poblaciones escolares.

## **Discusión de la Fase 2. Validación de la Intervención por Jueces Expertos**

Para la conformación de los componentes y técnicas del diseño del programa “Mi mundo emocional” se realizó la revisión de la literatura donde se encontraron programas de intervenciones psicológicas basadas en evidencias impartidos presencialmente en países extranjeros dirigidos a poblaciones clínicas diagnosticadas con algún trastornos de ansiedad (Afshari et al., 2014; Suveg et al., 2018; Santesteban-Echarri et al., 2016). Dichos tratamientos permiten identificar las técnicas que muestran efectividad en la infancia bajo una comunicación directa y presencial con el terapeuta. Aunado a que la etapa de la infancia, plantea la necesidad de utilizar técnicas bajo un enfoque lúdico y dinámico con los niños, a diferencia de los adultos, lo cual resulta un reto para la telepsicología. Para el presente diseño impartido en línea se consideró necesaria primero la presencia del psicólogo que interactúe con los participantes y atienda las características individuales de los niños, a diferencia del programa BRAVE Self-Help probado en Australia, que está integrado por una plataforma automatizada para que la población infanto-juvenil pueda realizarlo sin necesidad de un terapeuta (March et al., 2018). Teniendo resultados sobre la comunicación directa, se puede avanzar a programas automatizados que permitan indagar más acerca de los beneficios en costo-tiempo, ya que existe una necesidad de comparar los enfoques de autoayuda en línea con los programas en línea implementados directamente por terapeutas de manera sincrónica.

El resultado del diseño de intervención, señala diferencias con otros programas, de hecho, se encontró que algunas intervenciones desde el modelo cognitivo-conductual utilizan el protocolo Coping Cat (Kendall & Hedtke, 2006), el cual ha probado su efectividad en países como Australia y Estados Unidos (Afshari et al., 2014; Suveg et al., 2009; Suveg et al., 2018), dicho programa está diseñado para implementarse de manera presencial y sirve como guía para el tratamiento de la ansiedad. Sin embargo, se plantea la necesidad de integrar elementos de la tercera generación como el mindfulness, activación conductual, conducta dialéctica, terapia de

aceptación y compromiso en población infantil, así como nuevos tratamientos que incorporen las TICs. Cabe mencionar que dicho programa contiene 16 sesiones de manera individual, la mitad del manual está destinado a la exposición en vivo de manera gradual a situaciones ansiógenas, en contraste una revisión realizada por Carpenter et al., (2018) encuentra que de 41 estudios revisados para trastornos de ansiedad, la duración media del tratamiento entre los estudios fue de 11.0 sesiones. Mientras que el programa “Mi Mundo emocional” impartido en línea de manera sincrónica y grupal, está conformado por 12 sesiones.

De igual importancia, Mennin et al. (2015) en adultos han buscado proporcionar evidencia inicial sobre la efectividad de la Terapia de Regulación Emocional que incluye la enseñanza de estrategias de regulación metacognitiva, que buscan promover la conciencia de las señales somáticas y emocionales, así como la respuesta de “manera contraria” de los clientes ante situaciones estresantes, también se involucra contextos que invoquen recompensas elevadas como motivaciones de amenaza a través de ejercicios de exposición. El modelo, abarca capacidades reguladoras cada vez más elaboradas (por ejemplo, atención / aceptación consciente, descentramiento y reevaluación) las cuales se sugiere sean probadas en población infantil o aplicadas en etapas más avanzadas de tratamiento, donde los infantes ya cuentan con la familiarización de las técnicas que conforman el modelo cognitivo-conductual, así como la maduración emocional para manejar técnicas más complejas.

En la literatura se encuentran programas de intervención psicológica que fueron validados en contenido a través de jueces expertos donde se evaluaron por mencionar algunos componentes como objetivos, actividades, metodología, organización de sesiones y materiales (Rocha-nieto et al., 2017; Suárez-Pico, 2019). Dichos hallazgos sirven para reflexionar que en el área de la Psicología de Clínica se presenta el compromiso de diseñar programas con evidencia científica. La validación por jueces expertos aporta sustento metodológico para el enriquecimiento de los procedimientos y técnicas para lograr los objetivos del tratamiento.

## **Conclusión de la fase 2. Validación de la Intervención por Jueces Expertos**

Se concluye que el programa “Mi mundo emocional” cumplió con la validación por jueces expertos, ya que se encontró un acuerdo total del programa en la categoría de pertinencia del 97.69%, en claridad del 95.05%, en duración del 97.12%, los materiales presentan el 93.89% de acuerdo entre los jueces y finalmente el 99.13% en la coherencia de las actividades. Por otro lado, algunos contenidos en las categorías de claridad y el orden de tres sesiones manifestaron la necesidad de modificarse. Considerando las observaciones y el acuerdo entre jueces se adaptaron algunos materiales en cuanto al uso del lenguaje, ilustraciones y planteamiento de situaciones. La información y las habilidades se aprenden a través de animaciones, concursos, acertijos y juegos interactivos diseñados para mantener a los jóvenes interesados y comprometidos con las sesiones (March et al., 2018).

El diseño de la intervención se encuentra dividido en tres módulos. El primero “Aprendo sobre mi mundo emocional” contiene técnicas de psicoeducación para el aprendizaje de las emociones básicas y primarias, así como la sintomatología de la ansiedad, de tal forma que el niño sea capaz de identificar las reacciones fisiológicas que surgen ante cada emoción negativa. El segundo módulo “Entrenamiento en habilidades de regulación”, utiliza la reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos ansiosos y distorsiones cognitivas que surgen ante las experiencias emocionales. El componente entrenamiento en relajación se practica junto con la reestructuración cognitiva para lograr la disminución de las reacciones fisiológicas de la ansiedad y aumentar la experimentación de emociones positivas. La técnica de solución de problemas se implementa para el aprendizaje de la reflexión en la búsqueda de opciones que se puedan elegir ante una situación ansiosa y estímulos que provoquen en el niño un malestar general.

En el tercer módulo “Consolidar las ganancias”, se busca implementar los conocimientos y habilidades a través de la exposición imaginaria de experiencias emocionales y situaciones

ansiosas. Al final, se integra una sesión para la prevención de recaídas, cierre del programa y entrega de diplomas. En cada sesión se integraron los autorregistros, economía de fichas y asignación de tareas. Asimismo la sesión 1 “Integración familiar” y la sesión 9 “Trabajo en equipo” se realizan de manera grupal con el padre/tutor de los participantes. Se concluye que los objetivos propuestos se alcanzaron, dando como resultado una intervención basada en evidencia que fomentará las habilidades de la regulación emocional así como la disminución de la sintomatología ansiosa en escolares de 9 a 11 años la cual se imparte en modalidad virtual. Cabe recalcar que el programa de intervención “Mi mundo emocional” se puede replicar para futuros estudios, por lo que cuenta con manual para el psicólogo, cuadernillo de actividades físico para el usuario y material digital para cada sesión. Las limitaciones que se encontraron en esta fase, es el acceso a los jueces, así como los tiempos asignados para el recibimiento de respuestas por parte de los expertos.

### **Discusión de la Fase 3. Implementación de la Intervención**

En la Ansiedad Social del CMARS-2 y Fobia Social del SCAS, se encontró una reducción de puntajes, pero no hubo diferencias estadísticamente significativas, lo cual coincide con lo encontrado en Santesteban-Charri et al. (2016), quien aplicó un tratamiento desde la TCC a un varón de 12 años con fobias específicas. Los resultados muestran que en las puntuaciones del SCAS hay una disminución en todos los factores, solo la fobia social no tiene cambios. En el presente estudio una de las posibles causas de dichos resultados es la impartición de las sesiones a distancia, lo cual dificulta la exposición a eventos sociales con sus pares, también se debe tomar en consideración el aislamiento social que se presentó durante más de un año por la pandemia de la COVID 19. Además un meta análisis evidencia que los tratamientos que se centraron principalmente en las técnicas de exposición produjeron efectos de mayor tamaño que los que incluían tanto técnicas cognitivas como conductuales y técnicas cognitivas solas, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Carpenter et al., 2018) se recomienda considerarlo para los futuros tratamientos impartidos de manera virtual, debido a que la modalidad de exposición en vivo dentro de la sesión virtual se ve limitada, y en problemáticas como la ansiedad social y las fobias específicas resulta un componente central para lograr los objetivos de la terapia.

Por otro lado, se comprobó la efectividad del programa “Mi Mundo emocional”, impartido de manera grupal, sin embargo en una revisión realizada por Carpenter et al., (2018) se encontró que los tamaños del efecto fueron menores para el tratamiento grupal en comparación con la TCC individual para trastornos de ansiedad. Lo anterior plantea la necesidad de evaluar los beneficios y limitaciones en Salud Pública sobre los tratamientos impartidos de manera grupal en comparación con los individuales. También se sugiere considerar que en la utilización de pruebas estadísticas para comprobar la efectividad de manera grupal, se corre el riesgo de perder datos individuales que permitan comprender el efecto del tratamiento. Por ello, Gómez y

Roussos (2012) sugieren el uso de la significancia clínica como criterio para las investigaciones de eficacia en la psicoterapia.

La significancia estadística estudia las diferencias entre las personas que participaron en un tratamiento y aquellas que no, mientras que la significancia clínica busca indagar acerca de los cambios en el paciente y la comunidad, de tal manera que permite un análisis individual de cada paciente, a diferencia de un análisis de diferencias grupales. Dicho mecanismo, no implica una separación de la estadística, lo que busca es la complementación de los análisis para conocer más a detalle los efectos de los tratamientos en los individuos. Además en estudios (Cristea et al., 2017; Blanco et al., 2017; Remor & Amoros, 2009) mencionan la importancia de considerar la significancia clínica de manera individual, por lo que el análisis de la Técnica de División en Mitades permitió conocer las diferencias clínicas obtenidas en cada participante. También se complementó con el valor social de la efectividad de la intervención mediante respuestas individuales y abiertas obtenidas en cuestionarios para los participantes, familiar y profesor de grupo.

De igual importancia, en el programa “Mi mundo emocional” se integraron dos sesiones con la mamá/tutor del participante para lograr la comprensión de la problemática de salud y brindar técnicas que ayuden de manera personal y en el hogar. Por otra lado, en un meta análisis se encontró que no hubo diferencias significativas entre las intervenciones que involucran a los cuidadores o padres y las que sólo incluían a los participantes (Mattews et al., 2016). Lo que sugiere el aumento del número de sesiones con los padres para lograr mayor impacto positivo en la efectividad del tratamiento.

Los trastornos de ansiedad han sido abordados desde diferentes modelos terapéuticos, sin embargo es necesario conocer los beneficios que muestra la TCC en comparación con otros modelos. Una evidencia la aporta el estudio realizado por Silk et al., (2018) en donde encontraron que en los trastornos de ansiedad infantil, fueron tratados desde la TCC y se encontraron

ventajas sobre la Terapia Centrada en el Niño de Cohen et al., (2005). La primera es más probable que alcancen una recuperación completa en todos los diagnósticos de ansiedad específicos. En segundo lugar, hay un porcentaje mayor de jóvenes recuperados al año de seguimiento. En tercer lugar, los jóvenes informaron emociones negativas significativamente menores asociadas con eventos negativos en la segunda mitad del tratamiento.

Durante la implementación del programa, se mantuvo una comunicación directa entre la psicóloga y el paciente. Considerando que la telepsicología menciona al respecto que se puede dividir el nivel de comunicación en varios niveles. En la parte más baja se encuentra la comunicación asincrónica que incluye recordatorios de información, mensajes electrónicos de manera automatizada entre otros. Por otro lado, en el nivel intermedio se encuentran mensajes de texto dependiendo de los síntomas del paciente, pero con la posibilidad de contactar directamente con el terapeuta. El más alto nivel lo encontramos en las acciones que llevan una comunicación directa con el terapeuta, como a través de videoconferencia o psicoterapia telefónica (Simón & Ludman, 2009). Aplicado en la investigación, encontramos que en Australia examinaron la viabilidad y aceptabilidad del programa de autoayuda en línea BRAVE Self-Help para el tratamiento de ansiedad en población infanto-juvenil. Se encontraron reducciones significativas en la ansiedad y satisfacción del programa por parte de los usuarios. A pesar de ello, hubo una variación notable en el grado de adherencia al tratamiento. Cabe destacar que una gran proporción de los participantes registrados (958/4425, 21,65%) no llegó a completar la primera sesión. El 48,05% registrados completaron solo una o dos sesiones del programa y el 30,31% (1341/4425) de los participantes completaron tres o más sesiones, con 1095 de estos proporcionando datos de evaluación para al menos dos puntos de tiempo (March et al., 2018). Lo anterior plantea que un programa público controlado atrae muchos jóvenes y niños, pero existe la limitación de que quizá un tratamiento autodirigido sin la presencia de un profesional de la salud, puede resultar insuficiente para mantener el compromiso. Por lo que es necesario el

diseño de nuevos tratamientos desde la Telepsicología que busquen procedimientos para conseguir mayor adherencia a la intervención.

Los programas de autoayuda en línea, sin la presencia del terapeuta minimiza la carga del usuario, las barreras geográficas para recibir el tratamiento (costo, accesibilidad, estigma y privacidad). Pero, ese tipo de programas requiere de una mayor inversión económica en las herramientas tecnológicas y en la creación de los contenidos virtuales. Por otro lado, existen oportunidades de implementar métodos innovadores basados en tecnología para lograr personalización del tratamiento (algoritmos). Se sugiere que antes de la implementación de un programa automatizado, el cliente/ paciente necesita una familiarización con el uso de las tecnologías de la información y una relación directa con el psicólogo, por lo cual los costos-beneficios sugieren usos masivos después de conocer la efectividad y limitaciones.

### **Conclusión de la fase 3. Implementación de la Intervención**

El programa “Mi mundo emocional” implementado desde el modelo cognitivo-conductual mostró efectividad en la reducción de la sintomatología ansiosa en infantes escolarizados. También se resalta que se logró la reducción en el uso de las EDRE, es decir los niños y niñas de 9 a 11 años tienden a utilizar en menor medida la agresividad como forma de respuesta, así como la poca expresión de sus sentimientos y la evitación del problema. Por otro lado, en el pre y post medición en el G1 y G2 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el aumento de las EFRE, sin embargo si se logró el aumento de las medias, lo que nos indica el aprendizaje de nuevas estrategias como la utilización de la respiración, apoyo social y mayor autoeficacia para resolver sus problemas después de la implementación de la intervención.

Con respecto a los análisis de los autorregistros de los niños con la técnica de división de mitades (Kazdin, 1982) se buscó comparar los niveles percibidos de ansiedad entre la línea base y el tratamiento. Los participantes mostraron en la línea de la intervención una reducción en la intensidad de la ansiedad percibida, lo que nos permite determinar que el programa Mi Mundo Emocional tuvo un efecto positivo a nivel individual.

En cuanto a la validación social, los participantes, el familiar y el profesor de grupo arrojaron un porcentaje elevado de acuerdo en la satisfacción de la intervención, además consideraron que hubo aprendizajes significativos y percibieron que las actividades los benefician en la casa y escuela. En el análisis cualitativo se encuentran cambios como mayor seguridad y concentración en las clases, integración de los ejercicios de relajación en su vida diaria, mejor manejo del enojo, reconocimiento de sus emociones, respeto de la opinión de los demás, identificación de las reacciones fisiológicas de su cuerpo ante las emociones, mayor participación en casa y en las clases escolares. También se encontró que los participantes se sintieron cómodos en las sesiones en línea, sin embargo en ocasiones perciben mayor beneficio en la consulta presencial. Por lo que se sugiere considerar que existen limitaciones en la

implementación de sesiones a distancia como es la ausencia física del profesional de la salud, que en ocasiones parece que puede afectar la relación terapéutica.

Sin embargo cuando los beneficios superan a las limitaciones no cabe duda que las intervenciones realizadas en línea surgen como una herramienta que garantiza la salud de los pacientes, y da oportunidad de ampliar la creación de material psicoeducativo ingenioso y lúdico para que la población infantil aumente la adherencia terapéutica. También es importante considerar la realización de estudios sobre la eficacia de las intervenciones en línea dirigidos a escolares de entre 5 a 8 años. Con la pandemia COVID 19, surgieron nuevos desafíos en el mundo, particularmente se dio el crecimiento del uso de la telepsicología como herramienta eficaz para la atención y cuidado de la salud mental, pero se debe garantizar los códigos éticos y científicos en el uso de herramientas tecnológicas que consientan la aplicación de los tratamientos psicológicos, así como la protección de datos y confidencialidad del paciente durante las sesiones.

A continuación se enlistan los factores que están fuera del alcance del investigador y que pueden afectar los procedimientos y resultados. Por ello, se sugiere considerarlos para futuras investigaciones

-Falta de recursos tecnológicos (computadora, teléfono e internet) en los participantes, se deben considerar cómo factores de inclusión en la intervención.

-Difícil acceso a materiales digitales de uso clínico que se puedan utilizar mediante juegos lúdicos adecuados para la edad de los participantes.

-Creencias sobre la atención psicológica, en ocasiones los padres no permiten la participación de los niños en la intervención.

-Tomar en cuenta los tiempos de permisos con la institución educativa para completar la investigación.

-Abandono de las sesiones en línea, por fallas en el internet o dispositivos móviles.

-Pocas pruebas psicométricas que midan la regulación emocional en población infantil.

-Capacitación para los participantes y padres sobre el uso de las TICs.

Las recomendaciones encontradas en los resultados del presente estudio incluyen, realizar ensayos clínicos aleatorizados con grupo control y agregar más instrumentos para la recopilación de datos como entrevistas, registro de observaciones para los cuidadores, participantes y profesores de grupo. Además se necesitan incluir pruebas validas en México que permitan evaluar la capacidad para manejar cada emoción, iniciando por las básicas (miedo, tristeza, alegría, enojo y asco). También se sugiere realizar seguimientos a los participantes de uno, tres, seis y doce meses, así como incorporar más de dos sesiones con los padres/tutores y anexar consultas con los profesores de grupo. Finalmente considerar la investigación de programas de autoayuda en línea y las plataformas para la impartición de atención psicológica.

## Referencias

- Afshari, A., Neshat-Doost, H. T., Maracy, M. R., Ahmady, M. K., & Amiri, S. (2014). The effective comparison between emotion-focused cognitive behavioral group therapy and cognitive behavioral group therapy in children with separation anxiety disorder. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(3), 221.
- Aguilar, A. S., Palos, P. A., & Gómez-Maqueo, E. L. (2019). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), 15-21
- Almonte, V. C., & Montt S. M.A. (2015). Trastornos ansiosos en niños y adolescentes. *En Psicopatología infantil y de la adolescencia* (p.p.451-460). Mediterráneo.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Artmed Editora.
- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology.
- Andrés, M. L., Juric, L. C., Castañeiras, C. E., & de Minzi, M. C. R. (2016). Relaciones de la regulación emocional y la personalidad con la ansiedad y depresión en niños. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 99-115.
- Bados, L. A., & García-Grau, E. (2011). Técnicas operantes. Universidad de Barcelona.
- Bandura, A. (1986). *Prentice-Hall series in social learning theory. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant children*. Guilford press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Meridian.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893

- Behar, E., Dobrow, I., Hekler, E., Mohlman, J., & Staples, A. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *RET, Revista de Toxicomanías*, 63, 15-36.
- Bisquerra, A., R. (2009), *Psicopedagogía de las emociones*. Síntesis.
- Blanco, V., Otero, P., López, L., Torres, Á., & Vázquez, F. L. (2017). Predictores del cambio clínicamente significativo en una intervención de prevención de la depresión. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 8(1), 9-20.
- Bos, M. S., Viteri, A., & Zoido, P. (2019). PISA 2018 en América Latina: ¿Cómo nos fue en lectura?
- Cañizales-Mendoza, M. Á. (1994). *La ansiedad: su relación con un curso gestacional* [Tesis de Doctorado] Universidad Autónoma de México.
- Caraveo-Anduaga, J. J., & Martínez-Vélez, N. A. (2020). Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud pública de México*, 61(4), 514-523.
- Carrasco C., E., & Sánchez, A. R. (2009). Validación de la Estimación Cognoscitiva de los Procesos de Regulación Emocional para la Emoción de Amor. *Interpersona*, 3(1), 14-29. [https://interpersonaabpri.files.wordpress.com/2010/12/paper-2\\_validacic3b3n-de-la-estimacic3b3n.pdf](https://interpersonaabpri.files.wordpress.com/2010/12/paper-2_validacic3b3n-de-la-estimacic3b3n.pdf)
- Castrillón, D. & Borrero, P. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado- rasgo (staic) en niños escolariza- dos entre los 8 y 15 años. *Acta colombiana de psicología*, 13(05), 79–90.
- Christensen, H., Batterham, P., & Caley, A. (2014). Online interventions for anxiety disorders. *Current opinion in psychiatry*, 27(1), 7-13.
- Cisler, J., Olatunji, B., Feldner, B., & Forsyth, J. (2010). Emotion regulation and anxiety disorder: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 68–82.

- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in cognitive sciences*, 14(9), 418-424.
- Colombiana de Salud, S. A. (2014). Guía de manejo para Trastorno de Ansiedad. <http://www.colombianadesalud.org>. Co/GUIAS\_ATENCION\_PSICOLOGIA/GUIA, 2.
- Coolican, H. (2018). *Research methods and statistics in psychology*. Routledge
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(01), 1-18.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816-845.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816-845.
- Deigh, J. (2010). Concepts of emotions in modern philosophy and psychology. En P. Goldie (Ed.), *The Oxford Handbook of Philosophy of Emotion* (pp. 18-40). Oxford University Press
- Díaz, M. I. Ruiz, A. Ma. A. & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Dose, C., Goertz-Dorten, A., Goletz, H., & Doepfner, M. (2018). Anxiety in Children and Adolescents Rated by Patients, Parents, and Teachers: Factor Structure and Psychometric Properties of an ICD-10 and DSM-IV-based Rating Scale in a Large Clinical Sample. *Journal of Child and Family Studies*, 27(10), 3185-3199.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). *The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance*. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (p. 143–163). The Guilford Press.

- Ekman, P. (1999) Facial expressions. In: *The handbook of cognition and emotion*, ed. Dalglish, T. & Power, T., pp. 301–20. Wiley.
- Ellis, A. & Becker, I. (1982). *A guide to personal happiness*. Wilkshire.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy (RET)*. Springer Publishing Co.
- Essau, C. A., Conradt, J., Kuhle, R., & Low, R. (2001). Feasibility and efficacy of the FRIENDS program for the prevention of anxiety in children. *Manuscript submitted for publication*.
- Essau, C. A., Conradt, J., Sasagawa, S., & Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior therapy, 43*(2), 450-464.
- Farb, N. A. S., Anderson, A. K., Irving, J. A., & Segal, Z. V. (2014). *Mindfulness interventions and emotion regulation*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 548–567). The Guilford Press.
- Fernández-Abascal, E. G. & Jiménez, Ma. P. (2013). Psicología de la emoción. En E. G. Fernández-Abascal, B. García, Ma. P Jiménez, Ma. D, Martín, & F.J. Domínguez (Eds.), *Psicología de la emoción* (4ta. ed., pp.17-74). Edición universitaria Ramón Areces, UNED. [https://books.google.com.mx/books/about/Psicolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_Emoci%C3%B3n.html?id=-2-UDAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books/about/Psicolog%C3%ADa_de_la_Emoci%C3%B3n.html?id=-2-UDAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Flujas-Contreras, J. M., Ruiz-Castañeda, D., Botella, C., & Gómez, I. (2017). Un programa de bienestar emocional basado en Realidad Virtual y Terapia Online para enfermedades crónicas en infancia y adolescencia: La Academia Espacial. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 4*(3), 17-25.

- Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. Oxford University Press.
- Fundación UNAM. (2016). *Ansiedad infantil, un problema en aumento*.  
<http://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/ansiedad-infantil-un-problema-en-aumento/>
- Gaeta, L., & Martínez-Otero, V. (2014). La ansiedad en alumnos mexicanos de primaria: variables personales, escolares y familiares. *Revista Iberoamericana de Educación*, 66(1), 45-58.
- García, A. V. G., Lara, M. G., Sánchez, C. M., & Rosas, A. R. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil. *Psicología y Salud*, 28(2), 177-186.
- García, C. B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales: Un enfoque de enseñanza basado en proyectos*. UNAM, Facultad de Psicología-EI Manual Moderno.
- Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva.
- Gómez, O., & Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117
- Gómez, O., & Calleja, N. (2017). Regulación emocional: Escalas de medición en español [revisión psicométrica]. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 81-91.
- Gómez-Núñez, M. I., García-Fernández, J. M., Vicent, M., Sanmartín, R., González, C., Aparisi-Sierra, D., & Inglés, C. J. (2017). Influencia del rechazo escolar sobre la alta ansiedad ante el castigo escolar en educación primaria. *European Journal of Education and Psychology*, 10(2), 68-74.
- González, L. G., & Pérez, V. M. O. (2014). La ansiedad en alumnos mexicanos de primaria: variables personales, escolares y familiares. *Revista Iberoamericana de Educación* 66, 45-58.

- Gross, J. J. & Feldman-Barret, L. (2011). Emotion Generation and Emotion regulation: One or Two Depends on Your Point of View. *Emotion Review*, 3(1), 8-16.
- Gross, J. & Thompson, R. (2007) Emotion Regulation: Conceptual Foundations. En J. Gross (Ed.) *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-26). The Guilford Press
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. En Gross, J. J. (Ed.). *Handbook of emotion regulation* (pp 3-20). The Guilford Press.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401.
- Guimond, F. A., Brendgen, M., Vitaro, F., Dionne, G., & Boivin, M. (2015). Peer victimization and anxiety in genetically vulnerable youth: The protective roles of teachers' self-efficacy and anti-bullying classroom rules. *Journal of abnormal child psychology*, 43(6), 1095-1106.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S. H., González Montesinos, M. J., Martínez-Guerrero, J. I., Villalobos, J. A., & Guajardo, J. G. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1).
- Hernández-Sampieri, R., & Torres, C. P. M. (2018). *Metodología de la investigación* (Vol. 4). McGraw-Hill Interamericana

- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel del déficit emocional en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347.
- Izard, C.E. (1971). *The face of emotion*. Appleton-Century-Crofts.
- Jacobson, E. (1939). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
- Kappas, A. (2011). Emotion and regulation are one! *Emotion Review*, 3(1), 17-25.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (1994). *Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (p. 19–71). John Wiley & Sons
- Kendall, P. C., & Hedtke, K. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*. Workbook Publishing.
- Koole, S. L., van Dillen, L. F., & Sheppes, G. (2011). The self-regulation of emotions. En K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications* (pp. 22-40). Guilford Press
- Larsen, R. J., & Prizmic, Z. (2004). Affect regulation. En K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications* (pp. 40-60). Guilford Press.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American psychologist*, 46(8), 819.
- Leikanger, E., Ingul, J. M., & Larsson, B. O. (2012). Sex and age-related anxiety in a community sample of Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(2), 150-157.
- León-Sanabria, G. (2007). Consistencia entre el reporte verbal y los efectos psicofisiológicos registrados en el tratamiento de una fobia específica empleando la técnica de la desensibilización sistemática (DS). *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 95-105

- Leyfer, O., Gallo, K.P., Cooper-Vince, C. & Pincus, B.D. (2013). Patterns and predictors of comorbidity of DSM-IV anxiety disorders in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 27(3), 306-311.
- Lopes, P., Salovey, P., Cote, S., & Beers, M. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*, 5, 113-118.
- López Roa, L. M. (2012). Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación. *Universidad y Salud*, 14(2), 197-204.
- Mandil, J., Bunge, E., Gomar, M., Borgialli, R., & Labourt, J. (2009). La implementación de recursos tecnológicos en la clínica con niños y adolescentes. *Revista argentina de clínica psicológica*, 18(1), 59-68.
- March, S., Spence, S. H., Donovan, C. L., & Kenardy, J. A. (2018). Large-scale dissemination of internet-based cognitive behavioral therapy for youth anxiety: feasibility and acceptability study. *Journal of medical Internet research*, 20(7), 234.
- Marrero, R. R., & del Rivero, E. D. P. F. (2019). Trastornos de ansiedad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4911-4917.
- Martínez-Pérez, M. R.-A. (2009). Identificación de las estrategias de regulación emocional del miedo en adultos de la Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 49-59.
- Masia, W., C., Fisher, P. H., Shrout, P. E., Rathor, S., & Klein, R. G. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 676-686.
- Mathews, B. L., Koehn, A. J., Abtahi, M. M., & Kerns, K. A. (2016). Emotional competence and anxiety in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review*, 19(2), 162-184.
- Mendoza, G. B., Rojas, G. C., & Barrera, B. A. (2017). Rol de participación en bullying y su relación con la ansiedad. *Perfiles educativos*, 39(158), 38-51.

- Mendoza-González, B., Cervantes-Herrera, A. D. R., Pedroza-Cabrera, F. J., & Aguilera-Rubalcava, S. J. (2015). Estructura factorial y consistencia interna del "Cuestionario para medir bullying y violencia escolar". *CienciaUAT*, 10(1), 6-16.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2010). *Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology*. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (p. 356–379). The Guilford Press
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Ritter, M., & Heimberg, R. G. (2015). An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depression and anxiety*, 32(8), 614-623.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281-1310.
- Mennin, D. S., Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Carmin, C. N. (2004). Regulation of emotion in generalized anxiety disorder. *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice*, 60-89.
- Miranda de la Torre, I., Cubillas Rodríguez, M. J., Román Pérez, R., & Abril Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud mental*, 32(6), 495-502.
- Mohr, D. C., Tomasino, K. N., Lattie, E. G., Palac, H. L., Kwasny, M. J., Weingardt, K. y Schueller, S. M. (2017). IntelliCare: An Eclectic, Skills-Based App Suite for the Treatment of Depression and Anxiety. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), <https://doi.org/10.2196/jmir.6645>

- Mychailyszyn, M. P., Brodman, D. M., Read, K. L., & Kendall, P. C. (2012). Cognitive-behavioral school-based interventions for anxious and depressed youth: A meta-analysis of outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice, 19*(2), 129-153.
- Nix, R. L., Bierman, K. L., Heinrichs, B. S., Gest, S. D., Welsh, J. A., & Domitrovich, C. E. (2016). The randomized controlled trial of Head Start REDI: Sustained effects on developmental trajectories of social-emotional functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(4), 310.
- O'Toole, M. S., Renna, M. E., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2019). Changes in decentering and reappraisal temporally precede symptom reduction during Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Behavior therapy, 50*(6), 1042-1052
- Organización Mundial de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes, estimaciones sanitarias mundiales. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Mental Disorders. Recuperado el 23 de febrero de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Washington DC, EE.UU. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Orgilés, M., Morales, A., Fernández-Martínez, I., Ortigosa-Quiles, J. M., & Espada, J. P. (2018). Spanish adaptation and psychometric properties of the child version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Plos one, 13*(8), e0201656.

- Ortiz, J. A. E. (2014). *Elaboración y validación de una escala de estrategias de regulación emocional para niños (EREN)* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ptd2014/junio/0714410/Index.html>
- Parkinson, B., & Totterdell, P. (1999). Classifying affect-regulation strategies. *Cognition & Emotion*, 13(3), 277-303
- Perales, G. O., & Cancio, S. P. (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pedriatría integral*, 39-46.
- Pérez, A. M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & 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.
- Pramana, G., Parmanto, B., Kendall, P. C. y Silk, J. S. (2014). The SmartCAT: an m-health platform for ecological momentary intervention in child anxiety treatment. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 20(5), 419-427. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0214>
- Pramana, G., Parmanto, B., Lomas, J., Lindhiem, O., Kendall, P. C. y Silk, J. (2018). Using Mobile Health Gamification to Facilitate Cognitive Behavioral Therapy Skills Practice in Child Anxiety Treatment: Open Clinical Trial. *Journal of Medical Internet Research JMIR Serious Games*, 6(2).
- Ramsawh, H. J., & Chavira, D. A. (2016). Association of childhood anxiety disorders and quality of life in a primary care sample. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(4), 269-276.
- Remor, E., Amorós Gómez, M., & Carrobles, J. A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos.

*Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 26(1), 49–57.

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/91961>

Reyes-Ticas, J. A. (2010). Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento.

*Biblioteca virtual en salud.*

Reynolds, C., & Richmond, B. (2012). CMASR-2 Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada

(2° ed.). *El Manual Moderno.*

Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in

children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 32(4), 251-262.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de

Ansiedad de Calkins: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.

Rocha-Nieto, L. M., Herrera-Delgado, C., & Vargas-Olano, M. (2017). Adherencia

al tratamiento en rehabilitación cardíaca: diseño y validación de un programa de intervención biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 61-81. doi: 10.15446/rcp.v26n1.53610

Rodríguez-Menchón, M., Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & Morales, A. (2021).

Rumination, catastrophizing, and other-blame: the cognitive-emotional regulation strategies involved in anxiety-related life interference in anxious children. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(1), 63-76.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized

anxiety disorder. In *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety* (pp. 213-240). Springer, Boston, MA.

- Russell, B. (2015). *La conquista de la felicidad*. Debolsillo.  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6gDXCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&ots=t98dWVVOBh6&sig=b3zaMvFXUo5K\\_DcUrFDJkOMjXbw#v=onepage](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6gDXCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&ots=t98dWVVOBh6&sig=b3zaMvFXUo5K_DcUrFDJkOMjXbw#v=onepage)
- Sackl-Pammer, P., Jahn, R., Özlü-Erkilic, Z., Pollak, E., Ohmann, S., Schwarzenberg, J & Akkaya-Kalayci, T. (2019). Social anxiety disorder and emotion regulation problems in adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 13(1), 37.
- Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10(5), 509-526.
- Salazar, E. G., Guzmán, K. T., & Munévar, F. R. (2016). Relación entre tipos de colegio y niveles de ansiedad en una muestra de escolares bogotanos. *Pensando Psicología*, 12(19), 69-79.
- Santesteban-Echarri, O., Rentero Martín, D., Güerre Lobera, M. J., Espín Jaime, J. C., & Jiménez-Arriero, M. Á. (2016). *Tratamiento cognitivo-conductual de fobia específica en la infancia: estudio de caso*. *Ansiedad y Estrés*, 22(2-3), 80–90.
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*, 46(2), 261-276.
- Schultz, J.H. (1931). *Das autogene Training (Konzentrierte Selbstenspannung)*. Stuttgart: Verlag.
- Secretaría de Salud (2010). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. México.
- Segrin, G. (2009). Social Skill Training. En W.T. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. John Wiley & Sons.
- Sheppes, G. S., G., Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 3-27.

- Silk, J. S., Tan, P. Z., Ladouceur, C. D., Meller, S., Siegle, G. J., McMakin, D. L. & Ryan, N. D. (2018). A randomized clinical trial comparing individual cognitive behavioral therapy and child-centered therapy for child anxiety disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(4), 542-554.
- Simon, G. E., & Ludman, E. J. (2009). It's time for disruptive innovation in psychotherapy. *Lancet, 374*(9690), 594-595.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*, 5ta ed. Trillas.
- Soric, I., Penezic, Z., & Buric, I. (2013). Big five personality traits, cognitive appraisals and emotion regulation strategies as predictors of achievement emotions. *Psychological Topics, 22*(2), 325-349.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of abnormal psychology, 106*(2), 280.
- Spielberger, C. D. (1973). *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños, STAIC*. CA. Consulting Psychologists Press
- Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., & Goddard, M. (2008). The FRIENDS emotional health prevention programme. *European child & adolescent psychiatry, 17*(5), 283-289.
- Suárez-Pico, P., Bonelo-Cuellar, G., & Utria, O. (2019). Software para estimulación socio-emocional en niños con trastorno del espectro autista. *Psychologia. Avances de la disciplina, 13*(1), 111-124.
- Sung, S. C., Porter, E., Robinaugh, D. J., Marks, E. H., Marques, L. M., Otto, M. W., & Simon, N. M. (2012). Mood regulation and quality of life in social anxiety disorder: An examination of generalized expectancies for negative mood regulation. *Journal of anxiety disorders, 26*(3), 435-441.

- Suveg, C., Jones, A., Davis, M., Jacob, M. L., Morelen, D., Thomassin, K., & Whitehead, M. (2018). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of abnormal child psychology*, *46*(3), 569-580.
- Tamir, M. (2011). The maturing field of emotion regulation. *Emotion Review*, *3*(1), 3-7.
- Tayeh, P., Agámez, P., & Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Rev. Precop SCP*, *15*(1), 6-18.
- Tejeda, M. M., García, R. R., González-Forteza, C., & Palos, P. A. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, *35*(6), 521-526.
- Vallejo-Slocker, L., & Vallejo, M. A. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción psicológica*, *13*(2), 157-168.
- Vázquez, C., Vega, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barriguet, J. A., & Coronel, S. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. *21*(1), 15-21.
- Ward, C. M., Brinkman, T., Slifer, K. J., & Paranjape, S. M. (2010). Using behavioral interventions to assist with routine procedures in children with cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis*, *9*(2), 150-153.
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD: Metacognition and Pathological Worry. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164-186). The Guilford Press.
- Wozney, L., Baxter, P. y Newton, A. S. (2015). Usability evaluation with mental health professionals and young people to develop an Internet-based cognitive-behaviour therapy program for adolescents with anxiety disorders. *Biomedicalcentral Pediatrics*, *15*.  
<https://doi.org/10.1186/s12887-015-0534-1>

## Anexos

### Anexo 1.

#### Ejemplo del CMASR-2

1.- Muchas veces siento asco o nauseas	Si	No
2.- Soy muy nervioso (a)	Si	No
3.- Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Si	No
4.- Tengo miedo que otros niños se rían de mi durante la clase	Si	No
5.- Tengo demasiados dolores de cabeza	Si	No
6.- Me preocupa no agradarles a los otros	Si	No
7.- Algunas veces me despierto asustado (a)	Si	No
8.- La gente me pone nervioso (a)	Si	No
9.- Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas	Si	No
10.- Tengo miedo que los demás se rían de mi	Si	No
11.- Me cuesta trabajo tomar decisiones	Si	No
12.- Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como quiero	Si	No
13.- Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mi	Si	No
14.- Todas las personas que conozco me caen bien	Si	No
15.- Muchas veces siento que me falta aire	Si	No
16.- Casi todo el tiempo estoy preocupado (a)	Si	No
17.- Me siento mal si la gente se ríe de mi.	Si	No
18.- Muchas cosas me dan miedo	Si	No
19.- Siempre soy amable	Si	No
20.- Me enojo con facilidad	Si	No
21.- Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Si	No
22.- Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas	Si	No
23.- Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase	Si	No
24.- Siempre me porto bien	Si	No

## Anexo 2.

### Ejemplo del SCAS

#### SCAS (Spence, 1997)

#### ¿QUÉ COSAS ME PASAN A MÍ?

Tu nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Marca con una "X" dentro del paréntesis la opción que muestre qué tan seguido te pasan estas cosas a ti. No hay respuestas buenas o malas.

1. Hay cosas que me preocupan.

Nunca ( - )      A veces ( )      Muchas veces ( )      Siempre ( )

2. Me da miedo la obscuridad.

Nunca ( )      A veces ( )      Muchas veces ( )      Siempre ( )

3. Cuando tengo un problema siento náusea en el estómago.

Nunca ( )      A veces ( )      Muchas veces ( )      Siempre ( )

4. Siento temor.

Nunca ( )      A veces ( )      Muchas veces ( )      Siempre ( )

5. Sentiría temor si me quedara solo/a en casa.

Nunca ( )      A veces ( )      Muchas veces ( )      Siempre ( )

6. Me da miedo presentar un examen.

Nunca ( )      A veces ( )      Muchas veces ( )      Siempre ( )

7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos.

Nunca ( )      A veces ( )      Muchas veces ( )      Siempre ( )

8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.

Nunca ( )      A veces ( )      Muchas veces ( )      Siempre ( )

9. Tengo miedo de hacer el ridículo enfrente de la gente.

Nunca ( )      A veces ( )      Muchas veces ( )      Siempre ( )

10. Me preocupo por hacer un mal trabajo en la escuela.

Nunca ( )      A veces ( )      Muchas veces ( )      Siempre ( )

11. Soy popular entre los niños y niñas de mi misma edad.

Nunca ( )      A veces ( )      Muchas veces ( )      Siempre ( )

### Anexo 3.

#### Ejemplo del EREN

Anahid Evelyn Ortiz Jara

Datos

Edad:\_\_\_\_\_ Grado escolar:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_

Sexo: Niño\_\_\_ Niña\_\_\_

Piensa en una situación o situaciones (en tu casa, escuela, o en la familia) que han sido estresantes o te hayan hecho sentir malestar en algún momento (como sentirte enojado, triste o temeroso). A continuación encontrarás una lista de frases, lee cada frase y con una X indícame el grado que se ajuste a tu comportamiento.

Recuerda las opciones de respuesta son: Siempre, Casi siempre, Casi nunca y Nunca

Cuando pasa alguna situación que te hace sentir alguna clase de molestia qué haces para cambiar tu sentir:

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
1. Fingo ser feliz pero lloro en soledad				
2. Grito o insulto				
3. Le digo a mis maestro o maestra lo que estoy sintiendo				
4. Actúo como si no estuviera pasando nada				
5. Digo lo que siento				
6. Busco con quien pelear				
7. Lloro y expreso lo que siento				
8. Trato de ver el lado bueno de la situación				
9. Busco estar solo(a)				
10. Ignoro a la persona				
11. Molesto a la gente				
12. Trato de arreglar la situación de la mejor manera				
13. Les pego a las personas				
14. Escribo poemas, cuentos o dibujo sobre mis sentimientos				

#### Anexo 4.

#### Ejemplo del Cuestionario de Validación para Jueces E expertos

**Objetivo de la intervención:** Favorecer la regulación emocional y disminuir la sintomatología ansiosa en infantes escolarizados de 9 a 11 años.

**Objetivo de la validación:** evaluar el contenido de la intervención tomando como indicadores la pertinencia, claridad, duración, materiales, coherencia y relevancia del mismo.

Favor de llenar las casillas correspondientes

Marque con una X la respuesta elegida entre las opciones que se presentan en los casilleros.

<b>Área de expertise</b> (puede seleccionar más de una respuesta)	Terapia cognitivo-conductual	Regulación emocional	Ansiedad	Otro (especificar):
<b>Años de práctica en su campo de expertise</b>	De 1 a 4 años	De 5 a 9 años	Más de 10 años	Otro (especificar):

#### Instrucciones

A continuación, se describe el procedimiento para la evaluación de la intervención.

1. En el documento (A) "Descripción de la intervención", se mostrará el desarrollo de cada una de las sesiones. En caso de que aplique, podría observar a detalle, en anexos, los materiales y ejercicios que se utilizarán en cada actividad.
2. En este documento (B) "Cuestionario de validación para jueces", encontrará el formato de evaluación.

A continuación se describe el procedimiento para la evaluación de cada una de las sesiones de la intervención. Podrá colocar una X en la opción de "Sí" en caso de que cumpla con el criterio de evaluación. En caso de que no cumpla con el criterio colocará una X en la opción de "NO".

Asimismo, en la tabla tendrá un espacio donde podrá agregar las observaciones que considere pertinentes.

A continuación se muestra la descripción de cada categoría de análisis

1. Pertinencia: los contenidos de la actividad son apropiados para el logro del objetivo de la intervención.
2. Claridad: la actividad planteada se comprende fácilmente.
3. Duración: la actividad tiene un tiempo apropiado para los participantes.
4. Materiales: los materiales corresponden a la edad de los participantes.
5. Coherencia: la actividad planteada tiene relación lógica con el modelo cognitivo-conductual.
6. Observaciones: observaciones específicas de cada actividad, tomando como guías las preguntas como ¿qué elemento consideraras cambiar? ¿La información es clara? ¿Cuál es la actividad que le pareció más apropiado, novedoso o interesante de esta sesión?

*Formato de evaluación, marque SI, si cumple el criterio, marque "NO" si no lo cumple.*

### Sesiones

Actividades	Pertinencia <sub>1</sub>		Claridad <sub>2</sub>		Duración <sub>3</sub>		Materiales <sub>4</sub>		Coherencia <sub>5</sub>		Comentarios y/ observaciones.
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
.											
1.											
2.											
3.											
4.											

**Anexo 5.**

**Ejemplo de cuestionario de evaluación de la intervención para participantes, familiar y profesor de grupo.**

Sujeto	Ítems	1. De acuerdo	2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3. En desacuerdo
Participantes	Te parecieron útiles las sesiones			
Madre o tutor	Te parecieron útiles las sesiones			
Profesor	Le parecieron útiles las sesiones de Psicología			
Participantes	Te agradaron las actividades que hizo la psicóloga			
Madre o tutor	Te agradaron las actividades que hizo la psicóloga			
Profesor	Te agradaron las actividades que hizo la psicóloga			
Participantes	Te sentiste cómodo en las sesiones			
Madre o tutor	Notaste cómodo a tu hijo(a) en las sesiones			
Profesor	Notaste cómodo al alumno (a) en las sesiones			
Participantes	Te agrada estar trabajando en línea			
Madre o tutor	Le agrada que su hijo(a) estuviera trabajando en línea			
Profesor	Cree que son beneficiosas las sesiones de psicología impartidas en línea			
Participantes	Consideras que obtuviste aprendizajes importantes en las sesiones			
Madre o tutor	Consideras que tu hijo(a) obtuvo aprendizajes importantes en las sesiones			

## Anexo 6. Registro de situaciones ansiosas para padres

**CAIH** Registro de situaciones ansiosas **CAIH** SALUD EMOCIONAL

Recuerda una experiencia donde observaste que tu hijo (a) se sentía ansioso (a), escribe cual fue la situación, que síntomas observaste y con base en la escala de intensidad que numero le asignarías.

¿En qué situación ocurrió?	¿Qué síntomas notaste?	¿En qué nivel de la escala lo notaste?
----------------------------	------------------------	--

## Anexo 7. Menú de recompensas

**CAIH** MENU DE RECOMPENSAS **CAIH** SALUD EMOCIONAL

RECOMPENSA	NÚMERO DE ESTAMPILLAS

## Anexo 8. Autorretrato

**CAIH** AUTORRETRATO **CAIH** SALUD EMOCIONAL

## Anexo 9. Diario emocional

**CAIH** DIARIO EMOCIONAL **CAIH** SALUD EMOCIONAL

Escribe en la tabla los días en que sentiste ansiedad y marca en qué nivel la sentiste.

Días de la semana	¿Por qué sentiste ansiedad?	De acuerdo a tu escala de intensidad ¿Qué nivel le asignas a la ansiedad?
Lunes		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Martes		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Miércoles		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Jueves		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Viernes		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sábado		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Domingo		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## Anexo 10 Estampilla

**CAIH** ESTAMPILLA **CAIH** SALUD EMOCIONAL

Felicidades por tu esfuerzo

Programa "Mi mundo emocional"

## Anexo 11. Las emociones

**CAIH** ¿QUÉ PASA EN MI CUERPO CUANTO TENGO UNA EMOCIÓN? **CAIH** SALUD EMOCIONAL

Mira el dibujo del cuerpo humano. Colorea de cada color las partes de tu cuerpo en la que sientes la alegría, tristeza, enojo y asco.

Alegría de color **amarillo**  
 Enojo color **rojo**  
 Tristeza color **azul**  
 Asco color **verde**

## Anexo 12. ¿Qué pasa en mi cuerpo?

**CAIH** LAS EMOCIONES **CAIH** SALUD EMOCIONAL

Pega 4 imágenes de revistas con personas experimentando una emoción y escribe en la parte de abajo: la emoción que es y que número de la escala de intensidad le asignarías.

### Anexo 13. Mi cuerpo y la ansiedad



### Anexo 14. Mi mapa emocional



### Anexo 15. ¿Qué están pensando?



### Anexo 16. Pensamientos ansiosos



### Anexo 17. Diario emocional y relajación

**DIARIO EMOCIONAL**

Escribe en la tabla los días en que sentiste ansiedad y marca en qué nivel la sentiste.

Días de la semana	¿Por qué sentiste ansiedad?	¿Realizaste ejercicios de relajación?	De acuerdo a tu escala de intensidad ¿Qué nivel le asignas a la ansiedad?
Lunes			😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😞
Martes			😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😞
Miércoles			😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😞
Jueves			😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😞
Viernes			😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😞
Sábado			😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😞
Domingo			😊 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😞

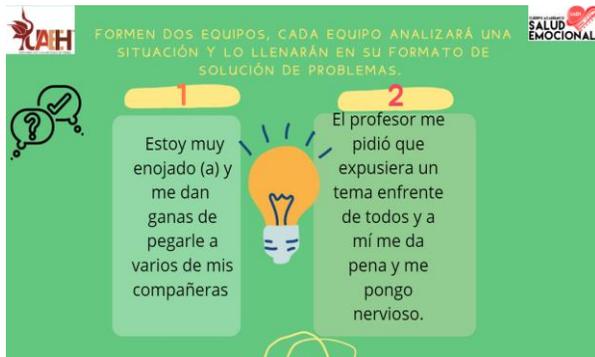
## Anexo 18. Mi camino



## Anexo 19. Semáforo emocional



## Anexo 20. Situaciones



## Anexo 21. Solución de problemas

**Técnica de solución de problemas**

PASO 1. ¿Cuál es el problema?

PASO 2. ¿Qué podría hacer?	PASO 3. ¿Cuáles son las consecuencias positivas de esas propuestas?	PASO 4. ¿Cuáles son las consecuencias negativas de esas propuestas?

PASO 5. Pensándolo bien, ¿cuál es la mejor solución?

## Anexo 22. Diploma



**Anexo 23. Sesión 4. Tu cuerpo te habla**



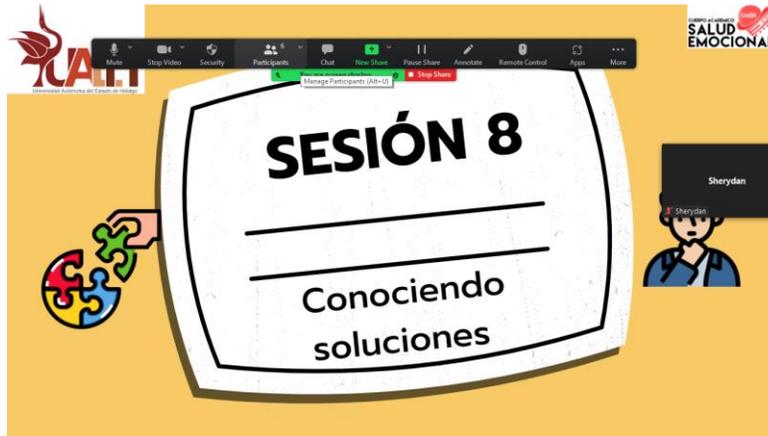
**Anexo 24. Sesión 5. Cuidando mi interior**



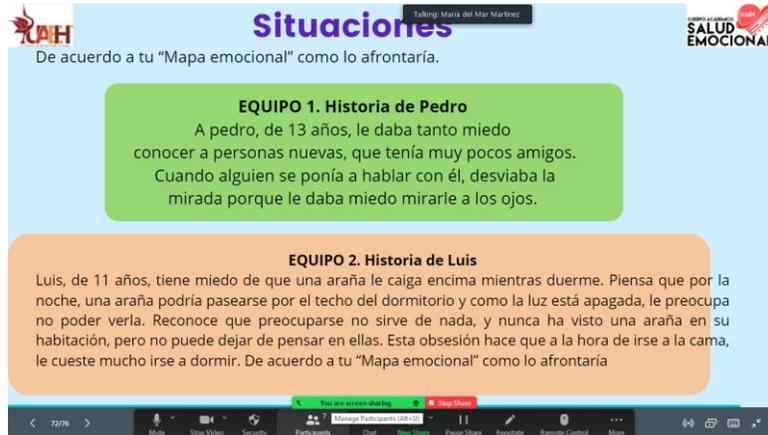
**Anexo 25. Sesión 3. Conozco el mundo de las emociones**



## Anexo 26. Sesión 8. Conociendo soluciones



## Anexo 27. Sesión 11. Exposiciones emocionales



## Anexo 28. Sesión 10. Soy valiente



## Anexo 29

### MANUAL PARA EL PSICÓLOGO SOBRE EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL “MI MUNDO EMOCIONAL”

#### **Sesión 1. Integración familiar**

**Objetivo general:** Facilitar la cooperación de los padres en la intervención e informar la relación de la ansiedad con la regulación emocional.

**Duración total:** 80 minutos

#### ***Actividad 1. Presentación del programa de intervención***

**Objetivo:** Informar sobre las características del programa de intervención

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** La psicóloga se presenta y describe el encuadre que incluye los objetivos de la intervención, cantidad de sesiones, y la importancia de que sus hijos asistan a las reuniones semanales. Se mencionan los beneficios del programa y las habilidades que se buscan favorecer en los niños. Se preguntan dudas o inquietudes que tengan acerca de la intervención.

#### **Materiales**

- Presentación de la sesión 1.
- Todos los materiales de las sesiones se encuentran en el siguiente link  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>

#### ***Actividad 2. La ansiedad y la regulación emocional***

**Objetivo:** Informar acerca de la sintomatología ansiosa infantil y su relación con la regulación emocional.

**Duración:** 20 minutos

**Descripción.** A través de una presentación en Canva se aborda la ansiedad como una problemática de salud, para concientizar sobre la importancia de la atención desde la infancia. Se explica el concepto de la ansiedad patológica. Más adelante, se explica la sintomatología de la ansiedad a nivel fisiológica, afectiva y cognitiva. Después se les enseña la escala de intensidad donde se ejemplifica que hay situaciones que generan más ansiedad que otras. Se les explica la importancia de los autorregistros, y se les pide que escriban en el formato 2 los eventos en donde recuerden haber notado ansiosos a sus hijos, junto con los síntomas y que número le asignan en la escala presentada, se preguntan dudas sobre el ejercicio. Después en la sesión grupal verán el video” ¿Qué es la regulación emocional?” donde se abordará la regulación emocional, mencionando la importancia de validar las experiencias emocionales, para después saber cómo enfrentar lo que se está sintiendo.

### **Material**

- Presentación de la sesión 1.  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>
- Formato 2. Registro de situaciones ansiosas (ver anexo 6)
- Video ¿Qué es la regulación emocional?  
<https://www.youtube.com/watch?v=ccf2R1ww5eE>

### **Actividad 3. Modelo cognitivo-conductual**

Objetivo: Introducir los componentes del modelo cognitivo-conductual

**Duración:** 7 minutos

**Descripción.** A través de la presentación en Canva se explican los elementos de la Terapia Cognitivo-Conductual (TC) así como su evidencia en diferentes problemáticas de salud.

## **Materiales**

- Presentación digital de la sesión 3.

### ***Actividad 4. Banco de recompensas***

**Objetivo.** Crear una lista de recompensas que serán utilizados como premios para los participantes.

**Duración:** 15 minutos

**Descripción.** Explicar que en cada sesión se dejará una actividad para practicar durante la semana, pedir apoyo para que el niño las realice. Hacer mención que por la realización de la tarea, se darán estampillas, que podrán ser intercambiados por algún premio. La psicóloga dará ejemplos sobre el tipo de recompensas que se pueden emplear para la construcción del banco de estampillas, se apoyara de preguntas como ¿Cuál es la actividad preferida del niño? ¿A dónde le gusta salir a comer? ¿Cuál es su platillo favorito?

## **Materiales**

- Formato 5. Menú de recompensas (Ver Anexo 7)

### ***Actividad 5. Trabajo en equipo***

**Objetivo:** Acordar la comunicación con la psicóloga y la fecha próxima de sesión.

**Duración:** 5 minutos

**Descripción.** Se menciona a los padres, la oportunidad de mantenerse en contacto con la psicóloga con el fin de resolver dudas. Se programa la siguiente reunión, donde se abordarán las técnicas revisadas durante las sesiones.

## **Sesión 2. Bienvenidos a la aventura emocional**

**Objetivo general:** Presentar la forma de trabajo de las sesiones y el modelo cognitivo-conductual a través de la psicoeducación.

**Duración total:** 80 minutos

### ***Actividad 1. Bienvenida y presentación***

**Objetivo:** dar la bienvenida al programa de intervención y presentar a los participantes a través de un juego.

**Duración:** 20 minutos

**Descripción.** La psicóloga se presenta, y da la bienvenida a los participantes. Después entregará el cuadernillo “Mi mundo emocional” que se utilizará en cada sesión y contiene los formatos para los ejercicios. Para empezar a conocer a los participantes y que se conozcan entre ellos, se realizará el juego “Autorretrato” el cual consistirá en que dibujen su silueta en el formato 1, y en el centro del dibujo coloquen su nombre completo. Después alrededor de la figura contesten las siguientes preguntas ¿Cuántos años tienes? ¿Cuál es tu personaje favorito? ¿Qué te gusta hacer en tus ratos libres? ¿Cuál es tu juego favorito? Al finalizar se les invita a compartir sus dibujos.

#### **Material**

- Cuadernillo “Mi mundo emocional” .  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>
- Formato. Autorretrato (ver anexo 8)

### ***Actividad 2. Encuadre de la sesión***

**Objetivo:** Orientar a los participantes sobre la forma de trabajo en la intervención.

**Duración:** 15 minutos

**Descripción.** A través de una Presentación en Canva se informará, sobre el objetivo de la intervención, número de sesiones y duración. Hacer hincapié en que la psicóloga y cada participante trabajan como un equipo. Se hace mención sobre la confidencialidad respecto al trabajo en las sesiones. La psicóloga describe su rol como entrenadora, que provee estructura y

consejos útiles para aprender habilidades y superar desafíos que se les presenten. Al terminar, invitar a los participantes a preguntar acerca de inquietudes o comentarios que tengan sobre la intervención.

### **Material**

- Presentación de la sesión 2.

### **Actividad 3. Psicoeducación**

**Objetivo:** Introducir el modelo cognitivo-conductual a través de la psicoeducación.

**Duración:** 15 minutos

**Descripción.** La psicóloga señala que a través de una presentación en Canva se muestra cómo las personas ven las cosas de manera diferente, se ponen ejemplos a través de analogías (comida deliciosa para algunos para otros no, ir a algún lugar provoca alegría pero no en todos). Para más adelante, presentar el círculo mágico que consiste que explica de una manera divertida el modelo ABC.

### **Materiales**

- Presentación de la sesión 2.

<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>

### **Actividad 4. Autorregistros**

**Objetivo:** enseñar la técnica de autorregistro

**Duración:** 20 minutos

Complementando con la información de la actividad anterior, la psicóloga menciona la utilidad de los autorregistros y comparte un ejemplo. Después se solicita a cada participante que escriban

en su cuadernillo una situación ansiogena ansiedad y se les presenta la escala de intensidad, en donde 1 es muy baja y 10 es lo máximo. Después el facilitador compartirá un ejemplo propio.

### **Material**

- Presentación de la sesión 2.

<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>

### **Actividad 5. Asignación de tarea**

**Objetivo:** Asignar una actividad “práctica lo aprendido” para casa.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** La psicóloga menciona a los participantes que cada sesión, va a terminar con la asignación de una actividad llamada "práctica lo aprendido". Se les explica, que son actividades para que se las lleven a casa y usen las habilidades vistas en las sesiones. Al comienzo de cada sesión se podrán compartir. Cada vez que realicen una actividad, recibirán dos o tres estampillas que pueden canjearse por una recompensa. En la siguiente sesión formaremos el banco de recompensas. La asignación de tarea de esta sesión consistirá en que registren en su cuadernillo del diario las situaciones donde estaban ansiosos. Se preguntan dudas sobre la actividad. Se agradece la participación en la sesión grupal, y se recuerda la siguiente fecha de reunión.

### **Material**

- Formato. Diario emocional (Anexo 9)

### **Sesión 3. Conozco el mundo de emociones**

**Objetivo:** Aumentar la comprensión de las emociones y la regulación emocional.

**Duración total:** 80 minutos

#### **Actividad 1. Revisión de la tarea**

**Objetivo:** revisar la tarea “práctica lo aprendido” de la sesión pasada.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** La psicóloga comienza compartiendo la tarea. Después, se les invita a que ellos hagan lo mismo, poniendo énfasis particular en los aspectos que brindaron alegría, se pregunta al niño o niña cómo se sintió, qué pensó y cómo actuó. Al final se recompensa el esfuerzo con dos estampillas.

### ***Actividad 2: Menú de recompensas***

**Objetivo:** construir una lista de recompensas que puedan canjear con las estampillas otorgadas en las actividades “práctica lo aprendido”

**Duración:** 15 minutos

**Descripción.** La psicóloga, recuerda el valor de realizar las actividades fuera de la sesión, para el aprendizaje de las nuevas habilidades. Después se menciona que vamos a formar una lista de al menos 5 recompensas que podrán canjear con el número de sus estampillas, se hace énfasis sobre el acuerdo del banco de recompensas entre la familia y el participante. Al final se les invita a compartir, y se retroalimenta para poder asignar el número de estampillas para cada premio.

### **Material**

- Formato. Estampillas (Ver Anexo 10).

### ***Actividad 3. Ruleta de emociones***

**Objetivo:** Presentar las características de las emociones a través de la psicoeducación.

**Duración:** 25 minutos

**Descripción.** La facilitadora menciona que esta semana se aprenderán de manera divertida las emociones que la gente pueden sentir y cómo reconocerlas. Realizar una lluvia de ideas sobre las emociones que el grupo conoce. Después se proyecta el video “Conociendo nuestras emociones” Al finalizar se abre el debate con las siguientes preguntas ¿Cómo sabes cuando

alguien está enojado? ¿Triste? ¿Feliz? ¿Sorprendido? ¿Temeroso? Se hace mención de la clasificación de las emociones tanto primarias como secundarias, incluyendo dentro de ellas a la ansiedad, después se proyecta el video “¿Qué es la ansiedad? Las emociones”. Se finalizará preguntando ¿Qué características tiene la ansiedad? ¿Qué hizo el personaje para afrontarla?

### **Materiales**

- Video “Conociendo nuestras emociones” <https://www.youtube.com/watch?v=ZsiPcsabw-0>
- Video ¿Qué es la ansiedad? Las emociones.  
<https://www.youtube.com/watch?v=0AkOrazQ2xl&t=4s>

### **Actividad 4. Validando mis emociones**

**Objetivo:** Enseñar el concepto de regulación emocional mediante la técnica de la psicoeducación.

**Duración:** 15 minutos

Descripción. A través de una Presentación en Canva explicar que todas las personas experimentan alegría, miedo, enojo, miedo y ansiedad, validando que todos sentimos ansiedad en un momento u otro, pero en ocasiones no sabemos qué hacer cuando sucede. Presentar el concepto de regulación emocional y sus características. Al finalizar hacer hincapié que en las sesiones iremos aprendiendo y reforzando habilidades para el afrontamiento de la ansiedad y las emociones básicas.

### **Materiales**

- Presentación de la sesión 3.  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>

### ***Actividad 5. Reloj de emociones***

**Objetivo:** Presentar el reloj de emociones que se irá trabajando en las sesiones.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** La psicóloga presentará el reloj de emociones. Después jugarán con él, se elegirá cuatro emociones de la ruleta y después se les preguntará al azar, cuando han experimentado esa emoción.

#### **Materiales**

- Presentación de la sesión 3.  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>

### ***Actividad 6. Asignación de tarea***

**Objetivo:** asignar una actividad “practicando lo aprendido” para reforzar el reconocimiento las emociones.

**Duración:** 5 minutos

**Descripción.** La actividad, consistirá en que los participantes en el formato las emociones peguen imágenes de revistas con personas experimentando una emoción y escriban en la parte de abajo: la emoción que experimenta y que número de la escala de intensidad le asignarían. También deberán seguir llenando el diario emocional. Se pregunta si existe alguna duda. Se agradece la participación y se recuerda la fecha de la siguiente sesión.

#### **Materiales**

- Formato. Mis emociones (Anexo 11)
- Formato. Diario emocional (Anexo 9)
- Formato. Estampillas (Anexo 10)

#### **Sesión 4. Tu cuerpo te habla**

**Objetivo:** Identificar las respuestas fisiológicas de la ansiedad, alegría, tristeza, enojo y asco.

**Duración total:** 80 minutos

##### ***Actividad 1. Revisión de la tarea***

**Objetivo.** Revisar la actividad que trabajaron en la semana.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** Invitar a los participantes a compartir las imágenes que encontraron y cuáles fueron las emociones. Al finalizar la actividad se les retroalimenta y felicita, se otorgan 2 estampillas para pegarlos en su banco de recompensas.

##### ***Actividad 2. ¿Qué pasa en mi cuerpo cuando tengo una emoción?***

**Objetivo:** Conocer las respuestas fisiológicas del cuerpo ante las emociones (alegría, tristeza, enojo y asco).

**Duración:** 25 minutos

**Descripción.** La facilitadora menciona que el día de hoy hablaremos sobre la manera en que nuestro cuerpo se comporta ante las emociones.

Después con apoyo de la presentación en Canva, de manera grupal irán contestando de manera verbal las siguientes preguntas ¿Dónde siente mi cuerpo la alegría? De acuerdo a las respuestas, en su formato 1 pintarán de color amarillo donde sientan la alegría. Al terminar pasarán con el enojo, ¿Dónde siente mi cuerpo el enojo? Y pintaran las partes de la figura de color rojo. Más adelante tristeza y asco.

## Material

- Presentación de la sesión 4 .  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>
- Formato. ¿Qué pasa en mi cuerpo? (Anexo 12)

### ***Actividad 3. ¿Qué pasa en mi cuerpo cuando siento ansiedad?***

**Objetivo:** Identificar las respuestas fisiológicas que tiene nuestro cuerpo ante situaciones que provocan ansiedad.

**Duración:** 20 minutos

**Descripción.** Al terminar de ver las emociones básicas, hablaremos de la ansiedad, con apoyo de la presentación en Canva se pregunta ¿De qué manera nuestro cuerpo nos avisa que estamos experimentando ansiedad? La psicóloga verbaliza unos ejemplos de reacciones fisiológicas ante eventos ansiosos. Por ejemplo “cuando me pongo nerviosa, sudo mucho, mi corazón se acelera y me duele la cabeza”. Después con apoyo de la presentación digital se mostrará la sintomatología fisiológica. Durante esta actividad, en el formato 2 los niños iluminarán y escribirán las partes de su cuerpo que sienten extrañas cuando están ansiosos.

## Material

- Formato Mi cuerpo y la ansiedad (Anexo 13)
- Presentación de la sesión 4.  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>

#### **Actividad 4. Presentación del mapa mi “Mi mundo emocional”**

**Objetivo:** Presentar el mapa mi mundo emocional, que se irá completando a través de las sesiones.

**Duración:** 20 minutos

**Descripción.** La facilitadora presenta a los niños el mapa mi mundo emocional, explica que lo utilizaremos a lo largo de las sesiones para ir escribiendo los elementos que aprendamos. Estos elementos nos ayudarán a entender lo que sentimos y pensamos, así como las estrategias que podemos utilizar para enfrentar la ansiedad. En esta sesión con apoyo de la presentación en Canva, se describe el primer elemento titulado “¿Cómo me siento?”, que consiste en que el participante reconoce los síntomas de ansiedad. Después se les pide que anoten en el formato 3 las respuestas de las siguientes preguntas ¿Cómo me siento? ¿Cómo me avisa mi cuerpo que me siento ansioso? Poner ejemplos para describir mejor el ejercicio. Al finalizar compartirán las respuestas.

#### **Material**

- Formato. Mapa emocional. Primer elemento (Anexo 14)

#### **Actividad 5. Asignación de tarea**

**Objetivo:** Dejar una actividad “práctica lo aprendido” para el transcurso de la semana.

**Duración:** 5 minutos

**Descripción.** La actividad para los participantes consistirá en registrar diario en su cuadernillo en el formato 4, una situación donde hayan experimentado ansiedad y asignarles un puesto en la escala de intensidad.

#### **Material**

- Formato. Diario emocional (Anexo 9)

## **Sesión 5. Cuidando mi interior**

**Objetivo:** Presentar los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas así como la enseñanza del dialogo de afrontamiento.

**Duración total:** 80 minutos

### **Actividad 1. Revisión de la actividad “práctica lo aprendido”**

**Objetivo:** Revisar la realización de ejercicios de relajación en casa.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** Se les invita a los participantes a que expresen cómo les fue en los momentos donde practicaron la relajación. Después, se revisan sus autorregistros y se asignan las tres estampillas como recompensa.

### **Actividad 2. Pensamientos grises**

**Objetivo:** Enseñar el concepto de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.

**Duración:** 30 minutos

**Descripción.** De acuerdo a las sesiones pasadas, hemos estado conociendo cómo se siente nuestro cuerpo ante las emociones y la ansiedad. En esta sesión hablaremos acerca de los tipos de pensamientos que suceden simultáneamente con las experiencias emocionales. Se menciona que los pensamientos que nos asaltan y se presentan de repente en nuestra mente a lo largo de todo el día. Este tipo de pensamientos afectan nuestras emociones y las conductas.

Más adelante, a través de una presentación en Canva se enseñan los tipos de errores de pensamientos (pensamientos grises) frecuentes que pueden acompañar sus emociones ante diferentes situaciones.

Después se presenta a Caza pensamientos, el amigo que nos acompañará en este aprendizaje. Se les pide que trabajen en el formato ¿Qué estará pensando? que se encuentra en su cuadernillo de mi mundo emocional, la actividad consiste en escribir los pensamientos que

podieran estar teniendo las personas presentadas en el formato. Al terminar el ejercicio, se les invita a que compartan sus respuestas.

### **Material**

- Presentación de la sesión 5.  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>
- Formato. ¿Qué están pensando? (Anexo 15)

### **Actividad 3. Pensamientos sobre ansiedad**

**Objetivo:** Identificar los pensamientos que pueden surgir en situaciones de ansiedad

**Duración:** 15 minutos

**Descripción.** Se les pide a los participantes que revisen su formato que se encuentra en su cuadernillo, donde vienen imágenes de personajes que se encuentran en situaciones que provocan ansiedad, la psicóloga sugiere posibles pensamientos que el personaje puede tener y le pide al niño que sugiera pensamientos similares para otras imágenes. El terapeuta explica la conexión entre el pensamiento algo malo está por suceder y la sensación de ansiedad.

### **Materiales**

- Formato. Pensamientos ansiosos (Anexo 16)

### **Actividad 4. Pensamientos valiosos**

**Objetivo:** Enseñar automanifestaciones de afrontamiento positivos ante las distorsiones cognitivas.

**Duración:** 20 minutos

**Descripción.** La psicóloga menciona que los pensamientos grises

La psicóloga menciona que los pensamientos grises (distorsiones cognitivas) se pueden presentar ante situaciones ansiosas o experiencias emocionales que nos generan alto malestar. Una de las formas de manejar dichos pensamientos es a través de las automanifestaciones positivas, que son frases alentadoras y motivacionales que nos sirven para impulsarnos a enfrentar los miedos que tenemos. En lugar de centrar la atención en las inquietudes y dudas que surgen en nuestra mente, podemos modificarlas por mensajes positivos y confortadores. . Después se les pide a los participantes que de manera grupal se analice el caso de Ana descrito en el formato.

### **Materiales**

- Material digital de la sesión 5.  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>

### **Actividad 5. Asignación de tarea**

**Objetivo:** Asignar una actividad “práctica lo aprendido” para la identificación de pensamientos.

**Duración:** 5 minutos

**Descripción.** Se les pide a los participantes que de manera individual registren en su diario emocional (autorregistro) los días en que sintieron ansiedad, también la situación que lo ocasiono y que marquen del 1 al 10 en qué intensidad se presentó. En este formato se agrega la pregunta ¿Qué pensaste? Se les agradece la participación, y se recuerda la fecha y hora de la siguiente sesión.

### **Materiales**

- Formato. Diario emocional (Anexo 9)

## **Sesión 6. Cultivando la calma**

**Objetivo:** Modificar las distorsiones cognitivas ante experiencias emocionales y enseñar la respiración diafragmática y relajación progresiva muscular.

**Duración total:** 80 minutos

### **Actividad 1. Revisión de la tarea**

**Objetivo:** retroalimentar la actividad dejada en la sesión 3.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** La psicóloga revisa los autorregistros que realizaron la semana pasada, para ir considerando las situaciones dentro de la exposición. Después recompensa con dos puntos, y al final de la sesión se podrán canjear sus estampillas por algún premio del banco de sus recompensas.

### **Actividad 2. Análisis de cortometraje “solo respira”**

**Objetivo:** Analizar el cortometraje “solo respira” para favorecer la comprensión emocional.

**Duración:** 10 minutos

La psicóloga presenta el cortometraje “solo respira” al terminar de verlo, invita a la participación con las siguientes preguntas ¿Qué notaron en el video? ¿Qué emociones manifestaban los niños y niñas? ¿Qué hacían para sentirse mejor?, se retroalimenta con las reacciones que tuvieron los protagonistas del video ante situaciones que los hacen sentir enfadados, tristes y ansiosos, así como la forma en que los infantes del video transforman sus sensaciones en positivas.

### **Material**

- Cortometraje “solo respira” <https://www.youtube.com/watch?v=qn63c9JgoN8&t=221s>

### **Actividad 3. Respiración diafragmática**

**Objetivo:** Introducir la práctica de la técnica de respiración diafragmática

**Duración:** 20 minutos

**Descripción.** Se le pide a los niños que respiren profundamente, después que cierren los ojos y recuerden una situación tranquila, en donde experimentaron alegría. Después de la visualización, pedir que presten atención a las sensaciones físicas de su cuerpo.

Después se Invitará a los infantes a que tomen una posición cómoda. Como primer paso, pedir que cierren sus ojos, que inhalen profundamente intentando que su estómago se expanda, luego que exhale lentamente prestando atención a cómo su cuerpo se siente cuando el aire sale. Se reitera el procedimiento 3 veces. Pedir a los participantes que presten atención en cómo se siente su cuerpo luego de unas cuantas inspiraciones profundas, hacerles notar la sensación de relajación. Se hace mención sobre cómo la técnica les puede ayudar a afrontar una situación que les genere ansiedad o algún otra emoción que les provoque malestar.

### **Materiales**

- Presentación de la sesión 6.

<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>

### **Actividad 4. Recolectando evidencias**

**Objetivo:** Enseñar la búsqueda de evidencias para modificar pensamientos negativos que se activan durante experiencias emocionales.

**Duración:** 15 minutos

**Descripción.** Los pensamientos negativos están presentes ante situaciones ansiógenas, en ocasiones nuestra atención está enfocada en ellos, por lo que es necesario identificarlos y cuestionarlos. Nuestro amigo Buscapensamientos nos puede ayudar con esa tarea, en equipo con él pongamos a prueba nuestro papel de detective. Te invito a que te cuestiones los pensamientos de grises utilizando algunas de las siguientes preguntas ¿Esto es un pensamiento gris? ¿Qué evidencia tengo sobre este pensamiento gris? ¿Cuáles son las razones para creer

esto? ¿Qué me diría mi mejor amigo sobre este pensamiento? ¿Qué diría mi mamá/papá sobre este pensamiento?. Para ejemplificar se presente el caso de Sita descrito en la presentación de Canva.

### **Material**

- Presentación digital de la sesión 6

<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>

### **Actividad 5. Relajación progresiva muscular**

**Objetivo:** Introducir la práctica de la técnica de relajación progresiva muscular

**Duración:** 15 minutos

**Descripción.** Antes de iniciar la psicóloga hace mención de los músculos que serán utilizados, para evitar que haya alguna confusión durante el ejercicio.

La psicóloga modela los ejercicios, iniciando con el grupo muscular brazos y manos dando las indicaciones: respira profundamente tres veces seguidas. Siente cómo tus pulmones se llenan de aire limpio. Ahora vamos a iniciar apretando ligeramente el puño de cada mano, después vamos a extender los brazos hacia adelante. Seguimos con el mismo procedimiento para las piernas y los pies. Movamos los hombros de atrás hacia adelante. El cuello se empieza a mover de manera circular y de derecha a izquierda. Vamos a pasar a la zona media de nuestro cuerpo, aprieta los músculos del abdomen, al mismo tiempo hacemos respiraciones profundas. También tensa los músculos de la cara, con gestos de sorpresa, cerrando los ojos y apretando los labios. Se tensan los músculos durante unos 3 a 5 segundos. AL terminar el ejercicio se le cuestiona sobre cómo se sintió su cuerpo después de cada tensión muscular.

## **Materiales.**

- Presentación de la sesión 6.

### **Actividad 6. Recompensa**

**Objetivo:** Cambiar las estampillas del banco por una recompensa.

**Duración:** 5 minutos

**Descripción.** Como se acordó en la sesión 2, se cambiarán las estampillas que han logrado en las sesiones pasadas por un premio de la lista creada previamente.

### **Actividad 7: Asignación de tarea**

**Objetivo:** Dejar una actividad “práctica lo aprendido” para la siguiente sesión.

**Duración:** 5 minutos

**Descripción.** Se les pide al grupo que realice las actividades de respiración, tensión y relajación de sus músculos presentados durante la sesión. Haciendo hincapié, en que los realicen en un lugar donde se sientan cómodos. La intención es que los practiquen al menos una vez al día, durante toda la semana. Dentro de su cuadernillo se encuentran el diario emocional que llenarán junto con la realización de los ejercicios.

## **Material**

- Formato. Diario emocional y relajación (Anexo 17)

## **Sesión 7. Mi mente es valiente**

**Objetivo:** Practicar un ejercicio de mindfulness y de detención de pensamiento para el control emocional.

**Duración total:** 80 minutos

### **Actividad 1. Revisión de autorregistros**

**Objetivo:** Revisar los autorregistros de pensamientos ansiosos.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** Se revisa a cada participante los autorregistros, tomándolos en consideración para las actividades de exposición. Después se les invita de manera grupal a comentar alguna situación que hayan escrito. Al terminar se recompensa con tres estampillas.

- Presentación digital de la sesión 7.

## **Actividad 2. Camino por el bosque**

**Objetivo.** Realizar un ejercicio de mindfulness para la comprensión emocional

**Duración:** 35 minutos

**Descripción.** La psicóloga guiará esta actividad, se les comento en la anterior sesión que se conectarán con ropa cómoda y estuvieran en un lugar sin ruido. Después se activa la música de relajación que viene en la Presentación en Canva, en donde se empezará con la respiración diafragmática, más adelante se tensarán los músculos de la cabeza hasta las piernas. La psicóloga comenzará a guiar con su voz a los participantes hacia un bosque, donde ponen atención al momento presente y las sensaciones que está presentando mi cuerpo. Estará narrando que camina por el bosque, siente el aire recorrer su cara, sus manos y sus brazos, sigue caminando y se encuentra frente a un río, en donde contempla las nubes y escucha el canto de los pájaros. Para unos minutos y se sienta en una piedra a disfrutar la alegría y tranquilidad que está experimentando ante tal momento, siente recorrer la energía en todo su cuerpo. Después se les invita a regresar caminando al punto donde iniciaron, para abrir los ojos y regresar a la sesión. Al terminar el ejercicio, se les pide que dibujen en su formato del cuadernillo emocional lo que imaginaron durante la actividad. Se les invita a compartir su experiencia.

**Material**

- Presentación de la sesión 7.

<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>

- Formato. Mi Camino (Anexo 18)

### **Actividad 3. Apaga el ruido**

**Objetivo:** Practicar la técnica de detención de pensamientos para situaciones ansiosas.

**Duración:** 20 minutos

**Descripción.** La psicóloga menciona que con base en la sesión pasada donde vimos las distorsiones cognitivas, ahora vamos a seguir aprendiendo técnicas que nos van a ayudar a enfrentar los pensamientos negativos. Una de ellas es la detención del pensamiento, que le llamaremos “apaga el ruido” haciendo la metáfora de que los pensamientos son como “CD” que se activa en la mente del niño. Se le solicita a cada participante que está escuchando la música muy fuerte y a continuación le baja al ruido, para encontrarse más en calma.

A continuación se describen los pasos de la técnica

Ante una situación ansiosa o una experiencia emocional negativa, date el momento para respirar profundamente e identificar los pensamientos grises. Después puedes decir la frase ¡“Para! en silencio o en voz alta si así lo requieres. En algunas ocasiones, puedes ocupar una pulsera elástica en tu mano para tirar de ella y acompañarla de la frase. Inmediatamente que realices dicho acto, ponte a buscar evidencias sobre el pensamiento gris, recuerda que te puedes apoyar de Buscapensamientos. De esta manera, podrás sustituir las distorsiones por pensamientos valiosos. Para complementar se leerá el caso de Omar que viene en la presentación Canva para ejemplificar la técnica.

### **Material**

- Presentación de la sesión 7.

#### **Actividad 4. Complementación del mapa emocional**

**Objetivo:** Presentar el elemento pensamientos en el mapa emocional.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** En su mapa emocional se integra como elemento, los pensamientos que experimentan ante las situaciones emocionales, se les pide que en su formato 4 del cuadernillo agreguen el elemento “pensamiento” y escriban las preguntas ¿Qué pensamientos tengo? ¿Qué estrategias utilizo para afrontarlos?. ¿Por cuáles los cambie?

#### **Materiales**

- Formato. Mapa emocional (Anexo 14)

#### **Actividad 5. Asignación de tarea**

**Objetivo:** Asignar una actividad sobre registros de situaciones ansiosas

**Duración:** 5 minutos

**Descripción.** Se le pide a los participantes que durante la semana registren en su diario emocional, las situaciones en las que se sintieron ansiosos tomando en consideración como reacción su cuerpo, qué pensamientos tuvo y que pensamientos de afrontamiento aplico.

#### **Materiales**

- Formato. Diario emocional (Anexo 9)

#### **Sesión 8. Conociendo las soluciones**

**Objetivo:** Enseñar la resolución de problemas para el manejo de experiencias emocionales.

**Duración total:** 80 minutos

#### **Actividad 1. Revisión de la tarea.**

**Objetivo:** Revisión de los autorregistros sobre el componente cognitivo.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** Revisar los autorregistros que trabajaron en la semana. Al terminar de realizar la actividad se recompensa con tres estampillas.

## **Actividad 2. Elemento acciones**

**Objetivo:** Integrar el elemento acciones/conductas en el mapa emocional

**Duración:** 8 minutos

**Descripción.** Después se les pide que se centren en su mapa del mundo emocional que viene en su cuadernillo, se menciona brevemente que ya hemos llenado en las sesiones pasadas, los dos elementos sobre pensamientos y emociones.

En esta sesión vamos a aprender sobre el tercer elemento “acciones/conductas” que incluye lo que puedes hacer cuando te sientes asustado o preocupado. ¿Cómo podemos aprovechar lo que ya sabemos para estar menos asustado, más relajado y disfrutar el momento? Se pedirá que en la parte de “acciones” de su mapa anoten las siguientes preguntas ¿qué acciones puedo realizar ante dichos pensamientos? ¿Qué acción puedo realizar ante las emociones que experimento?

### **Material.**

- Formato Mapa emocional (Anexo 14)

## **Actividad 3. Resolución de problemas**

**Objetivo:** Enseñar la técnica de resolución de problemas

**Duración:** 30 minutos

**Descripción.** A través de una presentación en Canva, la psicóloga menciona que en la sesión del día de hoy aprenderemos estrategias para resolver problemas, lo cual nos ayudara a enfrentar las emociones que nos provocan algún malestar. Se da inicio con algunos ejemplos como “Mario se enojó bastante cuando su compañero porque intento quitarle el balón durante el partido de futbol y como reacción le grito fuertemente y también le dio un golpe. Como

consecuencia el árbitro decidió sacar a Mario del partido. “Estoy muy preocupado porque me quede dormido y no entregue la tarea”. Más adelante se hace la reflexión sobre la importancia de tener opciones ante un problema que se nos presente.

Se explica que también existen situaciones en dónde nos sentimos muy enojados, muy ansiosos, muy tristes o muy asustados, por lo cual reaccionamos de manera apresurada ocasionando consecuencias negativas. Con base en lo anterior, se presenta el semáforo emocional que incluye el elemento rojo donde detenemos nuestra emoción, buscamos calmarnos y respirar profundamente. Después sigue el elemento amarillo, donde pensamos la situación y nos preguntamos ¿Cómo puedo solucionar esto? Y en el verde, donde podemos elegir la mejor situación.

Después se explican la serie de pasos de la estrategia de solución de problemas

1. ¿Cuál es el problema? 2. ¿Cómo podría abordar este problema? 3. ¿Cuáles son las consecuencias positivas de cada solución? 4. ¿Cuáles son las consecuencias negativas de cada solución? 5. Pensándolo bien, ¿cuál es la mejor solución? Como ejemplificación de los pasos, se presenta la situación “Martha es objeto de burlas”, dicho problema se describe en la presentación de Canva.

## **Materiales**

- Presentación de la sesión 8.  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>
- Formato. Semáforo emocional (Anexo 19)

## **Actividad 4. Practicando la resolución de problemas**

**Objetivo:** Aplicar la técnica de solución de problemas de manera grupal considerando los pasos.

**Duración:** 25 minutos

**Descripción.** Se formaran dos subgrupos, cada equipo recibirá una tarjeta con una situación que contenga una experiencia emocional. Las escenas para actuar son: 1. Estoy muy enojado (a) y me dan ganas de pegarle a varios de mis compañeras 2. El profesor me pidió que expusiera un tema enfrente de todos y a mí me da pena y me pongo nervioso.

Después planearán de manera grupal las estrategias que utilizarían para resolver la situación. Al final presentarán frente a todo el grupo su mapa emocional que realizaron en equipo.

### **Material**

- Formato. Tarjetas de situaciones (Anexo 20)
- Formato. Solución de problemas (Anexo 21)

### **Actividad 5. Asignación de tarea**

**Objetivo:** Dejar una actividad “práctica lo aprendido” referente a la resolución de problemas

**Duración:** 7 minutos

**Descripción.** Durante la semana, los participantes de manera individual deberán registrar en su diario emocional las situaciones ansiosas que tuvieron en el día. También deberán seleccionar un evento ansioso con el cual trabajarán en su formato de solución de problemas, pueden pedir apoyo de su familia para realizar el ejercicio.

### **Materiales**

- Formato. Diario emocional (Anexo 9)
- Formato. Solución de problemas (Anexo 21)

### **Sesión 9. Trabajo en equipo**

**Objetivo:** Mantener la comunicación con los padres de familia e informar sobre las técnicas cognitivo-conductual vistas durante la intervención.

**Duración total:** 80 minutos

## **Actividad 1. Conociendo opciones**

**Objetivo:** Informar acerca de las técnicas que se han trabajado en las sesiones con los participantes.

**Duración:** 40 minutos

**Descripción.** A través de la presentación en Canva se informa las técnicas que se han estado trabajando durante las sesiones. Se hace mención del entrenamiento en relajación para calmar las respuestas fisiológicas que tiene su cuerpo ante la ansiedad y el malestar emocional. Después se proyectará el video “la respiración diafragmática”, para complementar se practica un ejercicio de relajación muscular. Después se aborda el componente de reestructuración cognitiva ante pensamientos automáticos y distorsionados. Dando ejemplos de situaciones y casos.

También se presenta el componente de solución de problemas, incluyendo los pasos que deben seguirse para llevarse a cabo. Se les pregunta ¿Cómo han observado que les ha ido a sus hijos con las actividades “práctica lo aprendido”. Abrir espacio para contestar preguntas o inquietudes.

### **Materiales**

- Presentación de la sesión 9.  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>
- Video “respiración diafragmática”

## **Actividad 2. Mapa emocional**

**Objetivo:** Presentar los elementos del mapa emocional que sirve como guía en el aprendizaje de las sesiones.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** La psicóloga mencionara cada elemento del mapa emocional a través de un ejemplo que incluye una experiencia emocional. Hacer énfasis que las respuestas ante cada pregunta, son habilidades que se han estado aprendiendo en las sesiones.

#### **Material**

- Formato Mapa emocional (Anexo 14)

#### **Actividad 3. Comparto los logros**

**Objetivo:** Expresar los avances que han notado en los niños

**Duración:** 30 minutos

**Descripción.** Se explica que después de la adquisición de estrategias y habilidades para el afrontamiento de la ansiedad y otras emociones negativas, es necesario llevarlas a la práctica en situaciones reales y también imaginadas, informando a la madre o tutor, las características de la técnica de exposición y su utilidad en los problemas de ansiedad.

Después se les comenta que es necesario seguir recolectando información sobre cada participante. Por lo cual, se les invita a los padres o madres que abran el debate sobre los avances que han tenido sus hijos. ¿Qué cambios ha notado en las últimas semanas? ¿Qué emociones han notado que les cuesta regular? ¿Ante que situaciones los notan ansiosos? Al finalizar, se les recuerda que es necesario que sigan apoyando a sus hijos en las actividades “práctica lo aprendido”. Se agradece su asistencia.

#### **Sesión 10. Soy Valiente**

**Objetivo:** Enfrentar situaciones ansiosas que permitan utilizar estrategias adaptativas.

##### **Actividad 1. Revisión de la tarea.**

Objetivo: Revisar la actividad del autorregistro de solución de problemas.

**Duración:** 8 minutos

Descripción

Se pregunta ¿Cómo les fue con las situaciones que registraron? ¿Qué elemento se les dificultó registrar? ¿Qué soluciones encontraron? Se retroalimenta las respuestas de manera grupal. Al finalizar, se otorgan tres estampillas.

## **Actividad 2. Ejercicio “Cómo me sentí”**

**Objetivo:** Promover la comprensión de la experiencia emocional

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** La psicóloga comentará una experiencia emocional que le haya sucedido en la semana, para ello se propone el siguiente dialogo “Me sentí triste la semana pasada, en la escala de intensidad le asigne un 3 de un 10. Mi amiga acaba de mudarse, así que ya no lo veré a menudo. Sé que me siento triste porque me siento sin energía, también note que me dio un poco de sueño. Pensé que ya no la volvería a ver, y que dejaría de ser mi amiga. Sin embargo, después de pensarlo bien, decidimos que vamos a planear un viaje para visitarnos en los próximos meses, nos mandaremos mensajes de texto y realizaremos videollamadas. Cuando pienso en cómo nos mantendremos en contacto, me siento muchos menos triste”.

De esta manera, se normalizo la experiencia de la emoción y se modelo como regularla adaptativamente. Para terminar, se les muestra el mapa emocional que viene organizados en los componentes (cogniciones, emociones y conductas) revisados en las sesiones pasadas.

### **Material**

- Formato. Mapa emocional (Anexo 14)

## **Actividad 3. Situaciones imaginarias**

**Objetivo:** Practicar situaciones que provocan ansiedad mediante el juego de roles.

**Duración:** 35 minutos

Se les recuerda a los participantes que en la sesión del día de hoy, comenzaremos a practicar las técnicas de afrontamiento que hemos visto en el transcurso de las reuniones.

Con base en las pruebas psicométricas, la reunión con el familiar y los autorregistros, se elegirán las situaciones a trabajar en la exposición. También se tiene contemplado sugerencias de situaciones descritas en la presentación de Canva para trabajarlas en esta sesión. Para ello del grupo de 5 participantes que participan en cada sesión, se formarán dos subgrupos.

La psicóloga les muestra una ficha con la descripción de la situación elegida para la práctica y desarrolla con cada subgrupo el mapa emocional que se encuentra en su cuadernillo, el cual incluye el componente cognitivo, emocional y conductual. También se apoyarán de su reloj de emociones presentado en las sesiones pasadas y utilizarán la escala de intensidad. Se les pide que dentro de su mapa emocional, asignen un número de la escala de intensidad a la situación. Durante la actividad y al finalizarla mencionaron en qué número se encuentran de la escala. Con la intención de hacer la situación imaginaria lo más real posible, la psicóloga utiliza elementos reales que serían parte de la situación.

Al terminar la exposición se reflexionará con los participantes los siguientes puntos. Las expectativas que tuvieron acerca de la situación que se eligió. Las reacciones físicas que tuvo su cuerpo al realizar la actividad. Los pensamientos que le llegaron a la mente ¿Qué tipo de pensamientos fueron? ¿Cómo los identificó? La verbalización de las emociones que experimentó ¿Qué tipo de emociones fueron? ¿Cómo las identificaste? y el aprendizaje que tuvo con la actividad. Al finalizar, se planean los eventos que se practicarán mediante la exposición en la siguiente sesión.

## **Materiales**

- Presentación de la sesión 10.

<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>

- Formato. Mapa emocional (Anexo 14).

#### **Actividad 4. Practica en casa**

**Objetivo:** Asignar una actividad “práctica lo aprendido” para seguir trabajando las exposiciones a situaciones de ansiedad.

**Duración:** 7 minutos

#### **Descripción**

Se le pedirá que con apoyo del mapa emocional practique una situación similar a la de la sesión, ya sea en su casa, o en otros lugares como la escuela, parque, centro comercial, casa de los abuelos. A la par que lo registre en su mapa emocional. También deberán seguir llenando su diario emocional.

#### **Material**

- Formato. Diario emocional (Anexo 9)
- Formato. Mapa emocional (Anexo 14)

#### **Sesión 11. Exposición emocional.**

**Objetivo:** Practicar las técnicas aprendidas en situaciones imaginarias que provocan malestar emocional.

#### **Actividad 1. Actividad “práctica lo aprendido” de la sesión 7.**

**Objetivo:** Revisar la tarea de su mapa emocional.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** Se saluda a los participantes, mencionando que da gusto que se encuentren en la sesión. Después se les pregunta ¿Cómo les fue con la situación que practicaron? Se retroalimenta y se otorgan tres estampillas que serán canjeadas con apoyo de su familia.

#### **Actividad 2. Ejercicio “Cómo me siento hoy”**

**Objetivo:** Promover la comprensión de la experiencia emocional

**Duración:** 10 minutos

Descripción. La psicóloga comienza con una discusión sobre cómo se siente el día de hoy. Luego, se les invita a los niños y niñas a verbalizar cómo se siente, cuándo siente la emoción, por qué siente la emoción y cómo sabe que siente la emoción identificada. Después de que la psicóloga y los infantes describen sus experiencias emocionales, mencionan lo que están haciendo o pensando para sentirse mejor. De esta forma, primero la psicóloga normaliza la experiencia de la emoción y luego también modela la regulación adaptativa.

### **Material**

- Presentación de la sesión 11.

### **Actividad 3. Experiencia emocional**

**Objetivo:** Practicar en situaciones que provocan emociones negativas.

**Duración:** 35 minutos

Se les menciona a los participantes que en la sesión del día de hoy, seguiremos practicando las técnicas de afrontamiento. Con base en las pruebas psicométricas, la reunión con la mamá/ tutor y los autorregistros, se elegirán las situaciones de la exposición. También se tiene contemplado sugerencias de situaciones descritas en la presentación en Canva para trabajarlas en esta sesión. Para ello del grupo de 5 participantes, se formarán dos subgrupos.

La psicóloga les muestra una ficha con la descripción de la situación elegida para la práctica y desarrolla junto con cada subgrupo el mapa emocional que se encuentra en su cuadernillo, también se apoyarán de su reloj de emociones y de su escala de intensidad. Se les pide que dentro de su mapa emocional, asignen un número en escala de intensidad a la situación. Durante la actividad y al finalizarla mencionarán en que número se encuentran de la escala.

Al terminar la exposición se reflexionará con los participantes los siguientes puntos. Las expectativas que tuvieron acerca de la situación que se eligió. Las reacciones físicas que tuvo su cuerpo al realizar la actividad. Los pensamientos que le llegaron a la mente ¿Qué tipo de

pensamientos fueron? ¿Cómo los identificó? La verbalización de las emociones que experimentó ¿Qué tipo de emociones fueron? ¿Cómo las identificaste? y el aprendizaje que tuvo con la actividad. Al finalizar, se planean los eventos que se practicarán mediante la exposición en la siguiente sesión.

### **Materiales**

- Presentación de la sesión 11.  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>
- Formato. Mapa emocional (Anexo 14).

### **Actividad 4. Practica en casa**

**Objetivo:** Asignar una actividad “práctica lo aprendido” para seguir trabajando las exposiciones a situaciones de ansiedad.

**Duración:** 5 minutos

**Descripción.** Se les pedirá a los participantes que realicen un collage en su cuadernillo sobre lo que hemos visto a lo largo de las sesiones, así como de los aprendizajes que han tenido. Además, llenarán su diario emocional. Se agradece su participación y se les invita a conectarse la siguiente semana.

### **Sesión 12. Mirada hacia el futuro**

**Objetivo:** Aprender a reconocer la recaída de situaciones ansiosas

#### **Actividad 1. Revisión del collage**

**Objetivo:** Recordar los elementos abordados durante la intervención

**Duración:** 20 minutos

**Descripción.** Se saluda a los participantes, mencionando que da gusto que se encuentren en la sesión. Se les pide que compartan el collage que realizaron en casa.

## **Actividad 2. Surfear la ola**

**Objetivo:** Reflexionar sobre los resbalones y recaídas que se nos pueden presentar.

**Duración:** 20 minutos

**Descripción.** Se les recuerda a los infantes que experimentar emociones, incluso aquellas que no son especialmente bienvenidas en nuestras vidas (por ejemplo, miedo, ansiedad, tristeza, ira) son una parte normal del ser humano, la clave se encuentra en como las afrontamos. Enfatizar a los participantes que la vida en el futuro inevitablemente tendrá momentos de altibajos y que nos estamos preparando para como manejaremos estos momentos para que no se conviertan en recaídas.

Después se reflexiona sobre las técnicas que se han visto. Y se aconseja a los participantes, que sigan con sus autorregistros para identificar futuros resbalones y conocer sus avances. También, practicar las técnicas de relajación en su día a día. Así como mantener comunicación con su familia y grupo de amigos, cuando se les presente un problema utilizar los pasos para elegir soluciones, y conservar su cuadernillo del mundo emocional para recordar las actividades trabajadas.

### **Materiales**

- Presentación de la sesión 12.

## **Actividad 3. Úsalo o piérdelo**

**Objetivo:** Reflexionar sobre la importancia de seguir practicando las habilidades desarrolladas en la intervención.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** Se hace una comparación con los músculos del cuerpo y las estrategias aprendidas, donde las habilidades deben mantenerse en práctica día con día para evitar que se atrofien y que se nos olviden.

Las habilidades que han aprendido en este programa de intervención, deben seguirse poniendo en práctica en tu hogar y escuela, sólo de esta manera lograrán consolidarse. Si no se hace uso de las técnicas que practicamos en las sesiones, lo más probable es que se olviden. La psicóloga, esencialmente representa una invitación a mantener una perspectiva proactiva de sus vidas. En esta discusión, se señala que en día a día encuentren desafíos, el reto estará en mantenernos en equilibrio.

#### **Actividad 4. Mi diploma**

**Objetivo:** Entregar un diploma personalizado y agradecer su participación en toda la intervención.

**Duración:** 10 minutos

**Descripción.** La psicóloga hará entrega de un diploma a cada participante. Se les invita a dar unas palabras a su grupo sobre la vivencia de la intervención. Después se les agradece el esfuerzo de cada participante, haciendo hincapié en su valentía e inteligencia demostrada en cada reunión.

#### **Material**

- Presentación de la sesión 12.  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aNzQJKf0KRhMbSuvMtJkU0I-sKpgOOey?usp=sharing>
- Formato. Diplomas personalizados (Anexo 22).