

**Universidad de la República**  
**Facultad de Psicología**

**Prevención de trastornos de ansiedad en la  
niñez**

**¿Qué podemos hacer desde el Primer nivel de  
atención en Salud?**

**Estudiante: Néstor Darío Fans Fagúndez**

**Fecha: 30 de Julio de 2017**

**Ciudad: Montevideo**

**Tutora: Licenciada Graciela Loarche**

## Resumen

Los trastornos de ansiedad han cobrado gran relevancia en las últimas décadas debido a la gran prevalencia de este cuadro, tradicionalmente conceptualizado como parte de los trastornos neuróticos. Según estudios una de cada cinco personas (20%) atraviesa por algún trastorno de este tipo a lo largo de su vida. Sus diferentes variantes nosológicas y su alto grado de comorbilidad han despertado el interés de diversos trabajadores del ámbito de la salud, académico y científico. Gran parte de las investigaciones se centran en el abordaje de estos trastornos una vez que sus síntomas cumplen los criterios clasificatorios de los manuales de psiquiatría y se investiga en base a los abordajes psicoterapéuticos más especializados. El presente trabajo consta de una investigación bibliográfica donde se indagará sobre los abordajes preventivos, de promoción de salud y de atención temprana característicos de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Por lo tanto se analizará conceptualmente lo que conocemos como ansiedad y su relación con el estrés en niños, los factores de riesgo asociados, los factores de protección, sus determinantes, así como los mecanismos de afrontamiento. El abordaje implica pensar en las diversas instituciones y los agentes de socialización cercanos al niño como los padres, maestros y otros cuidadores, como actores fundamentales para lograr cambios positivos.

## Introducción

El presente trabajo monográfico titulado “Prevención de trastorno de la ansiedad en la niñez ¿Qué podemos hacer desde el primer nivel de atención en salud?” se enmarca en el trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. El mismo tiene como objetivo realizar una investigación bibliográfica sobre el cuerpo de conocimientos relativos a cómo pueden prevenirse los trastornos de ansiedad en niños desde el primer nivel en salud.

Varios aspectos contribuyeron a esta elección. En primer lugar los trastornos de ansiedad son los más prevalentes en nuestro país, teniendo en cuenta además que existe entre ellos un alto grado de comorbilidad.

Hay investigaciones que indican que la mayoría de los trastornos de ansiedad aparecen por primera vez durante la niñez y la adolescencia, siendo las tasas de prevalencia entre el 5,7% y 17,7%. Las evidencias indican que gran parte de los niños no superan el trastorno durante su adolescencia y adultez.

Por otro lado es justo remarcar que los trastornos mentales traen como consecuencia un impacto económico amplio y los costos recaen sobre las personas, las familias, los Estados. A los costos de servicios sociales y de salud se agregan otras consecuencias negativas como la pérdida de empleo, la reducción de la productividad, el impacto negativo de la mortalidad prematura, y otros factores difíciles de medir como el estigma y discriminación, las oportunidades perdidas por los individuos y familias.

Desde el año 2007 se ha venido implementando el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay donde se establece la estrategia de Atención Primaria en Salud, donde se trabaja desde un abordaje preventivo, haciendo énfasis en la promoción de salud y en la atención temprana, acercando los servicios a la comunidad. A partir del desarrollo de los esfuerzos de fortalecer el primer nivel de atención se espera atender al 80% de la demanda.

En el transcurrir de la reforma los profesionales de la psicología se han ido integrando a las policlínicas barriales conformando grupos de trabajo con profesionales de otras disciplinas. Esta coyuntura abre la puerta para aplicar conocimientos propios de la psicología y trabajar en interdisciplina para lograr intervenciones más integrales.

En este nuevo escenario se genera un terreno propicio para indagar sobre cómo puede prevenirse desde el primer nivel uno de los trastornos más prevalentes de nuestra sociedad. La finalidad es indagar el cuerpo de conocimientos existentes y poder pensar sobre ellos a partir de sus fundamentos

Este trabajo se realiza desde una perspectiva bio-psico-social intentando contemplar diferentes dimensiones del sujeto. Se expondrán conceptos referentes a la salud, atención primaria en salud, determinantes de la salud, ansiedad, trastornos de ansiedad, prevención, promoción de salud y otros.

Dos preguntas rigen la siguiente monografía: ¿se pueden prevenir los trastornos de ansiedad? y ¿qué podemos hacer desde el primer nivel de atención en salud?

## Estrategia APS

La estrategia de atención primaria en salud tiene su origen en las reformas sanitarias impulsadas en Canadá en el año 1974 por parte del ministro de aquel entonces Marc Lalonde, quien dio el puntapié inicial de pensar la salud focalizando en sus determinantes. Al momento de pensar los determinantes llegó a la conclusión de que los factores principales no reparaban en las prestaciones mismas del sistema de salud sino en el estilo de vida de la población y en las condiciones ambientales en que se desenvuelve la misma.

Directamente ligado a lo anterior se comenzó a pensar en la cantidad de recursos que destinaban los Estados a prevenir y actuar sobre los determinantes, y cuánto destinaban a abordar la enfermedad cuando ésta ya manifestaba sus síntomas. Se encontraron con que en el primer caso la cantidad era ínfima respecto a las segundas, es decir se destinaban la mayor parte de los recursos presupuestales a tratar la enfermedad.

Antes de seguir avanzando es pertinente definir que entendemos por salud y por los determinantes de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (2001) "...es un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (p.1). Más allá de las críticas que se puedan hacer de la misma hay aspectos a destacar como el hecho de definir positivamente el concepto, no limitándolo a ausencia de enfermedad sino destacar en bienestar físico, mental y social. Puede decirse que es una definición bio-psico-social, superando las restricciones que implica pensar la salud como sinónimo de medicina. En cuanto a la pretensión de alcanzar un completo bienestar, la propia organización en publicaciones posteriores ha enriquecido el concepto, entendiéndose hoy en día que es complejo acceder a un completo bienestar, y se apunta al mejor bienestar posible.

En cuanto al concepto de Determinantes de la salud, la OMS los define como:

El conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones (...) no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida, sino también como determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborables, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos y que, combinados, todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud". (1998, p.16)

A partir de esta definición de los determinantes podemos observar la complejidad del concepto y los múltiples entrecruzamientos que se dan en el mismo. Aparecen aquí variables personales, sociales, económicas y ambientales, y las necesidades humanas de educación, trabajo (remuneración y condiciones), los servicios sanitarios, los entornos físicos, que juntos y en una compleja interacción hacen a la salud de la comunidad.

Desde allí en adelante se comenzaron a hacer diversos cuestionamientos sobre cómo pensar la salud en su complejidad, sobre cuánto se organizan los sistemas de salud para fomentar una salud positiva más allá de la enfermedad. Los primeros encuentros internacionales agruparon a diversos países (principalmente los denominados desarrollados) y organizaciones (OMS) donde se presentaron nuevas orientaciones. Diversos argumentos nuclearon naciones. Algunas posiciones bajo la bandera de la salud como derecho humano fundamental, otros con el foco en cómo organizar el gasto público de manera de hacerlo con eficiencia, y algunas posiciones donde se trataban de conjugar ambas posturas.

En el año 1978 la Organización Mundial de la Salud formula la estrategia de Atención Primaria en Salud. Entre sus principales lineamientos encontramos el necesario fortalecimiento de los niveles locales de atención en salud, la participación ciudadana, la intersectorialidad y la educación para la salud.

En dicho encuentro, la reconocida declaración de Alma Ata definió la Atención Primaria en Salud como:

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (1978, p.1)

Por otro lado Francisco Morales Calatayud, complementando la anterior definición, señala que la atención primaria,

es un modo de organizar la atención de la salud de las personas, que se hace lo más cerca posible de la gente, de sus lugares de vida y trabajo, y que se lleva a cabo desde instituciones que no son de alta complejidad estructural, pero sí deben estar concebidas con un sentido de alta eficiencia. Los recursos que se usen, y el equipamiento, en sentido general, deben ser lo más adecuado posible” (1999, p. 141).

Ambas definiciones pueden complementarse, caracterizando entonces a la Atención Primaria en Salud como un modo de organizar la atención sanitaria, basado en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados, caracterizado por la cercanía del servicio a

la población, promoviendo la plena participación de la comunidad. Las instituciones que la llevan adelante no son de alta complejidad estructural, utilizando los recursos humanos y tecnológicos de la forma más eficiente posible.

Cuando Morales Calatayud habla de que la tarea se realiza lo más cerca posible de la gente implica que las intervenciones deben basarse en las necesidades de las personas a partir del diagnóstico de situación que el equipo de salud realice. Esto implica que las prioridades son muy variadas, apuntando a la transformación de la calidad de vida en un sentido positivo, abordando los niveles personales, familiares y de la comunidad toda.

En esta concepción los profesionales deben trabajar en equipo integrando disciplinas y diferentes tecnologías, en base a interinstitucionalidad (diversas instituciones estatales y sociales), y la intersectorialidad (no son exclusivas del sector salud).

Como fue mencionado el área de actuación de la Atención Primaria en Salud es en contacto directo con la comunidad, por lo que sus ámbitos de intervención cotidianos son las escuelas, los municipios, las universidades, clubes barriales, asociaciones y otros.

En esta estrategia se orienta por lo tanto en trabajar con los problemas de salud de la comunidad en base a promoción de salud, prevención, y rehabilitación psicosocial. Para entender mejor el sentido de esta orientación es necesario entender el significado de algunos conceptos.

En la Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud de 1986, se redactó la carta de Ottawa, donde afirma que Promoción de Salud consiste en:

proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (p.1)

La promoción de salud mental refiere al concepto de salud mental positiva, considerándola como “un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico” (OMS, 1997, p.2). Con esto se infiere que la promoción de salud mental actúa sobre los determinantes para aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, y reducir la diferencia de expectativas de salud entre los grupos sociales y los países (OMS, 1997).

El concepto de promoción de salud ha tenido dos vertientes que han puesto el acento en diferentes conceptualizaciones. Por un lado la corriente estadounidense se focalizó en el concepto de estilo de vida, mientras que en Canadá y Europa se profundizó en estudiar las condiciones ambientales.

La OMS define los estilos de vida como "...una forma de vida que se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales" (1998, p.27)

Por otro lado Enrique Saforcada cita a Costa y López (1996) donde definen que

Los estilos de vida, entrañan verdaderas constelaciones de comportamientos más o menos organizados, más o menos complejos y coherentes, más o menos estables y duraderos y, todos ellos, fuertemente impregnados del ambiente o el entorno en el que viven las personas. (1999, p. 186)

En cuanto al concepto de prevención en primer lugar Morales Calatayud hace una advertencia señalando que:

la línea divisoria entre la promoción de la salud y la prevención es difícil de precisar, en la práctica las medidas de uno y otro sentido se llevan a cabo muchas veces de manera conjunta, y si algún valor tendría hacer una división, sería debido a que el trabajo para el control de riesgos definidos que se asocian claramente a ciertos problemas de salud que requieren en ocasiones ser muy específicos (1999, p. 147)

Una vez realizada esta salvedad, tomamos la definición de la Organización Mundial de la Salud que afirma que:

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (1998, p.13)

De esta definición podemos identificar tres medidas diferentes en cuanto a prevención. Una destinada a prevenir la aparición de la enfermedad, conocida como prevención primaria. Una segunda que trata de detener el avance del trastorno o enfermedad en la población a través de la detección y tratamiento temprano de enfermedades diagnosticables, denominada prevención secundaria, y una tercera, llamada prevención terciaria que se ocupa de establecer tratamientos adecuados apuntando a reducir la discapacidad generada, disminuir las recaídas y el establecimiento de la cronicidad mediante una rehabilitación eficaz.

Por otro lado es oportuno definir qué se entiende por factores de riesgo y factores de protección ya que son conceptos claves para comprender la prevención de enfermedades.

Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de una enfermedad, la mayor gravedad o duración de un problema de salud. Morales Calatayud tomando la definición de Backett, Davies y Petros-Barvasián define factor de riesgo como

toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupos de personas que según los conocimientos que se posee asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente. (1999, p.148)

Los factores de protección refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y a los diferentes trastornos. Son "...aquellos factores que modifican, aminoran o alteran la respuesta de una persona a algunos peligros ambientales que predisponen a una consecuencia de inadaptación" (OMS, 2004, p. 22).

## Concepto de Ansiedad y trastornos de ansiedad en la niñez

En la presente sección se definirá el concepto de ansiedad, se explorará sobre los canales mediante ésta se expresa, sus síntomas y se indagará sobre los criterios clínicos por los que se define un trastorno de ansiedad.

Al buscar una definición de ansiedad se encuentra bastante consenso y diferentes variantes al momento de poner el foco. Según Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas, Guillermo (2008), la ansiedad

es una emoción caracterizada por el sentimiento de miedo, temor, aprensión, inseguridad, como consecuencia de que el individuo siente amenazados sus intereses, cuenta con medios insuficientes, tiene dificultades para emitir las conductas adecuadas, se muestra insatisfecho del éxito alcanzado, o tiene problemas para mantener dichos logros. (p.3)

En esta definición aparecen palabras referentes a emociones como miedo, temor, aprensión, inseguridad, donde el individuo se siente como consecuencia amenazado y presenta dificultades para emitir respuestas adecuadas y no puede sostener los logros alcanzados o siente insatisfacción por lo alcanzado.

Otra conceptualización, esta vez de Craighead, Kazdin y Mahoney (1981), sostiene que "...la palabra ansiedad refiere a un concepto complejo y variable de conductas que ocurren en respuestas a estímulos internos (cognoscitivos) o externos (ambientales) y que pueden expresarse en tres dimensiones o canales de respuesta" (p. 12).

Esta vez el foco se pone en la complejidad del concepto y la variabilidad del mismo, ya que las conductas que se emiten pueden presentarse tanto ante estímulos internos como externos y a través de diferentes canales.

Ante esta situación cabe preguntarse a qué refiere con estímulos tanto internos como externos y cuáles son los canales a través de los que se expresa.

Los canales que menciona el autor son, en primer lugar, el canal subjetivo o autorreferente, el canal fisiológico, y el canal somático motor.

El canal subjetivo o autorreferente refiere cuando los individuos pueden informalmente enunciar lo ansiosos que están, o a través de los puntajes de pruebas

psicológicas medir el grado de ansiedad, ya sea como una norma indicando un rasgo de ansiedad del sujeto o en respuesta a situaciones específicas delimitando un estado de ansiedad (Craighead et al., 1981).

En este punto vale la pena definir qué es ansiedad rasgo y ansiedad estado.

La ansiedad rasgo puede definirse como:

una característica de personalidad relativamente estable a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones. El rasgo de ansiedad se refiere a la tendencia del individuo a reaccionar de forma ansiosa. Las personas con un marcado rasgo de ansiedad tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes y a responder a estas situaciones amenazantes con manifestaciones intensas de ansiedad” (Baeza et al., 2008, p. 29).

Las personas con ansiedad de rasgo tienden a sobrevalorar el riesgo y minusvalorar los recursos propios, son aprensivas y muestran inseguridad al momento de tomar decisiones, prefiriendo situaciones conocidas y previsibles a las nuevas.

Por otro lado la ansiedad estado es definida por Baeza et al. (2008) como un estado

emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. El nivel de ansiedad estado debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes o no percibidas como tales. (p. 29)

Podemos concluir que en el primer caso el individuo es ansioso (rasgo) y en el segundo que está ansioso (estado).

El segundo canal que menciona Craighead et al. (1981) es el de excitación fisiológica que incluye principalmente la rama simpática del sistema nervioso autónomo. Las personas sienten cambios en uno o más índices de excitación entre los que se encuentran las respuestas galvánicas de la piel, ritmo cardíaco, presión sanguínea, volumen sanguíneo, respiración, tensión muscular, respuesta pupilar y otros. Se necesitan múltiples medidas de respuestas, es decir, no basta con una sola, y hay que tener en cuenta que muchos índices pueden estar afectados por la temperatura, la dieta, el consumo de drogas, haciendo difícil una medición correcta de la ansiedad.

El tercer canal de respuesta es la conducta somático-motora manifiesta, como lo son temblar o tartamudear, “lo que sucede como una consecuencia observable de la excitación fisiológica o como un medio de evitar y escapar a determinados estímulos” (Craighead et al., p.197). Para identificar la ansiedad en este canal se requiere de la observación directa de la evitación o comportamiento de un individuo de lo que éste reconoce como un tipo de tensión en situaciones como por ejemplo hablar en público, rendir un examen, tocar un perro, etc.

Las observaciones de estas conductas se registran usando una escala de aproximación u otro instrumento que permita registrar estas respuestas y compararlas con la de otro individuo (Craighead, 1981).

Otra dificultad adicional para medir la ansiedad es que estos canales muchas veces no se correlacionan entre sí. Esto quiere decir que una persona ante una situación estímulo puede reaccionar con ansiedad en un canal o dos y no en otro. Por ejemplo un joven puede mostrar fuerte excitación fisiológica y conductas evitativas (somática-motora) ante la presencia de una araña, sin embargo para no parecer cobarde puede negarlo ante los demás (canal autorreferente).

En definitiva una persona calificada de ansiosa depende en gran medida del canal de ansiedad evaluado y de los factores sociales, situacionales, cognoscitivos, de consecuencias u otros que están operando.

Sin embargo hay que tener en cuenta que los humanos no podemos vivir sin experimentar ansiedad. Es esperable manifestar emociones negativas o manifestar evitación conductual ante estímulos que nos generan tensión. Un cierto grado de excitación o activación es necesario para un funcionamiento cotidiano adecuado, de lo contrario estaríamos en coma las 24 hrs. Ante situaciones de riesgo o amenaza del medio, nuestro organismo está dotado de un conjunto de respuestas para combatir, evitar, minimizar, o contrarrestarlas. La evolución ha permitido al ser humano adquirir diversos mecanismos de preservación y optimizar la adaptación a diferentes entornos. Es por ello que la ansiedad puede considerarse un mecanismo de defensa tanto como un mecanismo adaptativo.

Cuando el nivel de excitación es alto puede resultar extenuante. Cuando los niveles de ansiedad son elevados en cuanto a intensidad, duración, frecuencia y generalidad, el sujeto siente malestar y se produce desorganización de la conducta adaptada.

Cuando pensamos en ansiedad hay que tener en cuenta la multiplicidad de factores que intervienen en el fenómeno que van desde factores genéticos y biológicos (predisponentes), factores ambientales que constan de las circunstancias vitales que rodean al sujeto, y otros factores denominados personales que involucran los procesos de conformación de la personalidad y los recursos de los individuos ante diversas situaciones. La compleja forma en que se complementan estos factores explican los estilos de vida de los sujetos, sus conductas y sus posibilidades de cambio.

Los recién nacidos llegan con un determinado temperamento que implican diferentes niveles de excitación e inhibición que son diferentes en cada niño. Sin embargo en cuanto a los otros dos factores la historia es diferente. Este temperamento del recién nacido (su genotipo) se complementa con las vivencias personales que va teniendo el infante y en esta interrelación se va construyendo la personalidad del sujeto.

También las circunstancias que rodean al sujeto son claves en toda su vida, pero sobre todo en los primeros años de vida del individuo ya que se encuentra en etapas evolutivas fundamentales, en pleno desarrollo de su sistema nervioso central, y por lo tanto su sistema cognitivo no está preparado para sobrellevar situaciones estresantes o traumáticas. Ante situaciones emocionalmente fuertes los niños no tienen desarrolladas sus cogniciones de manera tal de organizarlas y asimilarlas de una forma lógica y coherente.

De esto se desprende que el niño en los primeros años de su vida necesita de apoyo constante, una guía, lo que llamamos habitualmente crianza y de la integración a los diferentes ámbitos de socialización como la familia, la escuela, clubes barriales y otros. Se aprende mediante diferentes mecanismos, el niño experimenta las consecuencias de sus actos y deduce el comportamiento a seguir a partir de las experiencias anteriores (condicionamiento operante), observa cómo se comportan los demás (modelado), aprenden reacciones automáticas a partir de experiencias intensas (Condicionamiento clásico).

En los ámbitos mencionados el niño construye su historia de aprendizaje y pueden aumentar sus recursos para resolver problemas.

Por otro lado, al momento de pensar cuando un alto monto de ansiedad conforma un trastorno hay que tener en cuenta diversas variables.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2003), los Trastornos de Ansiedad comparten las características de miedo y ansiedad los cuales son excesivos y producen alteraciones conductuales asociadas. Además se caracterizan por ser persistentes más allá de los períodos de desarrollo apropiados, suelen tener una persistencia de seis meses o más. Se caracterizan por su amplia comorbilidad y muchos comienzan en la infancia y tienden a persistir si no se abordan.

Para entender mejor el concepto conviene definir los términos miedo y conductas evitativas.

En el manual DSMIV se define miedo como "...una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria" (2003, p. 189), y están asociados a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa y la fuga, pensamiento de peligro inminente y conductas de huida.

Las conductas evitativas fueron observadas por Bleuler a partir de la observación de pacientes que evitaban "...cualquier contacto con la realidad, ya que, sus afectos eran tan fuertes que debían eludir cualquier estímulo emocional" (Azpiroz y Prieto, 2008, p. 83).

Para diferenciar los trastornos de ansiedad entre sí hay que tener en cuenta dos criterios, por un lado los objetos y situaciones que inducen el miedo, ansiedad y conductas evitativas, y por otro las cogniciones asociadas.

Vale aclarar que los trastornos se diagnostican cuando la sintomatología no se explica mejor mediante otro trastorno mental o los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia, medicamentos, u otra afección médica.

En dicho manual se mantiene la clasificación de trastornos mentales del manual anterior, DSM 4, y ordena los trastornos en base a la edad típica de aparición de los síntomas.

En el caso de los niños pueden presentarse todas las variantes de trastornos, siendo particularmente característicos (porque suelen aparecer poco en adultos), los Trastornos de Ansiedad por separación y el Mutismo Selectivo.

## **Prevención de trastornos de ansiedad en Primer Nivel en Salud**

En esta sección se indagará sobre los factores de riesgo que pueden alertarnos sobre un posible desarrollo de un Trastorno de Ansiedad. No desarrollaré aquí los factores de protección ya que como advirtió Morales Calatayud los factores de protección y las estrategias de promoción de salud se solapan y abordan aspectos comunes como la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control. Por lo tanto estos conceptos serán desarrollados cuando se conceptualice los elementos de promoción de salud.

En el apartado anterior explicitamos que los factores de riesgo tienen que ver con características o circunstancias de personas o grupos de personas, que poseen mayor probabilidad de padecer algún proceso patológico, teniendo en cuenta la gravedad o duración del mismo.

Por lo tanto, de manera de poder identificar cuáles son los factores que pueden servir como predictores de trastornos de ansiedad enumeraré algunos de ellos para poder analizarlos y esbozar estrategias preventivas.

El documento Prevención de Trastornos Mentales de la OMS delimita una serie de factores y circunstancias que conforman una población de riesgo. La misma incluye niños con padres ansiosos, víctimas de abuso de menores, accidentes, violencia, guerra, desastres naturales u otros traumas, refugiados, y profesionales en riesgo de ser víctimas de robo o tratados por trauma (2004).

Por otro lado, el mismo documento menciona factores maleables específicos de la ansiedad o factores genéricos de riesgo, eventos traumáticos, procesos de aprendizaje durante la infancia, sentimientos de falta de control y baja autoeficacia, falta de estrategias para afrontar el estrés y falta de apoyo social (OMS, 2004). A su vez agrega que “los eventos adversos que ocurren durante las primeras etapas de la vida crean una vulnerabilidad neurobiológica que predispone a los trastornos afectivos y de ansiedad en la edad adulta a través de alteraciones que por tiempo prolongado sufren los sistemas neurológicos en respuesta al estrés” (OMS, 2004, p.43).

A continuación se mencionarán diversos factores de riesgo.

### Persistencia de temores

Los temores y los miedos transitorios ante diversas situaciones u objetos forman parte del desarrollo normal de los niños y adolescentes. Son emociones adaptativas que preparan al infante para reconocer el peligro y asumir una respuesta ante los mismos.

Desde el nacimiento hasta los seis meses es esperable que el infante tema ante la pérdida de contacto físico con la madre o ante ruidos u objetos que se acerquen rápidamente. De los 7 a 12 meses les temen a las personas extrañas cuando el infante reconoce la diferencia entre sus cuidadores y otros y desde el primer año hasta el quinto los niños suelen temerle a los ruidos intensos, tormentas, animales, oscuridad y ante la separación de los padres. Desde allí en más es esperable que en la medida que vaya transitando de un estadio evolutivo a otro van modificando las situaciones y los objetos a los que se le teme, como monstruos, fantasmas, a otros como daños físicos, a asaltantes, a ser castigado, al fracaso, a ser enviado a la dirección de la escuela y otros.

En la medida que el niño crece va adquiriendo la habilidad de reconocer y comprender los peligros potenciales en diferentes situaciones, aunque aún su comprensión no llegue a ser total y no pueda ejercer control sobre la misma. Por lo tanto el niño desarrolla respuestas protectoras ante estímulos que no son ni controlables ni comprensibles.

Sin embargo el desarrollo normal puede ser perturbado por patrones de refuerzo de su entorno y en la medida que estos refuerzos reiterados y persistentes por parte de padres, familiares, amigos o medios de comunicación masiva, determinados temores tienden a persistir de manera patológica, más allá de su valor adaptativo en cuanto a la supervivencia refiere.

Los temores persistentes pueden contribuir a que los niños se retraigan y adopten una postura de timidez que a lo largo del tiempo va conformando parte de su personalidad. El Doctor Alfredo H. Cía señala que en un estudio publicado por Caspi y col. (1995) donde se examinó las características temperamentales de timidez como predictoras de un desarrollo posterior de ansiedad social, descubrieron que “los varones que tenían confianza de sí mismos y se arriesgaban a explorar situaciones novedosas a la edad de 5 años, era menos probable que manifestaran posteriormente en la infancia o adolescencia síntomas de ansiedad” (2002, p.353).

Otra investigación mencionada por el autor, esta vez de Cantwell y Baker reexaminaron un grupo de niños luego de tres años y se encontraron con que el 71% de los niños diagnosticados en un comienzo como trastorno evitativo, el 89% como trastorno de ansiedad de separación y el 75% como Trastorno de Ansiedad Generalizada, no reúnen los criterios diagnósticos de dicho trastorno pero sí los criterios diagnósticos de otros trastornos

de ansiedad (Cía, 2002). Otras investigaciones han encontrado resultados similares, con la excepción del Trastorno Obsesivo Compulsivo que muestra mayor estabilidad a lo largo del tiempo.

En base a estos datos puede suponerse que la ansiedad y los temores continúen en la adultez, pero el tipo específico de trastorno de ansiedad y su severidad puede cambiar con el tiempo.

Vale destacar en este sentido que no necesariamente padecer un trastorno de ansiedad en la niñez determina un trastorno de este tipo en la adultez. Al respecto Cía señala que “quizás las variables más persistentes no sean los trastornos de ansiedad per se, sino más bien, las variables disposicionales que se suponen subyacen a dichos estados como la sensibilidad ansiosa o la tendencia ansiosa” (2002, p.354).

### Estudios genéticos y familiares

Existen estudios que señalan que los hijos de padres ansiosos tienden a serlo ellos también. Según un estudio de Turner y col. (1987) muestra que “los niños de padres ansiosos tienen una probabilidad alrededor de 7 veces mayor de padecer trastornos de ansiedad que los niños de personas normales” (Cía, 2002, p.355).

Por otro lado estudios comparativos en cuanto a la intensidad de temores autoinformados por parte de gemelos mono y dicigotos, señalaron que el grado de temor de uno de los gemelos podía ser precedido a partir del puntaje de su compañero. El resultado fue que la intensidad de los temores era de mayor semejanza en los gemelos monocigotos. (Cía, 2002).

Estos estudios apoyan la tesis de que las vulnerabilidades generalizadas para la ansiedad son heredadas, mientras que el desarrollo específico de distintos trastornos de ansiedad son atribuibles a diferencias de vida individuales o a factores de crianza y entorno.

### Inhibición comportamental

La inhibición comportamental a los desconocidos es un constructo temperamental descrito por Zagan y cols., que consiste en “una conducta de retraimiento, búsqueda de apoyo de personas familiares y supresión de conductas habituales, al verse confrontado con individuos desconocidos o extraños (Cía, 2002, p. 355). Se estimó que entre el 10% y 15% de los niños estadounidenses presentan este patrón de conductas, mostrándose irritables, tímidos y temerosos en el período pre-escolar, quietos e introvertidos en el período escolar.

Se considera que la inhibición comportamental es un concepto de naturaleza genética que opera como un factor predisponente al desarrollo de la ansiedad. Turner y col. concluyeron que los niños que presenten inhibición comportamental presenten síndromes de ansiedad significativos y que tengan más fobias que los niños no inhibidos. Se señala por

otra parte que los niños inhibidos están más predispuestos a los temores que implican una evaluación social, encontrarse y permanecer con extraños, hablar en público o en grupos numerosos. A pesar de estos señalamientos el propio Turner indicó que la emergencia completa de un trastorno de la ansiedad particular depende del entorno. Esta última afirmación es respaldada por estudios, ya que el 70% de los niños inhibidos no sufren posteriormente ningún trastorno de ansiedad. Los autores concluyen que la inhibición comportamental representa un factor predicción de un trastorno de ansiedad pero no el único, el mismo puede generar una vulnerabilidad para el desarrollo de estos trastornos.

### Neuroticismo y Tendencia Ansiosa

Se atribuye a Hans Eysenck los conceptos de Neuroticismo y Tendencia Ansiosa. El autor parte de la base de que todos nacemos con un temperamento determinado que se manifiesta en los primeros momentos de vida previo a los procesos de socialización. El entrecruzamiento del temperamento con el ambiente y los procesos de socialización conforman la personalidad del sujeto.

El autor define personalidad como "...determinadas disposiciones permanentes en la construcción del individuo y que es la realidad básica subyacente a importantes diferencias individuales de conducta...". (Eysenck, 1982, p.64)

En cuanto a su noción de temperamento y su origen genético aclara que no son las conductas en sí que se heredan sino "...ciertas estructuras del sistema nervioso central o del sistema nervioso autónomo, las cuales, a su vez, por su interacción con el medio, desempeña un importante papel en la determinación de la conducta" (Eysenck, 1982, p.80) y agrega que lo que se hereda es el genotipo, y lo que observa el psicólogo interesado en la conducta es el fenotipo (Eysenck, 1982).

Eysenck define el Neuroticismo –emparentado con el concepto de emotividad- como una sobre-reacción del individuo a una serie de estímulos muy diversos; esta sobre-reacción asume la forma de emociones muy fuertes experimentadas bajo unas condiciones en que la mayor parte de la gente solo siente emoción débil, y a veces nada. (1982, p.81)

El otro concepto central en el autor es el del eje introversión-extroversión. Menciona características de personas introvertidas como tranquilas y retraídas, reservadas, distante con las personas con excepción de sus amigos íntimos, son personas que se toman en serio los asuntos de la vida cotidiana, tienen buen dominio de sus emociones, un tanto pesimistas, y dan enorme valor a las normas éticas (Eysenck, 1982). Por otro lado las personas extrovertidas son sociables, tienen muchos amigos, necesitan tener personas cerca con las cuales hablar, anhelan el bullicio, es dado a correr riesgos, impulsivos,

optimistas, tienden a ser agresivos, y no tienen un firme dominio de sus sentimientos. (Eysenck, 1982).

Ambas nociones tienen un carácter dimensional, alto neuroticismo - bajo neuroticismo, e introvertidos-extrovertidos, no siendo lo habitual que las personas estén en un extremo u otro, sino que la gran mayoría de las personas se encuentran en una posición media.

En la tesis de Eysenck las personas con mayor neuroticismo, es decir altos niveles de emotividad, y las personas más introvertidas son las más vulnerables y propensas a padecer trastornos neuróticos, y trastornos de ansiedad en particular.

### Factores psicológicos

Existen otros factores que contribuyen a adquirir trastornos de ansiedad. Entre ellos podemos mencionar factores psicosociales que nucleen sucesos ambientales y las valoraciones cognitivas de estos, así como las influencias parentales.

Sucesos del entorno que se producen fundamentalmente en la infancia temprana, así como conductas parentales que refuercen los temores y situaciones que generen miedos específicos pueden contribuir a la tendencia ansiosa.

Cuando hablamos de reforzamientos nos referimos a los condicionamientos operantes, los cuales consisten en un proceso de aprendizaje en el cual la probabilidad de que se dé una respuesta determinada depende de las consecuencias esperadas. Es decir que la conducta está controlada por estímulos discriminativos presentes en el aprendizaje que nos brindan información sobre las consecuencias probables de la respuesta. “Decimos que una conducta es reforzada cuando las consecuencias que genera aumentan su probabilidad de ocurrencia futura” (Chertok, 2006, p.42). Al proceso de reforzar una conducta se la llama reforzamiento. El reforzamiento puede ser positivo cuando el sujeto obtiene algo y esto incrementa la probabilidad de que se produzca la respuesta esperada, mientras que el reforzamiento negativo alude a reforzamiento por retirada de un suceso aversivo, y los eventos que se suprimen son reforzadores negativos para las conductas correspondientes (Chertok, 2006). Muchas veces se asocia reforzador con premio, pero éstos pueden ser de diferente tipo como un obsequio, un halago, una reprimenda, un reconocimiento, etc. En muchas ocasiones los temores de los niños pueden ser reforzados por la propia respuesta de los padres ante determinados eventos.

Teniendo en cuenta lo anterior,

“Es importante destacar el rol de los padres en las conductas infantiles, ya que según investigaciones, indican que tienden a focalizarse en posibles respuestas negativas o catastróficas, lo que incrementa sus temores de inseguridad” (Cía, 2002, p.360).

En esta última apreciación del Cía aparece implícita otra forma de aprendizaje de los temores como lo es el modelado, observación vicaria, o aprendizaje por observación. El mismo trata de la imitación que puede realizar cualquier persona de la conducta de otra. Los niños desde muy temprana edad imitan a sus padres, hermanos, maestros y a otros sujetos. El modelo de aprendizaje social de Bandura implica la presencia de algunos elementos básicos como un imitador que contempla la conducta de otro y luego la reproduce, un modelo que exhibe la pauta de conducta específica discriminada por el observador, y un proceso de reproducción conductual que es la base de este comportamiento (Chertok, 2008). Mediante el modelado los niños aprenden las pautas de conductas de los padres ansiosos, sus respuestas y las reproducen de forma más o menos consciente. Otra forma de adquirir los temores es mediante el condicionamiento clásico, el cual es un modelo de aprendizaje basado en respuestas reflejas que tiene un individuo cada vez entra en contacto con un determinado estímulo.

#### Medidas preventivas

Las medidas preventivas basadas en evidencia varían de acuerdo al tipo de población a quien van dirigidas, el tipo de trastorno de ansiedad, el tipo de factores de riesgo de protección abordados, el momento oportuno en el que se aplican ( antes de un evento traumático o como respuesta al mismo) y el método de intervención utilizado (44).

#### Reducir los eventos traumáticos o exposición a los mismos

Millones de personas están expuestas a eventos traumáticos que se pueden prevenir tales como abuso sexual, la violencia, la agresión sexual, guerra y tortura. La reducción de los mismos puede ser el resultado de medidas de seguridad efectivas en el tránsito, los sitios de trabajo y vecindario, legislación sobre seguridad y control de armas de fuego. Los programas efectivos en las escuelas que reducen la conducta agresiva y delictiva y la conducta de intimidación de compañeros pueden contribuir a dicha reducción. Lo mismo aplica a los programas efectivos para reducir el abuso de menores.

En este sentido toma relevancia el quehacer del psicólogo de primer nivel en cuanto a su papel en el trabajo con los diferentes actores de la comunidad. Sin embargo trabajando con diversas instituciones y los actores locales se pueden pensar los problemas y analizar medidas para contrarrestar los mismos. El empoderamiento de la población local es un elemento esencial a la hora de diseñar propuestas y poder compartirlas en otros ámbitos ya sean actores de gobierno (medidas de tránsito, medidas de seguridad en el barrio, control de armas de fuego), escuelas (talleres preventivos en cuanto a conductas agresivas y delictivas, violencia, sexualidad) u otras instituciones u organizaciones de la zona.

La duración de la exposición a los eventos traumáticos es un determinante, basado en evidencia, del riesgo de reacciones psiquiátricas en respuesta a tales eventos. Tanto la prevención de la exposición a sitios de traumas durante desastres naturales y el mejoramiento de la detección e intervenciones tempranas en los casos de violencia o abuso.

Como ya ha sido mencionado, los niños pueden carecer de recursos para afrontar de forma adecuada situaciones o acontecimientos estresantes. Acontecimientos como los antes mencionados, o incluso la separación de los padres, el nacimiento de un hermano, o el fallecimiento de un familiar pueden superar la capacidad adaptativa del niño.

Sobre el particular Baeza et al. enumera algunas acciones que los cuidadores del niño pueden llevar a cabo para disminuir el acontecimiento estresante que vive el mismo, como conversar con el niño sobre lo que le sucede, hacer de modelos de conducta, mostrar los propios sentimientos a los hijos, afrontar los problemas, no evitarlos.

El autor destaca el valor de poder conversar con el niño sobre lo que le preocupa sin forzar a hacerlo si él no quiere. Conversar con el niño posibilita que éste se desahogue y exponga sus preocupaciones o dudas. No hay que esperar que el mismo reaccione de una manera determinada ya que todos reaccionamos de diferentes formas ante eventos traumáticos. Por lo tanto lo principal es respetarlo y brindar ayuda cuando él lo necesite.

En cuanto a actuar como modelos de conducta y afrontamiento se fundamenta en que los niños observan y aprenden a afrontar problemas imitando y adoptando como propios los modos de actuación que llevan adelante sus figuras de referencia.

Si los padres demuestran habitualmente sus sentimientos, el niño aprenderá a hacerlo. Esto no quiere decir que sea deseable desbordar con problemas y preocupaciones a éste, ni involucrarlo en situaciones que pueden afectarlo negativamente en su bienestar, como problemas económicos o de pareja (de los padres). Lo importante es que vea que sus padres no ocultan sus emociones de alegría, enfado y tristeza.

Al afrontar problemas es importante que los padres incentiven al niño a enfrentarse a alguna determinada situación temida. Para ello el autor aconseja el uso del modelado, ayudar al niño de exponerse al objeto temido gradualmente, y felicitarlo por sus avances.

Ante otras situaciones que provocan estrés al niño, como puede ser el nacimiento de un hermano, problemas con otros niños en la escuela u otro conflicto, se sugiere a los padres ponerse en su lugar, remarcarle lo importante que es para el adulto su preocupación, más allá que para el adulto no tenga tanta trascendencia (pelea con un compañero o cambio de maestro u otro), hablar sobre lo temido, adoptar una actitud propicia para la resolución del conflicto evaluando si está al alcance del niño la resolución y en caso de que lo esté propiciar que éste pueda resolver el problema por sí mismo fomentando su autonomía. Además interesarse por la evolución del problema y animar al niño por su actitud activa de solucionar el conflicto.

### Intervenciones posteriores al trauma

Se han encontrado resultados más halagadores en el uso de terapia cognitivo conducta como un método de intervención temprana para prevenir Trastorno de Estrés Post Traumático (PTSD). Este método incluye la educación en cuanto al trauma, capacitación de relajamiento, exposición mediante imágenes a memorias traumáticas, reestructuración cognitiva de las creencias relacionadas con el miedo y exposición en vivo a situaciones evitadas. Varios estudios controlados han demostrado que cinco sesiones semanales de una hora y media cada una pueden disminuir la incidencia de seis meses de PTSD de 67% hasta aproximadamente de 15% (OMS, 2004, p.44).

### Intervenciones en escuelas

La escuela es uno de los principales ámbitos de socialización de los niños y uno de los lugares de intervención habituales de la psicología comunitaria y la Atención Primaria en Salud. Allí pasan mucho tiempo en compañía de otros niños, docentes, personal de servicio y otros profesionales. Es por ello que este lugar es un ámbito de intervención clave para trabajar promoción de salud y prevención de enfermedades.

Existe abundante evidencia de que programas realizados en escuelas primarias pueden influir sobre la salud mental positiva, reduciendo los factores de riesgo, los problemas emocionales y de conducta. Hay diferentes formas de intervención, en algunos casos se aborda un enfoque integral, trabajando a lo largo con la escuela toda, en otros se trabaja en algún grado determinado (teniendo en cuenta la etapa evolutiva en que se encuentra el niño), y existen otros casos en que se trabaja con un grupo determinado donde se han identificado situaciones de riesgo particulares.

En este caso se presentarán brevemente una serie de programas que han abordado factores de riesgo y de protección genéricos. En ellos, según estudios posteriores, se detectaron mejoras en el rendimiento académico, aumento en habilidades para resolver problemas y capacidad social.

Dentro de los programas de conformación de habilidades encontramos el programa “Yo puedo resolver problemas”. Este programa fue creado en la década del 70 por dos psicólogos de Filadelfia, David Spivak y Milan Shure, donde enseñan a niños de primaria a razonar en lugar de actuar. Utilizan la metodología del juego, a través del cual, mediante seis pares de palabras que forman la base de las capacidades de resolver problemas (es un buen momento/no es un buen momento, sí/entonces, podría/quizás, la razón por la que/porque, justo/injusto). El comienzo se da con un simple juego de palabras y estos se generalizan a la hora de resolver problemas reales. Los fines del programa son mejorar las habilidades de resolver problemas, y reducir la impulsividad y la inhibición.

Una estrategia preventiva que se concentra en robustecer la fortaleza emocional y las habilidades cognitivas para evitar el desarrollo de trastornos de ansiedad, es el programa Australiano Friends, para niños de entre 7 y 16 años, utilizado ampliamente en escuelas, centro de salud y hospitales. El programa consta de talleres cognitivo a corto plazo para aquellos que han experimentado un primer ataque de pánico. Durante el período de seguimiento de seis meses, el 2% de los que participan en el taller desarrollaron un trastorno de pánico en comparación con el 14% en el grupo de control

Otros programas implementados en el ámbito escolar son: Programa Mejorando la concientización social –solución de problemas sociales (ISA-SPS)-, Programa Promoviendo estrategias de razonamiento alternativo (PATHS), Cambiando la ecología Escolar, Proyecto de ambiente transicional escolar, Juego de buena conducta, Programa Noruego de Prevención de intimidación de compañeros, Programas de componentes múltiples.

#### Terapias para la prevención secundaria y terciaria

Los tratamientos utilizan por lo general técnicas comportamentales de manejo de contingencias o de refuerzo de determinadas habilidades y prácticas, la desensibilización sistemática, la exposición en vivo a situaciones temidas, los procesos de modelado y las estrategias cognitivas, entrenamiento en autoinstrucciones.

## Promoción de salud

En pasajes del presente trabajo se han identificado factores de riesgo para prevenir trastornos de ansiedad. Mucha de la literatura disponible se centra en el estudio de estos factores que, a lo largo de los años han contribuido notablemente a las estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Sin embargo es justo recalcar que estas investigaciones y cuerpos de conocimientos formados se han centrado en la enfermedad, lo que se denomina la patogénesis.

Teniendo esto en cuenta, radica la necesidad de poner el foco en los factores más descuidados que inciden en el abordaje de la salud, la salutogénesis. Se trata, sin abandonar el estudio de la patogénesis, de estudiar el potencial de salud y los recursos y competencias individuales como comunitarias, capaces de aportar conocimientos sobre procesos saludables y las estrategias de intervención destinadas a la promoción de salud.

La Psicología Positiva es una rama de la psicología que se encarga de estudiar las emociones positivas del ser humano. La utilidad de éstas son múltiples, ya que además de promover un conocimiento más cabal sobre las emociones humanas, éstas actúan como un fuerte factor de protección ante situaciones de adversidad, optimizar la salud y el bienestar, y construir recursos personales. De aquí radica la importancia de identificar, promover y fortalecer los recursos psicológicos del infante.

Desde la perspectiva de Mariana Gancedo la Psicología Positiva es “el estudio científico del funcionamiento psíquico óptimo. Desde un nivel meta-psicológico, intenta corregir el desarrollo histórico en la investigación, en la práctica psicológica llamando la atención sobre los aspectos positivos del funcionamiento y la experiencia humana. En un nivel pragmático, se trata de entender las condiciones, los procesos y los mecanismos que llevan a aquellos estados subjetivos, sociales y culturales que caracterizan una buena vida” (2008, p.24).

Según Carolina Greco (2010), en una dirección similar a Gancedo, sostiene que

La Psicología Positiva se propone ampliar el foco de la Psicología más allá del sufrimiento y su consecuente alivio y no pretende trasladar el foco de investigación de lo negativo a lo positivo sino abordar el estudio del ser humano desde una perspectiva integral considerando el balance entre las fortalezas y debilidades humanas (p.3)

Sobre esta observación de Greco vale destacar que esta rama de la Psicología no pretende sustituir el estudio de unas emociones por otras sino que ambos enfoques pueden complementarse para conformar una mirada más integral. Para lograrlo es imprescindible ahondar más sobre las emociones que potencian las fortalezas humanas.

Respecto a cómo definir las emociones Greco (2010) cita a Sroufe (2000), quien define a la emoción como

una reacción subjetiva a un suceso sobresaliente caracterizado por cambios de orden fisiológico, experiencial y conductual. Esta definición destaca la característica subjetiva de la emoción con lo cual connota una relación entre la persona y el suceso, acentuando la valoración subjetiva del individuo; un mismo suceso puede despertar diferentes reacciones emocionales en diversas personas o incluso en la misma persona a través del tiempo y en contextos diferentes. Así, no es el suceso, sino la valoración de la persona de éste lo que lleva a una emoción particular. (p.3)

Esta definición trasciende los enfoques fisiológicos, donde se la define como una reacción fisiológica del organismo ante estímulos del medio, y las conceptualizaciones evolucionistas que centran su análisis en el valor adaptativo de las emociones como medio de supervivencia de la especie. Conceptualizar las emociones como un proceso de evaluación cognitiva sobre el contexto, teniendo en cuenta los recursos de afrontamiento y los posibles resultados de dichos procesos, contribuye a diferenciar las emociones negativas de las positivas. En las primeras, las emociones estresantes o de tono negativo, se producen por la imposibilidad de alcanzar un objetivo, y en las segundas –de tono positivo– derivan de los progresos hechos en dirección hacia la gratificación de objetivos (Greco, 2010).

Existe una constante interacción entre cognición y emoción, la cual es bidireccional. Un pensamiento puede remitirnos a alguna emoción determinada, así como una emoción en un contexto dado, produce pensamientos. Esta relación es clave en el desarrollo evolutivo teniendo en cuenta que:

En la infancia el desarrollo emocional se encuentra íntimamente ligado al desarrollo

sociocognitivo del niño/ a. La expresión y comunicación de las emociones es central en el entendimiento de los niños/as con el otro (adulto y/o par) siendo esencial la identificación y comprensión del estado emocional propio y del otro para la construcción vincular. Asimismo es preponderante el rol de la autorregulación emocional en el ajuste social del niño/a a las exigencias cotidianas. (Greco, 2010 p.4)

Las emociones positivas amplían nuestro repertorio de acciones-pensamiento y contribuyen a la construcción de recursos personales que conllevan a un desarrollo funcional y positivo de la infancia y un estado de bienestar que se transforma en un indicador de salud mental.

### Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se llevan adelante cuando el sujeto se encuentra en la necesidad de controlar una situación en la que hay una discrepancia entre las demandas estresantes del medio y los propios recursos personales del sujeto para afrontar dichas demandas.

Pueden enumerarse tres clases de estrategias de afrontamiento, las estrategias centradas en los problemas, las estrategias centradas en las emociones, y las estrategias basadas en la evitación. A su vez cada una de estas estrategias pueden ser funcionales y disfuncionales, aunque en esta ocasión se explicitarán las funcionales.

Las estrategias funcionales basadas en problemas funcionales incluyen según Alan Carr aceptar la propia responsabilidad por resolver el problema, buscar información precisa sobre él, buscar buena ayuda y consejo, elaborar planes de acción realista, implementar planes para resolverlo, posponer otras actividades mientras resolvemos estos problemas, y mantener una visión optimista sobre la capacidad que tiene el sujeto para superarlo con éxito (2007).

Cuando un individuo siente que el estrés de la situación le resulta intolerable es adecuado usar estrategias de afrontamiento basadas en emociones como formar y mantener amistades que nos ofrezcan apoyo social. Un ejemplo que brinda Carr (2007) es la catarsis la cual define como “una estrategia de afrontamiento centrada en emociones que está relacionada con la búsqueda de apoyo social, se refiere a expresar experiencias emocionales intensas de viva voz y con detalle y procesar pensamientos y recuerdos con una gran carga emocional en el contexto de una relación de confianza” (p. 273).

Otras estrategias centradas en emociones son la búsqueda de un apoyo espiritual significativo, el replanteamiento, la reestructuración cognitiva, la relajación y el ejercicio físico e incluso afrontar el estrés con humor, son formas de ver las cosas de forma diferente que contribuyen a disminuir la aflicción (Carr, 2007)

Son ejemplo de estrategias centradas en la evitación, desconectarse psicológicamente de una situación estresante, llevar a cabo actividades de corto plazo para distraerse, dejar de pensar en el estrés laboral una vez que el sujeto ya se retiró del lugar de trabajo, escuchar música mientras el dentista realiza una intervención y otros. La principal diferencia con las estrategias disfuncionales centradas en la evitación es que estas últimas utilizan las mismas como soluciones a largo plazo.

### Inteligencia emocional

Tradicionalmente el concepto de inteligencia ha hecho a una propiedad unitaria, de naturaleza hereditaria, difícil de modificar (estática), en la cual las personas tienen poco o mucho dependiendo de los diferentes test, fundamentalmente los que miden el Coeficiente Intelectual (CI). Se ha relacionado históricamente a habilidades lógicas-matemáticas y al desarrollo del lenguaje.

Desde la década de 1990 Salovey y Mayer acuñaron el término inteligencia emocional para referirse a "...la habilidad para percibir emociones, generar y acceder a las mismas como así también a los pensamientos y comprender el conocimiento alcanzado mediante ellas; asimismo regularlas reflexivamente para promover un crecimiento tanto emocional como intelectual" (Castro y Benatuil, 2008, p. 321). A esto agregaron que el entendimiento de las emociones lleva a resolver problemas de la vida cotidiana, estableciendo un nexo entre emoción e inteligencia en la cual la emoción llevaría a pensar de un modo más inteligente (Castro y Benatuil, 2008).

Este modelo de inteligencia emocional identifica cuatro niveles. Un primer nivel, el de percepción emocional que consta de la capacidad de advertir y descifrar mensajes emocionales en una multiplicidad de contextos, incluyendo diferentes expresiones faciales y tonos de voz. Poder percibir las emociones, brinda al niño mayor información sobre su entorno para adaptarse a él, considerando que "una persona que pueda advertir expresiones faciales sutiles de irritabilidad se encuentra en una posición mejor para afrontar una situación social potencialmente conflictiva, que una persona que no tenga la capacidad de percibir estas emociones" (Carr, 2007, p. 146).

El segundo nivel consiste en la facilitación emocional del pensamiento, donde las emociones se van haciendo lo suficientemente vividas y precisas para orientar al individuo en la toma de decisiones.

El tercer nivel es el de comprensión emocional, donde el sujeto adquiere la capacidad de comprender las repercusiones de sus emociones, como una emoción lleva a otra. Por ejemplo, el individuo puede prever que la ira expresada con agresión puede llevar al remordimiento o generar una escalada de hostilidades.

El último nivel consiste en la regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual. Consiste en la habilidad de atender los sentimientos propios, tanto agradables como desagradables, reflexionar sobre lo que está sintiendo, manejar sus propias emociones y moderar las emociones positivas y negativas. Al respecto Castro y Benatuil (2008) afirman que “a medida que el niño madura y crece, aprende a captar o desatender las propias emociones de acuerdo con los contextos y las necesidades” (p.322).

### Resiliencia.

Promover el proceso de resiliencia frente a la adversidad brinda un enfoque dominante para la promoción de la salud mental ya que no se trata sólo de reducir el impacto de los factores de riesgo sino de promover factores protectores de salud. Si bien el enfoque de la resiliencia parte de la premisa que nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas, más que centrarse en los circuitos que mantienen esta situación. Según Grecco (2010) “La resiliencia se preocupa de estudiar y focalizar en aquellas variables y procesos que posibilitan el abrirse a un desarrollo saludable y positivo a pesar de vivir en un ambiente en riesgo por pobreza” (p.11).

A partir de este concepto vale la pena preguntarse qué características tienen los niños resilientes.

Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud

Diversos estudios han demostrado que ciertos atributos de la persona tienen una asociación positiva con la posibilidad de ser resiliente. Estos son: control de las emociones y de los impulsos, autonomía, sentido del humor, alta autoestima (concepción positiva de sí mismo), empatía (capacidad de comunicarse y de percibir la situación emocional del interlocutor), capacidad de comprensión y análisis de las situaciones, cierta competencia cognitiva, y capacidad de atención y concentración. (Munist et al., 1998, p.20)

También el medio ambiente social y familiar pueden contribuir con la seguridad de afecto recibido más allá de circunstancias concretas, aceptación incondicional de sus otros significativos y contar con una red de apoyo.

### Autoestima

Hay diversos motivos por los cuales es necesario abordar el concepto de autoestima. Por un lado es importante subrayar que a pesar de ser un tema tan popular el concepto trae consigo diversas complejidades. También puede señalarse que en cuanto a sus

implicaciones prácticas el concepto se relaciona con la salud mental positiva y con el bienestar psicológico.

“Se dice que tal vínculo entre autoestima y conducta, incluye correlaciones entre autoestima y alto funcionamiento del ego, ajuste personal, el control interno, la probabilidad de resultados terapéuticos favorables, el ajuste positivo a la edad y la vejez, la autonomía y la tendencia androgénica” (Mruk, 1998, p. 14)

Relacionado con lo anterior, su carencia –de autoestima- se relaciona con ciertos fenómenos negativos como las enfermedades mentales. Por último señalar que se ha vuelto un concepto indispensable en las Ciencias Sociales, sobre todo las que ponen el foco en la salud de las personas.

Chris Mruk cita a Morris Rosenberg (1965) quien define autoestima como “...la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa una actitud de aprobación/desaprobación” (1998, p.25)

La actitud que se expresa en la definición implica dimensiones tanto afectivas como cognitivas, implica una percepción sobre el sí mismo, los patrones por medio de los cuales evaluamos y los procesos por los cuales formamos una opinión. Pero estos patrones que se desarrollan a su vez se comparan entre ellos y la comprensión de quién es uno a partir del resultado de dicha comparación. En esta comparación aparecen los valores de la persona, es decir la dimensión social del autoestima.

Por otro lado Coopersmith, cita por Mruk (1998), desde una perspectiva conductual y a partir de elementos medibles comprende la autoestima como

entendemos la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa una actitud de aprobación o desaprobación o indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo con éxito y merecedor. En síntesis, la autoestima es un juicio de la persona sobre el merecimiento que se expresa en la actitud que mantiene ésta hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros mediante informes verbales o mediante la conducta abierta” (p.26).

Coopersmith explicita el factor de merecimiento, la autoestima implica un diagnóstico del propio merecimiento o valor como ser humano, es decir la dimensión subjetiva. Por otro lado el autor no solo puntualiza en la valoración sino su expresión mediante la conducta. De esta forma al poderse observar las manifestaciones, la autoestima es un constructo medible.

Durante los años sesenta Nathaniel Branden, clínico de orientación humanista, incluye en su definición el componente de eficacia personal al asegurar que

La autoestima cuenta con dos aspectos interrelacionados: vincula un sentido de eficacia personal y un sentido de merecimiento personal. Constituye la suma

integrada de autoconfianza y autorespeto. Es el convencimiento de que uno es competente para vivir y merece vivir. (Mruk, 1998, p.27)

Branden además de mencionar el componente de merecimiento incluido en las definiciones anteriores, señala la dimensión de eficacia personal. Al mencionar que es un convencimiento de que uno es competente para vivir y merecerlo, incluye sin mencionarlo el componente de convicción, un valor motivacional que implica acción al tiempo que sentimiento y creencia.

En la revisión de la bibliografía sobre el tema aparece en repetidas ocasiones el dilema de considerar la autoestima como un rasgo o un estado. Según Vanesa Góngora existen evidencias para considerar que es un constructo estable similar a una característica de personalidad. Es decir que es estable porque se desarrolla en el tiempo mediante experiencias personales en las que se presentan repetidos éxitos y sentirse valorado por otros (2008, p.93). Sobre esa base de inestabilidad existen fluctuaciones, ya sea por aumento en la sensibilidad y confianza en las evaluaciones sociales, aumento de preocupación en cómo uno se ve a sí mismo, incluso enojo y hostilidad. Por lo tanto la autora señala que hay personas con niveles más estables de autoestima y otras varían con el tiempo y en diferentes ocasiones.

Sobre el particular Mruk señala que la mayoría de los autores refieren al autoestima como una dimensión viva, como un fenómeno evolutivo emergente que entra en juego con el transcurso del tiempo vinculada al comportamiento de una persona en su espacio vital. En esta dirección afirma que "...es dinámica porque desempeña un papel en el modelado de las percepciones, de la experiencia y de la conducta de la persona. Y sobre todo, vemos una y otra vez que la autoestima es dinámica porque es relativamente estable y sin embargo abierta al cambio" (Mruk, 1998, p.31).

Vale la pena señalar que se identifican distintos niveles de autoestima. Góngora afirma que la baja autoestima como rasgo está asociada a 24 trastornos mentales del DSM IV, y agrega que las características asociadas con la baja autoestima son la hipersensibilidad, inestabilidad, timidez, falta de autoconfianza, evitación de riesgos, depresión, pesimismo, soledad, o alienación (2008, p.94).

La alta autoestima se caracteriza por una mezcla de características deseables y otras indeseables. Las deseables son las que permiten mantener el self y las que permiten al self realizarse. La autora considera que "la alta autoestima es útil para el manejo del estrés y evitación de la ansiedad de tal forma que una persona continúe funcionando al enfrentarse a un suceso estresante o trauma" (Góngora, 2008, p.95). Dentro de las características negativas se consideran culpar a otros por defectos personales, sobrevalorar

las propias aportaciones en tareas grupales, pensar en sí mismo como personas más valiosas que los demás, defensividad, narcisismo y otras.

Por último Góngora (2008) menciona un nivel medio, se relaciona con problemas cotidianos como dificultades para sobrellevar pérdidas, fracasos, y otros acontecimientos que afectan a las personas (p.95).

El autoestima puede fortalecerse. Existen diferentes programas para ello. Uno de ellos es el diseñado por Pope, Mc Hale y Craighead desde un enfoque de la teoría del aprendizaje, que parte de la definición de que autoestima es “una evaluación de la información contenida en el autoconcepto, y se deriva de los sentimientos del niño sobre todo lo que él es” (Mruk, 1998, p.131). Entienden la autoestima desde una noción discrepante ente el autoconcepto ideal del individuo y el autoconcepto real o percibido, es decir entre lo que el individuo cree que debería ser y el cómo se ve a sí mismo habitualmente.

El problema surge cuando el autoconcepto ideal es demasiado alto siendo este inalcanzable. Este tipo de autoestima baja se da en niños que tienen buenas calificaciones en la escuela pero de todas formas se ven a sí mismos como fracasados o inmerecedores por sus altas expectativas. El otro problema posible se presenta cuando las expectativas son apropiadas pero el nivel de autopercepción está distorsionado.

El programa trabaja sobre cinco dominios influidos por la autoestima como lo son la autoestima global (general), autoestima social (modo en que el niño se evalúa a sí mismo en relación con los demás), autoestima académica (capacidades escolares del niño), el modo en como el niño se siente valorado por su familia (o no valorado), y la propia imagen corporal (el modo en que el niño ve su aspecto y capacidades físicas). Una vez que se identifican las áreas donde se perciben que los problemas de autoestima son fuertes, se diseñan estrategias cognitivo comportamentales para favorecer las destrezas que aumentan la ejecución hasta niveles razonables. Se utilizan los principios generales del aprendizaje, fundamentalmente el reforzamiento positivo y el modelado (aprendizaje social). El psicólogo está comprendido en el propio aprendizaje, siendo su rol el de “maestro atento e interesado” (Mruk, 1998).

Agregado a los principios del aprendizaje se ha señalado el papel de los procesos cognitivos como componentes claves para el cambio conductual. Uno de ellos, señalado como un elemento clave, es el aprendizaje en resolución de problemas, incluyendo esta terapia en la resolución del problema entre el autoconcepto ideal y el percibido.

La implementación del programa comienza con la evaluación del niño, apuntando a identificar los problemas, necesidades y potencialidades del mismo. Este método de recogida de datos entrevistas con el niño y a otros significativos (familiares, maestros), test psicológicos y observación en su entorno natural.

En primer lugar el programa se divide en ocho segmentos, cada uno referente a una destreza conductual. En estas áreas se aprende a resolver problemas sociales, elaborar autoafirmaciones positivas, emplear un estilo atribucional positivo, aumentar el autocontrol, establecer normas apropiadas, desarrollar la sensibilidad y habilidades sociales, aumentar las habilidades comunicativas y mejorar la imagen corporal.

En segundo lugar se estructura, de forma coherente, cada área en las que se engloban las actividades, conformando módulos programáticos. En cada uno se evalúan las destrezas, habilidades y potencial del niño para que el psicólogo sepa en qué áreas necesita trabajar el niño. Una vez identificadas las destrezas particulares necesarias para superar cada dominio, se le enseña mediante ejercicios específicos, asignándole en el correr del proceso, tareas para que el niño lleve a la casa para reforzar el material y poder generalizar los aprendizajes al mundo real.

El proceso implica la identificación de problemas, que el niño reciba nuevas alternativas a probar, que reciba feedback sobre sus intentos, y aplicar otras alternativas en la vida real hasta que estas nuevas destrezas se conviertan en hábitos.

La adquisición de las destrezas requiere tiempo, incluso a pesar de que los aprendizajes implican experiencias en la vida real, el tratamiento implica que muchos de los aprendizajes se den incluso una vez finalizado el programa.

## Conclusiones

Llegada la etapa de enunciar conclusiones sobre el presente trabajo monográfico vale volver a repetir las preguntas planteadas en la introducción del mismo, es decir, ¿Se pueden prevenir los trastornos de ansiedad? ¿Qué podemos hacer desde el primer nivel de atención en salud?

En primer lugar es importante destacar que en la investigación bibliográfica sobre la temática, no fue fácil encontrar trabajos que aborden de forma exhaustiva la prevención de trastornos de ansiedad en la niñez. Sobre todo porque gran parte de las investigaciones abordan factores de riesgo sobre conductas desadaptadas como la agresividad, conducta suicida, hiperactividad, y otras patologías como depresión o trastornos alimenticios. Por lo tanto se hizo familiar encontrar alusiones a factores de riesgo genéricos que indican alta probabilidad de transitar por algún proceso psicopatológico sin determinar cuál.

En segundo lugar, la investigación sobre la temática en Uruguay es nula. Esto puede ser así por lo poco que se invierte en el país en materia de investigación, o de repente, la muy reciente inclusión de los psicólogos en el primer nivel de atención no ha dado lugar a publicaciones que arrojen luz sobre el asunto.

En cuanto a los elementos encontrados para prevenir los trastornos de ansiedad podemos identificar factores como inhibición comportamental, el temperamento ansioso, y la ansiedad rasgo como predictores de un posible desarrollo de un trastorno de ansiedad en niños, o que puedan desarrollarse en el curso de su vida. Sin embargo no todas las personas que tienen estas características desarrollan un trastorno en el futuro, sino que son necesarias determinadas condiciones del ambiente para que esto pase. Esto obliga a pensar en la complejidad del asunto, y en la necesidad de pensar formas más creativas de afrontar la problemática.

A su vez hay evidencia suficiente sobre la necesidad de abordajes cuando el infante sufre sucesos traumáticos ya sean por desastres naturales, violencia sexual, accidentes, pérdidas de un ser querido, u otro evento.

Cuando el niño transita por alguna circunstancia que le produzca un estrés que compromete sus sistemas de respuestas y sus estrategias de afrontamiento es importante el rol de sus padres o cuidadores a la hora de acompañarlo, escucharlo, orientarlo. De aquí radica la importancia en contactos con sus otros significativos que están en constante relación con el niño, ya sean padres, familiares, maestros.

El ámbito de primer nivel de salud es un lugar apropiado para trabajar en prevención debido al anclaje territorial que viabiliza el contacto, la coordinación y el trabajo en equipo con otras organizaciones o instituciones. Esto facilita estar en interacción con los principales

ámbitos de socialización del niño donde se producen gran parte de los aprendizajes que el infante adquiere.

Intervenir en estos lugares, ya sea en la casa, la escuela, el club barrial u otro, es de vital importancia ya que los dispositivos que se piensen actuarían en la propia cotidianeidad del niño.

En esta coyuntura se presentan las condiciones de posibilidad para trabajar en los factores de protección y promoción de salud, en generar fortalezas y brindar herramientas para que los niños puedan ir creando fortalezas para afrontar los retos que un mundo cambiante ofrece. Pensar las intervenciones desde la salud positiva enriquece el enfoque y permite actuar a partir de una visión más holística del ser humano.

Si bien en Uruguay no se implementan programas de prevención como los explicitados en el trabajo, pero si se está generando un proceso de cambio en el sentido de trabajar con las emociones del niño, alfabetizar emocionalmente, destacar las fortalezas y hacer énfasis en ellas. Sin embargo aun falta tiempo y trabajo para que el primer nivel de atención en salud logre aceptarse y empoderar a los diferentes actores de la comunidad.

## Bibliografía

- Azpiroz, M, Prieto G. (2008). Trastornos de la personalidad. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas, Guillamon (2008) Higiene y prevención de la ansiedad. España: Díaz de santos
- Cía, A. H. (2002) La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires. Polemos
- Calatayud, F.M (2009) Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires: Koyatún
- Calatayud, F.M (1999) Psicología y salud en el mundo actual. Buenos Aires: Paidos
- Carr, A. (2007) Psicología Positiva Ciencia de la felicidad. Barcelona: Paidos
- Casullo, M. (2008). Practicas en Psicología Positiva. Buenos Aires: Lugar editoria.
- Craighead, Kadzin, Mahoney. (1984) Modificación de la conducta, principios, técnicas y aplicaciones. España: Ediciones Omega S.A
- Chertok, A. (2006) Las causas de nuestras conductas. Montevideo: Imp. Copa SRL.Caps
- Levcovitz, E, Antonioli, G, &Fernández, M (2011). Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS
- De Lellis, M. y Saforcada, E (2010) Psicología y salud pública. Buenos Aires: Paidos
- DSM IV TR (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Eysenck, H. (1983). Psicología: hechos y palabrerías. Madrid: Alianza
- Gecco, C. (2010). Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. Recuperado en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000100009&script=sci_arttext)
- Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Recuperado en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978). Alma- Ata, URSS. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud (1986). La carta de Ottawa para la promoción de salud. Primera Conferencia. Ottawa. Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Organización Mundial de la Salud (2008). Informe de la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria en Salud

Promoción de salud glosario. Recuperado

en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2005). Sistema nacional integrado de salud. Proyecto de Ley

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional Integrado de Salud. División Recursos Humanos (2014). Equipos de salud del primer nivel de atención. Recuperado de: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf)