

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**El Psicodrama aplicado en terapia con niños de 6 a 12
años con Ansiedad Social
Proyecto de Investigación**

Fátima Cristina Gatica Riofrío

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciado en Psicología Clínica

Quito, 17 de Julio de 2017

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

El Psicodrama aplicado en terapia con niños de 6 a 12 años con Ansiedad Social

Fátima Cristina Gatica Riofrío

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Carolina Annabelle Miño Zanbrano,
Master en Educación Especial.

Firma del profesor

Quito, 17 de Julio de 2017

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Fátima Cristina Gatica Riofrío

Código: 00108280

Cédula de Identidad: 171326206-9

Lugar y fecha: Quito, 17 de Julio del 2017

RESUMEN

La presente investigación propone la implementación del Psicodrama como medio terapéutico en niños entre los 6 y 12 años de edad. El objetivo es explorar su uso terapéutico de manera preventiva o, como un soporte para promover la interacción social por medio del diálogo y la práctica de interpretación activa de supuestos sucesos que pueden formar parte del miedo irracional del niño (dentro del diagnóstico clínico) basándose en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

Se examina el ciclo evolutivo de los niños, considerando la etapa en que desarrollan su autoconcepto y muestran mayor interés por su interacción social. Se ha tomado como marco de referencia las teorías de los autores más relevantes en este ámbito como Sigmund Freud, Jean Piaget, Lev Semionovich Vygotsky y Erik Homberger Erikson para el análisis de la posibilidad de que se desencadene un Trastorno de Ansiedad Social, dependiendo del tipo de relación que se desarrolle con las personas de su entorno social.

Palabras clave: Psicodrama, Trastorno de Ansiedad Social, Fobia Social, Terapia, niños, preventivo, miedo irracional.

ABSTRACT

This research proposes psychodrama as a type of psychotherapy for children between 6 to 12 years. The aim is to explore its therapeutic use as a preventive way or as support to promote the social interaction through dialogue and to practice active interpretation of alleged events that may form part of the irrational fear of a child (within the clinical diagnosis) based in the Diagnosis and Statistical Manual of the Mental Disorders (DSM-5).

The children's evolutionary cycle is examined, considering when children develop self-concept, showing more interest for social interaction. A Social Anxiety Disorder might trigger, depending on the type of relationship that demonstrates the development of children with people in their social environment. It has been taken as a frame of reference the most relevant theories of authors in this subject such as Sigmund Freud, Jean Piaget, Lev Semionovich Vygotsky y Erik Homberger Erikson.

Key words: Psychodrama, Social Anxiety Disorder, Social Phobia, Therapy, Children, Preventive and Irrational Fear.

DEDICATORIA

Quisiera dedicar esta tesis a todos aquellos quienes, a lo largo del desarrollo del trabajo escrito me preguntaron “¿Como va la tesis?” en vez de preguntar “¿Como estas?” al inicio de cada conversación. Tomando en cuenta que a pesar de que en el momento me causaba un conflicto interno emocional, ahora puedo entender que era su modo de expresar su preocupación y cariño.

AGRADECIMIENTO

Quisiera comenzar agradeciendo a mi tutora de tesis, Carolina Miño Zambrano. A mi familia Gastón, Virginia, Paula, María José y Salomé. También a Juan Carlos M., Marthy, Majito, Michelle, Gaby, Leo, Jorge, Dianita, Andre y Dany. Me siento en gratitud a todas estas personas a quienes quiero y estuvieron conmigo durante el proceso, incluso en los momentos que pensaba que no lo lograría.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	10
Antecedentes	11
Problema	13
Pregunta de Investigación	13
Propósito del Estudio	14
El significado del estudio	14
Revisión de la literatura	16
Formato de revisión de literatura	17
Temas conceptuales clave	18
1. Definición de la población objetivo	18
2. Trastorno de ansiedad social	25
3. Psicodrama	32
Metodología	40
Participantes	41
Herramientas de Investigación Utilizadas	41
Procedimiento de recolección y Análisis de Datos	42
Consideraciones Éticas	43
Resultados esperados	45
Discusión	47
Conclusiones	49
Limitaciones del Estudio	49
Recomendaciones para Futuros Estudios	50
Referencias	51

ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....	57
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado	58
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información	61
ANEXO D: Tablas de revisión de literatura	63

INTRODUCCIÓN

El proceso del desarrollo humano se presenta en distintas etapas que definen el modo en el que la persona percibe su entorno y el rol que desempeñará. Esto se refleja en su comportamiento, como un efecto de la evaluación automática de lo que el niño comprende que es una conducta adecuada y es reforzado a través de lo que percibe en relación con su entorno. En muchos casos el niño llega a desenvolverse con sus pares del modo esperado para su edad y busca incrementar sus habilidades sociales por medio de la interacción; por otro lado, también se dan situaciones en las cuales el niño tiende a retraerse por motivos desfavorables en el desarrollo social. Según una investigación realizada por la Organización Mundial de la Salud - OMS, los trastornos de ansiedad son el tipo de trastorno más frecuente a nivel mundial (Beck, 2013). Dentro de esta investigación se va a plantear cuáles son los factores que pueden exponer a una persona a las categorías consideradas dentro del diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Social – TAS, según el DSM-5; a su vez, se analizará el proceso por el que pasan estas personas.

Según Piaget en la Teoría del Desarrollo Cognoscitivo, entre las edades de los 7 a 12 años, el niño pasa por la fase de las operaciones concretas, en la cual comienza a dejar de lado el pensamiento egocéntrico (Piaget J. , Part I: Cognitive development in children, 1964). Al igual que en la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson, en el cual menciona que la edad entre 6 a 12 años se presenta el estado de Laboriosidad vs Inferioridad, en el cual la persona se compara con los otros para saber si ha sido acogido en su entorno; al sentir fracaso se puede generar inseguridad en la relación con los otros niños basándose en el sentimiento de inferioridad (Erikson, Identity and the life cycle. , 1994).

Este trabajo de titulación profundiza en el Psicodrama como un método terapéutico que puede ser implementado en niños con TAS. Se pretende que la persona llegue a normalizar el concepto de interacción social por medio de la identificación del evento y el miedo que éste causa, la imaginación activa del suceso, al actuación y análisis del suceso. Para ello, el

Psicodrama se presenta como medio terapéutico para niños entre los 6 a 12 años, y tiene como fin la intervención preventiva, la reformulación de conceptos sobre el entorno y el cambio del comportamiento evitativo por posibles temores a adaptación a su grupo de pares al igual que con adultos. Es importante resaltar que para que las conductas evitativas en niños sean clasificadas como un trastorno, deben ser diagnosticados como irracionales, por un profesional, a partir de los criterios de TAS según medidas clínicas.

Antecedentes

El Trastorno de Ansiedad Social - TAS, era conocido anteriormente como Fobia Social, sin embargo, se realizó un cambio en torno a este trastorno en el DSM-5 dado a que TAS no cumple con las características para que sea clasificado dentro de la Fobia Social ni del Trastorno de Ansiedad Generalizada (Tortella-Feliu, 2014). Por otro lado, presentaban características que tampoco se asemejaban a las de Fobias Específicas, dado que aun cuando la persona se muestra evasiva a distintos entornos y actividades con otros grupos, no presenta la reactividad excesiva que se da en caso de las fobias según su clasificación (Tortella-Feliu, 2014). *“Se ha eliminado la especificación “generalizada”, que ha sido reemplazada por la de “relacionado solo con la ejecución”, que deberá indicarse cuando el miedo fóbico se limite a hablar o actuar en público”*. (Tortella-Feliu, 2014, pág. 63)

Es necesario resaltar que para que el miedo sea considerado como irracional, debe ser diagnosticado por un psicólogo clínico después de un proceso de análisis profundo; por ello, el diagnóstico no podría ser realizado por los padres, profesores u otros.

Para establecer el rango de edad de 6 a 12 años, es importante analizar la postura de algunos autores que presentan este periodo como primordial para definir las características de la interacción que pueda llegar a tener la persona. Jean Piaget define a esta etapa como la “Fase de Operaciones Concretas”, entre las edades de 7 a 12 años, en la cual el sujeto se va alejando del egocentrismo e incrementa su pensamiento lógico (Schaefer, 2012). Por su parte, Erikson lo considera el estadio psicosocial de “Laboriosidad vs Inferioridad” de 6 a los 12 años, y lo describe como el inicio del desarrollo de su autoconcepto, según su interacción con sus pares, donde el sentimiento de acogida o rechazo impulsa a que sienta seguro o inferior a quienes lo rodean.

Cabe señalar que existen estudios que sugieren que el diagnóstico de TAS se debería realizar a partir de los 12 años en adelante. “Los estudios epidemiológicos revelan que este trastorno de ansiedad tiene su inicio más frecuente en la adolescencia, concretamente entre los 12 y los 17 años” (Piqueras, 2008). Ahora bien, es fundamental considerar que al ser un tipo de terapia que se provee de modo preventivo, el niño no necesita cumplir con todas las características de diagnóstico según el manual clínico DSM-5 (o previas ediciones), en este caso se consideran solo algunos de los síntomas dentro del criterio de diagnóstico.

Se debe tomar en consideración la importancia que se dé a la terapia durante el proceso de desarrollo, en el rango entre los 6 a 12 años, donde se llegan a establecer las creencias centrales del niño con relación a su modo de interacción con su entorno social. A partir de la terapia preventiva se podría evadir que desarrollen posibles características que lleguen a ser irreversibles en el comportamiento de la persona, principalmente en el riesgo temprano ante una posible dificultad en la interacción social.

Problema

En el rango de edad entre 6 a 12 años, los niños muestran mayor interés en su entorno y por ello también le dan más importancia a su modo de comportarse. En algunos casos el niño puede ir desarrollando características de la ansiedad que tienden a agravarse con el transcurso del tiempo. Dado que la interacción social suele ser tomada como una cualidad que el niño debe aprender por su cuenta, no se dan espacios para que el niño pueda reflexionar sobre eventos o situaciones que pudo haber percibido de modo negativo. Si se da el caso de que el niño presente comportamientos de ansiedad, y no se le da atención, podrían arraigarse; sin embargo, con las técnicas adecuadas se puede evitar que se agudice su condición.

Esta investigación maneja la técnica del Psicodrama como una medida preventiva ante la ansiedad social. Existen estudios previos que han enfocado esta técnica para trabajar la ansiedad social con grupos, la propuesta de este trabajo está dirigida al tratamiento individual, como una terapia dinámica que podría ser vista como exposición gradual de interacción social. En este estudio la terapia se maneja con el grupo de edad entre los 6 a 12 años, en el cual la persona está en el proceso de desarrollo de autoconcepto de modo más concreto con relación a su entorno social (Piaget J. &, 1997).

Pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto el Psicodrama, como método terapéutico, puede llegar a regular la interacción social en niños de 6 a 12 años con posible Trastorno de Ansiedad Social?

Propósito del Estudio

El propósito del estudio es la detección oportuna de casos de TAS, o con posibilidades de desarrollarlo, e implementar el Psicodrama, de modo preventivo o rectificatorio, en el modo de interacción con otras personas. Para ello es crucial incentivar una mayor interacción con otros niños de su edad y otras personas de su entorno social, ya que entre los criterios de diagnóstico de TAS del DSM-5 se encuentra el miedo a relacionarse con los pares y con adultos (American Psychiatric Association, 2014, pág. 132).

El significado del estudio

La implementación del Psicodrama dentro de la terapia para personas con TAS se utiliza para lograr un mejor desarrollo social, brindándole herramientas de interacción para promover el proceso de aprendizaje y desarrollo. El principal fin de la implementación de este estudio es la prevención del desarrollo de TAS, u otros posibles trastornos clínicos, que sean potencialmente perjudiciales para la persona y su entorno social; como en el caso del Trastorno Antisocial de Personalidad que generalmente es un resultado del Trastorno de Conducta Desafiante Oposicional (Mash & Barkley, 2014, págs. 153-155).

El Psicodrama se muestra como un proceso terapéutico que puede ser implementado en cualquier intervención infantil, en cualquier estrato socioeconómico, con el objetivo de asegurar el desarrollo social y el aprovechamiento de varias áreas en la vida de la persona. El estudio puede ser considerado como único dado que no solamente se desenvuelve en el área social, sino también en resolución de problemas, lenguaje e integración. Al igual que puede ser implementado de modo individual o grupal, ya sea de modo clínico o como actividad dentro del entorno escolar.

En esta investigación se va a presentar el uso del Psicodrama como método terapéutico, la preparación de la terapia, el proceso de desarrollo terapéutico y la manera en la cual este puede ser usado como una medida diagnóstica y de intervención. A su vez, se analizará el TAS dentro de sus características y cómo se diferencia de otros trastornos. También se va a explicar cómo se va a aplicar el Psicodrama en TAS y cuál es el mejor método para el manejo preventivo al igual que correctivo. Se presentarán los datos encontrados con relación al tema que se presenta, las conclusiones y la discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Las fuentes bibliográficas que fueron utilizadas en este trabajo son artículos y libros descargados del portal académico de Google en páginas como “ScienceDirect” y “ClinicalKey”.

También se investigó en libros y “journals” (revistas de investigaciones en donde se encuentran los artículos) con fundamentación científica que apuntan a los temas de la presente investigación, como “The Journal of Anxiety Disorders” para temas relacionados con TAS; “Australian and New Zealand Psychodrama Association” (ANZPA) para temas enfocados al Psicodrama, y “Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry” para temas de trastornos infantiles. Se utilizaron páginas en línea de los “journals” previamente mencionados para buscar casos asociados con la ansiedad, Psicodrama o la población del estudio.

Las palabras que fueron usadas como medida de búsqueda fueron en inglés, principalmente “Psychodrama and Anxiety”. De estos se agregaban palabras con las cuales se relacionaba el estudio como “psychodrama children”, “psychodrama communication”, “psychotherapy using analitic psychodrama”, “psychodrama as a diagnostic method”; en algunos casos se buscaba el término junto a los autores identificados directamente con la palabra como en el caso de J. L. Moreno, quien es el precursor del Psicodrama. En el caso del TAS se buscaron palabras con relación a edades, género, síntomas, características, dificultades sociales y de comunicación, historia de la ansiedad, procesamiento de emociones, entre otros.

Al recopilar los artículos, investigaciones, journals, tesis y libros, se creó un archivo en “Word” para registrar los documentos por el título, guardar su bibliografía, explicar de qué trata cada fuente y poder encontrarla con facilidad cuando sea necesario usarla de referencia

en el trabajo. En este proceso se descartaron muchos artículos que aparentemente en la introducción o en el título presentaban información importante, pero al leerlo detenidamente, mostraban un enfoque que no era relevante para citar o ser usado como referencia para el estudio.

Formato de la Revisión de la Literatura

Se realiza una revisión por áreas para explicar cómo se asocia el Psicodrama con el TAS y al mostrar el proceso terapéutico se explica cómo se aplica en la población infantil. Se incorpora una corta introducción del motivo por el cual se eligió el rango de edad entre 6 a 12 años, y cómo éste debe ser tomado como un factor a considerar durante el desarrollo del estudio: a su vez, se detallará un breve análisis según teorías del desarrollo y autores. Se presenta la historia del TAS hasta llegar al modo en que es definido actualmente, las características, los métodos de medición, las técnicas comunes de intervención psicológica, los factores de protección, de riesgo sociales y de desarrollo que deben ser considerados según la edad. En el caso del Psicodrama se presenta la historia del desarrollo de esta terapia; el proceso, técnica, método y modo de aplicarlo como terapeuta; y las subdivisiones que tiene el Psicodrama.

Temas conceptuales clave

1. Definición de la población objetivo

Existen varias implicaciones para el comportamiento de un niño en el proceso de desarrollo, estas pueden ser tanto internas como externas. Por ello es importante enfatizar que, la percepción que tenga el niño con relación a sus pares va a ser un factor importante en su desarrollo interpersonal y social. Al igual que en los procesos de aprendizaje, es necesario prestar atención al modo como el niño asimila su interacción con sus pares. De la misma manera que el niño podría presentar problemas con el lenguaje, matemáticas o actividades motrices; en el desarrollo psicosocial pueden darse medidas o técnicas de asimilación de situaciones de interacción.

1.1 Teorías que afirman la población objetiva y sus autores.

1.1.1 Teoría de las etapas psicosexuales, Sigmund Freud.

Freud nació el 6 de mayo de 1856 en Moravia, se dedicó al estudio de Neurología, en 1886 abrió un consultorio privado donde trató neurosis e histeria con hipnosis. Más adelante publicó un nuevo método de análisis psicológico conocido como Psicoanálisis, de donde provienen las Etapas Psicosexuales (Boeree, 2006).

Las Etapas Psicosexuales propuestas por Freud se dividen por edades cronológicas. Inicialmente está la etapa oral desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad, se comprende que la atención se dirige a la alimentación; después está la etapa anal que se desarrolla hasta los cuatro años de edad, cuando el niño aprende a tener control de sus esfínteres; la tercera etapa, también conocida como fálica, se da hasta los seis años y se caracteriza por el interés en

la exploración de los genitales. A continuación se presenta la etapa de latencia que es hasta la pubertad donde, según Freud, se producía la supresión sexual; y finalmente está la etapa genital que se da a partir de la pubertad, donde el individuo presenta una pulsación sexual dirigida a las relaciones sexuales.

En la etapa de latencia entre los 6 hasta los 12 años, el niño comienza a tener una exploración dirigida a la interacción social y su posición en relación con sus pares. *“Aparecen el pudor, el asco, aspiraciones morales y éticas. La energía se concentra en actividades sociales como la escuela, el deporte, la lectura. Por eso es la edad de la escolarización”* (Piaget J. , Psicología evolutiva, 1986). Por otro lado, el enfoque psicoafectivo de la etapa de latencia se enfoca en la autonomía y la identidad, donde la persona muestra interés en su interacción social más que su autoexploración y es muy común que aprenda de la orientación de los maestros y padres (Zavarain Cogollo & Russo de Vivo, 2011).

1.1.2 Teoría del desarrollo cognoscitivo, Jean Piaget.

Piaget nació el 9 de agosto de 1896 en Neuchâtel, desde muy joven presentaba interés por las áreas de Biología, en 1918, en este periodo comenzó su interés por la Psicología, ayudando en el desarrollo de escalas según la edad. En base a su creciente interés por el desarrollo intelectual de los niños presentó varias teorías y dio un nuevo enfoque a la Psicología del Desarrollo (González, 2003).

Entre las teorías de desarrollo de Piaget el enfoque principal está el proceso intelectual de los niños según su edad, la cual es presentada en varias áreas cognoscitivas. (Piaget J. &., 1997). De las observaciones que hizo a la interacción de los niños a partir del manejo del lenguaje espontáneo, Piaget llega a la conclusión de que el egocentrismo infantil se presenta

hasta los 7 años de edad, donde el principal interés del niño está enfocado en sí mismo y en llegar a cumplir sus necesidades. A partir de los 7 hasta los 12 años de edad, el niño presta más interés a la interacción con sus pares y otros, aceptando diversas opiniones y puntos de vista (Borke, 1971, pág. 263), esto se da dentro la Fase de Operaciones Concretas en la Teoría del Desarrollo Cognoscitivo de Piaget.

En base a la teoría del egocentrismo, existen varios estudios que muestran que los niños adquieren experiencias en su interrelación social. Gates (1923) señala que un niño pequeño puede confundir un comportamiento amigable por amenazante o malinterpretar el miedo y enojo. En el proceso de dicha etapa, el egocentrismo comienza a pasar a segundo plano y el niño va desarrollando empatía, lo cual implica que, entre otras características, su atención está dirigida al punto de vista de otras personas. Al mostrar interés hacia la percepción de otros, el niño puede llegar a ser consciente de la posible imagen que puede proyectar, esto puede influenciar en la formación de su autoconcepto y a partir de esto puede aumentar el valor que le da a su sociabilidad; o, por el contrario, le puede llevar al retraimiento social dependiendo de la integración de las situaciones de interacción previas.

1.1.3 La teoría del enfoque sociocultural, Lev Semionovich Vygotsky.

Por otro lado, para Vygotsky, quien nació el 5 de noviembre de 1896 en Rusia, y que en 1926 realizó su publicación de psicología pedagógica en base al estudio de niños con problemas de aprendizaje (Kozulin, 1999); el aprendizaje infantil se da de modo grupal, el aprendizaje del lenguaje no es principalmente por herencia, sino que este se va desarrollando por interacción social, principalmente con los adultos (Ivic, 1999). Con relación a la teoría de Piaget, Vygotsky se mostraba de acuerdo con respecto al habla egocéntrica de los niños, pero

a diferencia de Piaget, él creía que en el proceso de crecimiento no se dejaba de lado el egocentrismo, sino que el discurso deja de ser externo y el egocentrismo se presenta como un discurso interno, en pensamiento (Rubin, 1973).

1.1.4 Teoría del desarrollo psicosocial, Erik Homberger Erikson.

Erikson nació el 15 de junio de 1902 en Alemania, a los 25 años comenzó su interés por la Psicología, y conoció a Anna Freud; a ello es importante exponer la fuerte influencia que tuvieron las teorías de Freud en su desarrollo como psicólogo. En Estados Unidos realizó varios estudios psicológicos con niños en la Universidad de Harvard (Friedman, 2000).

Su teoría divide el desarrollo psicosocial en 8 estadios que van desde el nacimiento hasta la muerte, estas se pueden ver en la tabla 1 del Anexo D. Cabe señalar que en el tercer y cuarto estadio presenta la importancia del desarrollo social infantil en las edades previas a la adolescencia.

El tercer estadio se desarrolla entre los 3 y 5 años de edad, este se caracteriza por un mayor interés en la relación con sus pares, según el autor, el niño se encuentra en la etapa culpa vs iniciativa. En el cuarto estadio se plantea la etapa de laboriosidad vs inferioridad, que se da entre los 6 a 12 años de edad donde el niño se compara con sus pares y puede percibirse en una posición cómoda en interacciones sociales o puede sentirse inseguro frente a otras personas. Elkind (1970) manifiesta que a medida que el niño experimenta fracasos consecutivos en sus esfuerzos académicos refuerza un sentimiento de inferioridad.

1.2 Ansiedad infantil.

En el DSM 5 uno de los criterios de TAS es que el análisis está dirigido a la interacción social, en el cual se presentan factores que están enfocados a la población infantil en específico. En el criterio “A” se encuentra la conducta de miedo o ansiedad, no solo en la interacción con adultos, sino también con otras personas de su edad. El criterio “C” habla sobre el miedo que provocan los eventos sociales que, a diferencia del anterior criterio, no implican interacción social; ante ello el niño puede reaccionar por medio de rabietas, llanto, quedarse paralizado, aferrarse a alguien a quien tenga confianza o no interactuar del todo en el evento (American Psychiatric Association, 2014, pág. 132).

Es importante resaltar que las características del criterio “C” que son dirigidas exclusivamente a niños en el diagnóstico de TAS, son muy similares a las del criterio “A” dirigidas a niños en cuanto a una Fobia Específica; de esto se puede dar importancia al parecido entre ambos criterios de los distintos trastornos, en donde la única diferencia es la dificultad para hablar con otras personas, lo cual se da en ansiedad social infantil (American Psychiatric Association, 2014, pág. 131). Los demás criterios están dirigidos a cualquier población independientemente del grupo de edad, estos serán revisados cuando se aborde la investigación dirigida a TAS.

Otro factor que es importante resaltar es que las especificaciones exclusivas a poblaciones infantiles se refieren a Ansiedad por Separación, Fobias Específicas, Ansiedad Social, y Ansiedad Generalizada (American Psychiatric Association, 2014, págs. 129-137). A diferencia de otros tipos de ansiedad, en TAS el niño tiende a evitar situaciones sociales, las cuales se dan principalmente por el miedo a cómo puede llegar a ser percibido por otros, el

núcleo del síntoma de TAS es la expectativa de ser evaluado negativamente por los demás (Schwab & Schienle, 2017).

1.3 Terapia a niños como medida preventiva.

Los desórdenes de ansiedad son uno de los tipos más comunes de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, y se predice un incremento proporcional de la ansiedad y de los desórdenes depresivos en la adultez (Kujawa, MacNamara, Fitzgerald, Monk, & Phan, 2015). Según Daniela Schwab y Anne Schienle (2017) en su estudio sobre las expresiones faciales en el TAS se presentan síntomas a temprana edad, alrededor de los 8 a 15 años. Debido a los síntomas presentados en el criterio de diagnóstico de TAS para niños, se han podido observar comportamientos de distanciamiento social hasta el punto de tener un mal rendimiento académico e incluso dejar los estudios (Schwab & Schienle, 2017).

Cuando el niño comienza a percibir su entorno como una situación considerada como desafiante y tiende a retraerse de sus compañeros, o de cualquier actividad que implique interacción social por la ansiedad que le produce, es muy probable que no solo se limite a la falta de interacción por miedo o ansiedad, sino puede que incluso no sepa cómo retomar una conducta social por el periodo que se mantuvo apartado; esto, si se da el caso de que llegue a perder el temor a interactuar. Un elemento clave es la inclusión del entrenamiento de habilidades sociales, basándose en la hipótesis de que la gente que presenta ansiedad social manifiesta carencia en habilidades sociales (Scaini, 2016). Al enfocar la terapia al niño y su modo de percibir su realidad en relación con su entorno, no solamente se realiza el análisis de diversas situaciones sociales que se pueden dar principalmente con sus compañeros, sino que también se dirige al manejo de futuras interacciones sociales. Cuando se relaciona la ansiedad

y las dificultades de interacción social, se puede encontrar que existe una correlación independientemente del tipo de ansiedad que la persona presente (Beidel, Rao , Scharfstein, & Wong, 2010).

En el periodo de la niñez como en la adolescencia se pueden presentar síntomas de ansiedad que se podrían arraigar cuando la persona llegue a la adultez. (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009). El llegar a diagnosticar correctamente a un niño que presenta síntomas de ansiedad es un tema que se debe manejar con cuidado y mucho análisis, dada la naturaleza de transición que tiene el niño y la dificultad para expresarse en algunos casos.

Otro reto en la evaluación de los miedos de los niños y la ansiedad, es que los niños de menores edades pueden tener dificultad en comunicar cogniciones, emociones y evitación, tanto como asociar la angustia y discapacidades, para el diagnosticador porque ellos pueden carecer de capacidades cognitivas usadas para comunicar información vital para la aplicación del sistema de clasificación de diagnóstico. (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009)

Dado que el niño puede tener dificultad para expresarse, entender y asimilar sus propias emociones, es importante que se maneje un ambiente donde tenga el espacio para explorarlos y que pueda visualizarse en relación con su entorno. Por otro lado, también pueden realizarse actividades grupales para que haya mayor integración con los compañeros, ya que uno de los causantes de la ansiedad en niños es el miedo al rechazo.

2. Trastorno de Ansiedad Social

2.1 Historia del trastorno de ansiedad.

2.1.1 Recorrido etimológico y conceptual de ansiedad.

Según Mercede Sarudiansky en “Ansiedad, angustia y neurosis”, el término “ansiedad” es considerado como ambiguo y complejo. La etimología refiere que “ansiedad” proviene de la raíz indoeuropea “angh”, que se deriva en latín como “anxietas” y también en “ango” (angustia). Berrios (2008) expone que la conducta ansiosa se presenta en varios puntos históricos en distintas fuentes bibliográficas, como en el caso de la medicina occidental, que lo presentaba como un estado de angustia que se da en el transcurso de algunas enfermedades físicas. Hipócrates menciona la ansiedad en sus análisis escritos sobre la enfermedad, la define como una de las características que se presenta dentro del malestar. En la introducción sobre el estudio de la ansiedad mórbida de Ey (2008), lo presenta como una reacción afectiva general (Sarudiansky, 2013, pág. 19).

En la rama evolutiva, la ansiedad está directamente ligada con el miedo como parte de los mecanismos de defensa. Cannon (1927) lo describe dentro de las reacciones del miedo por medio del comportamiento que él define como ataque o huida, “fight or flight” (Handler, 2008). A nivel psicológico se asocia al miedo con la inquietud o nerviosismo, Freud separa la angustia (en alemán no hay distinción entre ansiedad y angustia), del miedo y el terror, porque en los primero dos se refieren a la anticipación al peligro, mientras que el terror se dirige a la intensidad de la reacción. La psicología define la ansiedad como “*aumento de la tensión del organismo, ocasionado por la activación —psíquica y/o biológica— frente a la presencia de un peligro (real, imaginado o anticipado)*” (Sarudiansky, 2013, pág. 23). Las anteriores

definiciones muestran que el enfoque principal de la persona con TAS no se dirige en la mayoría de los casos a la actitud que toma como reacción a un suceso, sino que la persona se rige a la posibilidad de un suceso, y siente la necesidad de preparación como prevención de aquello que le causa ansiedad, demostrándolo en comportamientos temerosos y de evitación.

Freud hacía referencia a la angustia (o ansiedad) con características como irritabilidad, expectativa angustiada, ataques de angustia, perturbación de la actividad cardíaca y de respiración, entre otras (Freud, 1999). Ey (2008) definía a la ansiedad como un modo de organización catastrófica en relación con el peligro, que puede ser incluso imaginario; en la descripción se debe tomar en cuenta la posible exageración de la visión pesimista, la anticipación que un futuro en el que se espera algún mal y el sentimiento de una existencia agónica.

Según el modelo cognitivo se postula que el miedo que presenta la persona por asumir que es evaluada negativamente es la causa y el núcleo del TAS (Kisilcik, 2015, pág. 64). Moscovitch argumenta que el TAS no debería ser generalizado, sino que debe ser dirigido a la percepción específica de cada individuo, con relación a las habilidades sociales y del comportamiento, a la apariencia física, al carácter y a la posibilidad de que otros perciban su ansiedad. Estos factores fueron medidos en la Escala de Auto-Representación “Negative Self-Portrayal Scale” (NSPS, 2011), donde la preocupación dirigida a la competencia social, la apariencia física y el mostrar signos de ansiedad eran altamente correlacionadas ($r=.59-.77$), por lo que son los tres factores de análisis que son respaldados en la escala. A pesar de ello Heimberg critica esta escala (NSPS) argumentando que no es del todo empírica y no muestra información única sobre los aspectos de TAS. Más adelante Kisilcik, en el 2015, llevó a cabo

un estudio mediante el cual demostró que la reconceptualización de Moscovitch es correcta (Kisilcik, 2015, págs. 65-70).

2.2 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM.

El DSM tiene como fin clasificar los trastornos mentales para el estudio, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Fue publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013 se publica el DSM-5 conocida como la quinta edición.

2.2.1 Cambios en las versiones del DSM.

TAS fue presentado por primera vez en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, donde lo define como un miedo constante a hacer algo que sea embarazoso (Kisilcik, 2015). En el DSM 5 uno de los cambios que realizó fue la variación de Fobia Social a TAS con una definición más específica y dirigida a un comportamiento. Es uno de los desórdenes mentales que presenta alta prevalencia (será presentado más adelante).

Como se puede ver en la tabla 2 del Anexo D, se han realizado varios cambios entre DSM 4 al DSM 5, comenzando por el reemplazo del término Fobia Social por Trastorno de Ansiedad Social (TAS), como una medida para enfatizar la causa del miedo o evitación en la persona. En dicho cambio se extendió la cantidad de situaciones que pueden causar ansiedad, y el rango de los individuos con los cuales el niño o adolescente puedan sentirla; es decir, ya no se describe únicamente en relación a personas desconocida sino que se amplía a personas conocidas. Adicionalmente se cambió el especificador, éste pasó de ser “Generalizada” a “Solo por ejecución” y “Mutismo selectivo”, dado que el modo generalizado ha pasado a ser

normativo. Otro de los cambios que se pueden encontrar, es el tiempo requerido para diagnosticar, ahora implica un mínimo de 6 meses y se ha extendido a todas las edades, lo que anteriormente era especificado solo a personas menores de 18 años. (Mohr & Schneider, 2013, pág. S19)

2.2.2 Trastorno según el DSM-5.

Cuando se considera un trastorno, se deben tomar en cuenta tres factores, los cuales son comportamiento, estado cognitivo y regulación de emociones; si es que al menos uno presenta algún tipo de alteración, puede ser considerado como una disfunción; los procesos pueden estar alterados a nivel psicológico, biológico y de desarrollo. Un trastorno suele ir asociado con alguna dificultad en el ámbito social, laboral u otras otras actividades; también puede estar ligado con el estrés, que puede ser una respuesta esperada y aceptable culturalmente, como en el caso del luto, pero en otras ocasiones puede estar fuera del rango de normalidad si se presenta con relación a lo político, religioso, sexual u otra área de conflicto. Es importante resaltar que el comportamiento puede ser considerado anormal si, por ejemplo, el sujeto presenta una alta reactividad ante un estímulo que usualmente no causa dicha reacción. (American Psychiatric Association, 2014, págs. 4-5).

Se debe tomar en cuenta que, si la persona presenta algunos criterios de diagnóstico, no significa necesariamente que deba recibir una intervención psicológica, sino que se deben tomar varias consideraciones desde el punto de vista clínico para analizar la gravedad de los síntomas y definir si la persona debe o no ser tratada. Por otro lado, si la persona no presenta todos los síntomas para el diagnóstico, no significa que no deba tener la asistencia necesaria

para contribuir en la normalización del comportamiento o percepción de la persona (American Psychiatric Association, 2014, pág. 5).

2.3 Criterio de diagnóstico.

Una de las consideraciones a las cuales se debe dedicar especial atención en el tratamiento psicológico de una persona es que el diagnóstico debe ser dado por una persona con un perfil profesional que tenga conocimiento del tipo de trastorno y tenga las bases clínicas para definir si la persona necesita tener una intervención psicológica o de otro tipo. *“Una vez hecha la evaluación de los criterios diagnósticos, será el médico quien decida sobre la aplicación de los subtipos y/o especificadores del trastorno que considere apropiado.”* (American Psychiatric Association, 2014, pág. 7). Tomando en cuenta la facilidad con la que cualquier individuo puede acceder al DSM, de cualquier edición, es muy importante asegurar que una persona no sea diagnosticada por quien no tenga la experiencia y conocimiento requerido ya que podría recibir un diagnóstico inadecuado. *“Se necesita formación clínica para decidir cuándo la combinación de factores predisponentes, desencadenantes, perpetuadores y protectores, ha dado lugar a una afección psicopatológica cuyos signos y síntomas rebasan los límites de la normalidad”* (American Psychiatric Association, 2014, págs. 3-4).

En el DSM-5 se encuentra el TAS en la sección de Trastorno de Ansiedad como Trastornos de Ansiedad Social (Fobia Social), 300.23 (F40.10), y en este se presentan 10 criterios para el diagnóstico, que se pueden encontrar en la tabla 3 del Anexo D. En el criterio “A” de diagnóstico de TAS, el término de “posible examen” es una implementación agregada

para exponer el miedo a la interacción social por creer que puede ser juzgado por otros, como el temor central que se presenta en TAS (Mohr & Schneider, 2013).

2.4 Medidas de diagnóstico.

El enfoque y preocupación del DSM siempre ha sido el “diagnóstico”, por parte de un experto clínico que defina si se presenta algún trastorno en una persona en particular (Kraemer, 2007). El objetivo del DSM no es necesariamente el decidir que es lo “normal” o “anormal”, si algo es aceptable o no en la sociedad, si es necesario medicar a las personas que presenten algunas características del diagnóstico, o dirigir a una persona al psiquiatra antes de ir a un psicólogo, sociólogo u otra persona que provea otro tipo de ayuda mental (Kirk & Kutchins, 1992).

Uno de los factores que pueden ser perjudiciales en el uso del DSM es la sobre-diagnosticación, por parte del público en general dado que puede ser encontrado en medios virtuales y vendido al público. También se puede generar una sobre-diagnosticación por parte de las empresas farmacéuticas que, a pesar de no presentar un avance en desarrollar nuevos y mejorados medicamentos, aun así, mantienen un mercado cautivo en base a un producto desarrollado por un grupo de asociados profesionales encargados de la investigación y en base a eso dirigen el producto a al mercado (Frances & Widiger, 2012, pág. 116).

2.5 Comorbilidad y prevalencia de la ansiedad.

Según Aaron Beck (2013) en su libro *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*, cuando una persona presenta un tipo de ansiedad, puede aumentar significativamente la probabilidad de tener otros trastornos de ansiedad (pg.31). La comorbilidad puede ser de 27% hasta 62%, donde el Trastorno de Ansiedad Generalizada llega a ser el factor secundario más

común. También explica que los trastornos de ansiedad llegan a ser los más frecuentes de los problemas psicológicos, lo cual fue demostrado por un estudio realizado por la OMS en el 2004, presentando una prevalencia de 2,4% en China y 18,2% en Estados Unidos (Beck, 2013). Dada la frecuencia con la que se presenta en la población y la facilidad con la que puede llegar a abarcar otros trastornos en el transcurso del tiempo, es preferible llevar a cabo una intervención preventiva en las edades previamente expuestas.

2.6 Diferencia entre TAS y TFS.

El Trastorno de Fobia Social (TFS) es caracterizado por la marcada timidez social que causa evitación y angustia, en la cual la persona presenta dificultades para mantener una conversación y una evidente expectativa de fracaso (Beidel, Rao, Scharfstein, & Wong, 2010). Esta medida de comportamiento se relaciona con los grupos sociales en los que se maneja la persona, es probable que la evitación se convierta en un hábito, lo cual puede reforzar el pensamiento que tiene el sujeto sobre su entorno. Este trastorno puede llevar a futuros problemas de interacción social, como a mantener un limitado grupo de círculo de amistades y de familia según el modo que se relacione con la gente; a medida que la persona mantenga la actitud de evitación puede tomar actitudes de riesgo como por ejemplo conductas agresivas e incluso llegar a desarrollar un abuso de sustancias (Bruch, Fallon, & Heimberg, 2003).

3. Psicodrama

3.1 Psicodrama como modo de psicoterapia y su precursor Jacob Levy Moreno.

Nació el 18 de mayo de 1889 en Rumanía, cuando era joven se dedicó a estudiar medicina, matemáticas, filosofía y teatro. No estuvo de acuerdo con las teorías de Freud, su interés estaba más dirigido a las terapias grupales. Implementó el Psicodrama como un trabajo experimental que realizó mayormente con niños, junto con el sociodrama y la psicoterapia grupal en 1925. Se dedicó a trabajar en la Universidad de Columbia y en la Nueva Escuela de Investigaciones Sociales (Bezanilla & Miranda, 2012).

En 1932 Moreno convierte el término Psicoterapia de Grupo en algo reconocido, siendo el impulsor de su desarrollo, también formó parte de la fundación ASGPP (“American Society of GroupPsychotherapy and Psychodrama” - Sociedad Americana de Psicoterapia Grupal y Psicodrama), y se dedicó a difundir el Psicodrama en el ámbito internacional con su esposa Zerka Toeman (Fundación Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual, 2013).

Uno de los conceptos que tenía Moreno con respecto al Psicodrama era que es difícil verse a uno mismo de tal modo que se pueda crear un análisis concreto, *“pero que éste puede ser observado de forma indirecta por medio de “(...)los roles con que se manifiesta(...)”... y conforma la red de roles a través de la cual interactúan las personas”* (Bezanilla & Miranda, 2012, pág. 153). Esto es considerado uno de los pilares principales del Psicodrama.

3.2 Historia del psicodrama.

El Psicodrama viene del término griego “psyche” que se refiere al alma, y “drama” que significa acción, por lo que Psicodrama en una traducción directa es la presentación del alma en acción (Kedem-Tahar, 1996, pág. 28). Una de las primeras referencias que expone Moreno sobre el Psicodrama es su asociación con la catarsis, dado que el concepto fue dado por Aristóteles para explicar el efecto particular que tenían los dramas griegos en los espectadores. Entre los poemas de Aristóteles también se podía ver cómo se enfocaba en la tendencia purificadora que creaban las actuaciones en los espectadores, esto se producía por la activación artística de ciertas emociones de un modo de alivio homeopático (Moreno, *Mental Catharsis and the Psychodrama*, 1940).

Debido a que en la antigua Grecia se adoraban a distintas deidades que formaban gran parte de las narraciones, cada dios era representante de todo aquello que era percibido por el hombre. La actuación y el drama eran parte de las representaciones de Dionicio, el dios del vino, a quien se le celebraba periódicamente pero principalmente a fines de marzo. Era una de las tradiciones más antiguas de Atenas, que se celebraba con cantos, bailes, actuaciones de comedias y dramas. El hecho de ponerse la máscara para representar a Dionisio implicaba la renuncia a la identidad para representar al dios, así la persona podía llegar al éxtasis (otro de los símbolos de Dionisio), dado que “stasis” (“staying” en inglés) significa quedarse y en este caso éxtasis implica asumir el rol de otra persona (Drakulić, 2014, pág. 12).

El concepto de catarsis ha pasado por cambios desde que en Viena se realizó el Psicodrama sistémico en 1920, del cual Moreno presentó una nueva definición. El Psicodrama produce un efecto curativo no dirigido al espectador, que en este caso sería llamado catarsis

secundaria, sino que produce el efecto curativo en el actor y en el productor/director, que produce la dramatización (Moreno, *Mental Catharsis and the Psychodrama*, 1940, pág. 209). Más adelante, el Psicodrama llega a ser adaptado por distintos terapeutas reconocidos, como en el caso de la Terapia Gestalt, Perls acoge el Psicodrama en la técnica del monodrama y la silla vacía (Davies, 1976, pág. 202).

Este concepto de catarsis, según Moreno, no tiene relación alguna con el uso del término que expresaba Freud, cuando usaba el tratamiento hipnótico en pacientes con diagnóstico de histeria y que se refería a este como proceso catártico. Igualmente, Freud más adelante reemplazó la hipnosis por la asociación libre de ideas, donde dejó el proceso catártico en el que el paciente descargaba sus memorias en el estado hipnótico (Moreno, *Mental Catharsis and the Psychodrama*, 1940, pág. 227).

El Psicodrama es un modo de Psicoterapia que fue impulsada por Moreno, debido a su interés en el teatro, y solía llamarlo Psicoterapia Profunda de Grupo. "*El psicodrama pone al paciente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Es tanto un método de diagnóstico como de tratamiento.*" (Moreno, *Psychodrama and group psychotherapy*, 1946). A esta perspectiva de Moreno se puede relacionar con el tiempo previo a su viaje a Nueva York, cuando formaba parte del Teatro de la Espontaneidad en Viena. En este teatro una actriz llamada Bárbara se casó con George un escritor de las obras, que era amigo cercano de Moreno, a quien de modo confidencial le comentó de la hostilidad y actitud de molestia de su esposa. En referencia a la situación por la que pasaba la pareja, a Moreno se le ocurrió la idea de pedir a Bárbara que interprete personajes agresivos, como por ejemplo a criminales, Bárbara mostraba gran afinidad para esos roles, y

con el tiempo interpretando a los personajes elegidos por Moreno, ella se volvía más razonable y tranquila en su relación (Davies, 1976, pág. 202).

3.3 El fin de la intervención con psicodrama.

Claramente el fin original del Psicodrama es que a partir de las relaciones que se crean dentro del área esencial, la persona pueda llegar a una autoevaluación por medio de la interacción grupal.

Aunque el psicodrama es usado habitualmente en un contexto grupal y puede ser un método muy útil para catalizar el proceso grupal (y, a su vez, ser catalizado por la dinámica grupal), no debe ser considerado como una forma de terapia específicamente grupal. (Fundación Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual, 2013)

Según el tipo de edad se pueden realizar varias actividades psicodramática. Por ejemplo, en el caso de un grupo de niños se puede hacer una práctica grupal en la cual cada niño debe ocupar el rol de uno de sus compañeros, a través de esto se puede comprender a la otra persona porque se puede ver qué idea tiene de la personas a la cual está representado. (Baakman, 2002, pág. 15).

3.3.1 ¿Qué es un rol?

“En el concepto Griego el proceso de realización de un rol se lleva a cabo por medio de objetos o personas que se representan simbólicamente en el escenario”. (Moreno, Mental Catharsis and the Psychodrama, 1940, pág. 227)

Se puede dar la inversión de roles, donde dos personas intercambian su rol en la actuación. Esta técnica es considerada como uno de los métodos en interpretación de roles terapéuticos más efectivo. Su importancia no se da únicamente como un medio para socializar con otros, sino que también tiene un efecto en el modo de autointegración en la persona (Kellermann, 1994).

3.3.2 Técnica de la tienda mágica.

La técnica de la tienda mágica (“*Magic Shop*”) se realiza con un director, quien es la persona encargada de la venta y una persona que va a comprar en la tienda. En esta tienda la persona va a comprar cualidades y características que siente que carece. Para iniciar este proceso la persona debe preguntarse quién es (autoimagen), que es lo que quiere ser o convertirse (yo ideal), cómo son los demás según esa persona (imagen alterna), como deberían ser los demás (ideal alterno), como los demás lo perciben (yo externo) y como los demás deberían percibirlo (ideal del yo externo). Dependiendo del interés de la persona en la compra, esta va a presentarse de modo más abierto con respecto a su autoimagen y preferencia de cómo llegar a ser según lo que elija (Verhofstadt-Deneve, 2000, págs. 3-4).

3.3.3 Psicodrama y sociodrama.

El Psicodrama y el Sociodrama son métodos para colocar en palabras en acciones y explorar las emociones de las personas más allá de la comunicación; a través de estas herramientas se puede revelar actitudes y emociones que pueden estar ocultas en la persona (Baile, 2012, pág. 1009). Como ya se ha mencionado anteriormente el Psicodrama se presenta como una intervención terapéutica para ayudar en un modo individual a entender distintas emociones. Por otro lado, el Sociodrama tiene una función educacional donde el grupo explora

retos profesionales de cada miembro por medio de la interacción de supuestos eventos que se dan, por ejemplo, como dar malas noticias. (Baile, 2012, pág. 1006)

3.3.4 Psicodrama y dramaterapia.

Considerando que tanto el Psicodrama como la Dramaterapia tienen una base similar de actuación, y llegan a tener grandes factores similares, es importante no confundirlas entre sí. Tomando en cuenta que ambas herramientas se basan en impulsar la expresión de la persona, el Psicodrama tiende a ser más estructurado; así, se puede encontrar un protagonista (paciente) y un guía o director (terapeuta). Por otro lado, la Dramaterapia presenta un enfoque marcado en la espontaneidad, experimentación y cambio, por lo que es difícil presentar una definición concreta. Actualmente la Dramaterapia se ha vuelto sistemática, para procurar un mayor cuidado al llegar a los problemas emocionales. Por tanto se puede concluir que la base del Psicodrama es la acción del alma, mientras que la Dramaterapia tiene la visión de que el alma es el medio de la expresión (Kedem-Tahar, 1996, págs. 28-29).

3.3.5 Análisis del psicodrama en la psicodinámica.

A pesar de las cualidades que presenta el Psicodrama y las técnicas de interacción que permiten una expresión más clara de cada individuo para llegar al autoentendimiento a través de las emociones, el Psicodrama no llega a ser reconocido como una técnica terapéutica que pueda ser adoptada en terapia; esto se debe a que en el Psicodrama se necesita que se lleve una guía adecuada que evite que la persona libere emociones que no sabe cómo trabajar correctamente en el tiempo otorgado. El Psicodrama es un tratamiento directivo dado que el terapeuta maneja la estructura de la situación, pero el control de las emociones que salen a la superficie espontáneamente son expresadas por el paciente, que en este caso es el protagonista.

En el caso de pacientes con ansiedad, se ha visto que se pueden demorar más tiempo en prepararse para actuar, o en el momento de la actuación se vuelven más tensos al actuar con otra persona, en estos casos es recomendable que el paciente con ansiedad pueda actuar otro rol que no sea el suyo (Davies, 1976, págs. 204-205).

3.4 Terapia con niños.

Uno de los factores fundamentales a considerar es la dificultad que implica aplicar con niños los métodos y técnicas que fueron diseñados originalmente para adultos. *“La actuación es un estado normal de expresión del niño, que refleja lo consciente e inconsciente, tanto a nivel funcional como conflictivo”* (Boulanger, 1965, pág. 427). En el caso de la expresión de los conflictos se presenta tanto el enojo como los miedos que el niño pueda tener, el niño tiene la oportunidad de enfrentar los sucesos a través de la actuación simbólica. *“El psicodrama ofrece la posibilidad única de llegar a las necesidades terapéuticas del niño en la etapa de latencia usando la dramatización simbólica de sus conflictos”* (Boulanger, 1965). Para poder mantener la actuación terapéutica con el niño, es necesario que el proceso no sea estrictamente sistemático, según dice Melanie Klein. En el artículo sobre Psicodrama analítico grupal en niños, de Boulanger, se presenta interés en grupos de la etapa latente, que se muestra entre los 6 a 12 años según Freud, como ya se ha expuesto anteriormente. En este artículo se menciona que los niños no recurren a las palabras y conceptos únicamente, sino también a acciones, emociones y a su vida social; todos ellos, factores representativos de la vida de un niño (Boulanger, 1965).

3.5 Fases del psicodrama.

Como se ha mencionado anteriormente, el Psicodrama es una técnica estructurada, debido a que el proceso que maneja la persona en su autoexploración lleva a enfrentamientos emocionales que se presentan de modo espontáneo; para ello cada fase en el proceso se encarga de preparar a la persona y proveer el espacio de entendimiento. Las fases son las siguientes: a) el calentamiento donde la persona inicia la preparación física para el trabajo que realizará; b) la escenificación que es la creación del espacio escénico, que puede ser tanto actuado como dramatizado por medio de muñecos; c) se realiza la dramatización, que es el momento en el que la persona vivencia el suceso o conflicto dado; d) el momento de catarsis de integración es el momento de despejar y tomar en consideración las emociones que fueron expuestas; e) el insight dramático, que en este caso significa la retroalimentación que se da a partir de la dramatización y de se realiza por medio de la asimilación de las emociones espontáneas; f) la fase de rematrización (“*La rematrización es el producto del entrelazamiento de los procesos anteriores, que permiten la resignificación vivencial e intelectual*” (Quijada & Torres, 2007, pág. 15)), donde la persona puede volver a darle significado a aquello que fue vivenciado; g) por último en el “*sharing*” (compartir), la persona llega al cierre terapéutico (Quijada & Torres, 2007, págs. 14-15).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

En la presente investigación se ha propuesto una metodología de investigación longitudinal de cohorte con aplicación del método cualitativo, que también es conocido como investigación interpretativa. Este se basa en la recolección de datos no numérica ni estandarizada, dirigida a la observación, el análisis y la descripción. Este tipo de investigación va de lo particular a lo general, lo que implica que realiza la investigación a partir de cada participante y los resultados de todos los datos son expuestos en la conclusión (Baptista, Fernández, & Hernández, 2010). Por otro lado, se eligió este método debido a que no hace diferencia en relación al género de los participantes, y se basa en la comprensión de las experiencias que, durante el proceso del estudio se analizará a partir de las observaciones (Monroy & Hernández Pina, 2014).

Considerando la pregunta planteada en este trabajo de titulación se utilizará la metodología cualitativa como medida de observación, lo que aporta a esta investigación dado que en el proceso que se llevan a cabo las terapias se pueden presentar factores externos que pueden influenciar al individuo en el curso de este (Baptista, Fernández, & Hernández, 2010). *“La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos). También resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades”* (Baptista, Fernández, & Hernández, 2010, pág. 9).

Participantes

El número de participantes sugerido para la implementación de este estudio es de 30 niños entre los 6 y 12 años que cumplan con la mayoría de los criterios de diagnóstico de las características específicas de TAS (7 de los 10 criterios de diagnóstico según el DSM-5) . Los individuos que no cumplan con el mínimo del criterio de diagnóstico, como el retraimiento social o comportamiento no acorde a la interacción social según su edad, pero fueron seleccionados por rasgos de timidez o problemas de atención en clase, deberían ser descartados como sujetos de la investigación.

Herramientas de Investigación Utilizadas

Dado que la investigación tendría un grupo de estudio determinado, originalmente se consideraría el uso de una encuesta para que sea respondida por los niños (Self-Report of Personality, SRP), por los padres (Parent Rating Scale, PRS) y por los profesores del niño (Teacher Rating Scale, TRS). A su vez, se deberá considerar la edad de los niños en función al método correcto para desarrollarlo según su nivel académico.

Por ello, se ha descartado la encuesta y se ha presentado más interés en la aplicación de escalas de ansiedad, de las cuales se pueden encontrar versiones válidas en español. Estas serían aplicadas a los padres de los niños que están en el estudio, para que respondan según su percepción del comportamiento del niño, igualmente se pedirá lo mismo a los profesores. Los cuestionarios que serían llenados por los padres (PRS) y profesores (TRS), se pueden encontrar en el Anexo C, estos cuestionarios son las escalas “*Liebowitz Social Anxiety Scale*” (LSAS) y “*Social Anxiety and Distress Scale*” (SADS) (Bobes, 1999), también se va a aplicar la escala “*Behavior Assessment System for Children*”, (BASC2-P).

Los cuestionarios que serían llenados por los niños (SRP) son “*Behavior Assessment System for Children*” (BASC-2s), y “*The Child Behavior Checklist*” (CBCL) deberían ser adaptados al país, en el caso de no contar con los estudios suficientes, se podría administrar el cuestionario realizado para Colombia (Ockham, pág. 15).

Otro método de medición que se sugiere sea administrado en el estudio, es la observación que se daría en el transcurso de las sesiones de terapia. En este caso se anotarían los personajes que los niños elijan interpretar en terapia y el proceso de crecimiento por medio de la historia sería narrado conjunto a la actuación mediante el uso de muñecos.

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos

El estudio se presentará a 4 instituciones en la zona de Cumbayá, de la ciudad de Quito, por medio de una carta de invitación, que se encuentra en el Anexo A. De cada institución se seleccionarán 10 estudiantes como participantes del estudio, cuya participación deberá ser aprobada por la institución. La medida de selección de los participantes se realizará en base a la referencia del psicólogo de cada institución. Los requisitos que debería tener el niño para formar parte del estudio es el comportamiento retraído o no acorde al modo de interacción de sus compañeros, entre otras características del criterio de diagnóstico de TAS, que se puede encontrar en el Anexo D. A partir de la evaluación que se realizará a cada niño que será sugerido por las instituciones para este estudio, se procederá a verificar que cumplan con la mayoría de las características de diagnóstico según el DSM-5, como se ha mencionado previamente.

Consideraciones Éticas

El requisito del consentimiento puede ser cancelado si el niño no tiene completo conocimiento de su función en el estudio (US. Federal Regulations), o si el niño quiere salir del estudio voluntariamente. Si es que el representante legal señala las consideraciones para que el niño deba quedarse en terapia a pesar de éste no desee continuar con el estudio, se pondrá bajo consideración del tutor de la tesis mediante una reunión entre el tutor juntamente con el niño, el representante legal y el estudiante a cargo de la tesis. Según el libro “Decoding the Ethic Code: A Practical Guide for Psychologists” de código de ética se presenta que si el niño no está de acuerdo con continuar el estudio, el representante legal tiene la última palabra en el hecho de si continua o no, “*En esta última condición, el permiso del tutor anula la disidencia infantil para participar*” (Fisher, 2013). Por ello, considero importante que se tome la opinión del niño ante el estudio juntamente con el tutor de tesis antes de continuar con el estudio (Masty & Fisher, 2008, págs. 139-160). Es importante considerar la responsabilidad del representante legal y su capacidad para tomar decisiones por el niño.

Para que el estudio pueda comenzar a involucrar a los sujetos que participarán en la investigación se requiere de la aprobación de las las instituciones educativas a las que asistan los niños y de la firma del consentimiento informado de los padres. Se les explicará el proceso de los cuestionarios y las terapias que se dará en el periodo de dos meses y una semana y se va a pedir a los padres de familia que firmen el Formulario de Consentimiento Informado que se encuentra en el Anexo B, en el cual se explica el fin académico del estudio, aceptando que la participación es voluntaria y que pueden salir del estudio en cualquier momento del proceso.

En el formulario también están aceptando, como representantes legales, la participación de sus hijos. El consentimiento presenta los datos de las personas que se podrían contactar si se presenta una posible complicación en el proceso de la investigación. En cuanto se firme el consentimiento y se entregue la copia a los padres de familia, se continuará con la aplicación de las baterías de evaluación con la explicación de la primera sesión de terapia basada en Psicodrama y los horarios establecidos durante la investigación.

RESULTADOS ESPERADOS

A lo largo de la investigación, se han planteado actividades que se han realizado dentro de varios estudios que usan el Psicodrama en poblaciones infantiles y poblaciones con ansiedad, donde en la mayoría de los casos las actividades realizadas se llevan a cabo grupalmente; para este trabajo se han tomado en cuenta estos métodos para que sean realizados de modo individual.

Una de las técnicas a implementar en el Psicodrama es el “uso del espejo”, donde el terapeuta actúa el rol del paciente, expresando verbalmente lo que se analizó previamente en la sesión terapéutica y actuando con el comportamiento del paciente. Con esto se da la imagen visual de las emociones que el paciente está expresando, pero no puede procesar con facilidad, y al actuarlo, se permite que el paciente analice las emociones que encuentra frente a él en la dramatización. *“The mirror in psychodrama offers a view of the self not previously recognized”* (Turner, 2002, pág. 32).

También se sugiere otra técnica derivada del Psicodrama conocida como “Play of life” que en español significa el juego de la vida, esta es una de las medidas para dramatizar los sucesos a través del uso de muñecos. En este caso los muñecos permiten que el niño pueda externalizar los sentimientos que tiene y dirigirlos a la figura, lo que aporta la visualización concreta del suceso. A esta técnica por medio de muñecos se la llama “mapping” que en español significa hacer un mapa de lo sucedido; de esta forma, tanto el terapeuta como el niño pueden trabajar en base a la representación. Cuando se dramatiza el suceso en tercera dimensión (por medio de los muñecos), se puede tener una visión clara de lo representado en el simbolismo dentro de la narrativa, esto se lo conoce como el modo físico de comunicación dentro Psicodrama. En este caso, cuando el niño hable de una situación conflictiva, el terapeuta le

puede pedir que lo enseñe por medio de las figuras, así, por medio del simbolismo se expresa la situación y con ello va a ser más evidente lo que deba ser analizado (Raimundo, 2002).

Dado que la población del estudio son niños con síntomas de ansiedad, se espera que el proceso para llegar a una alianza terapéutica sea más lento (Boulanger, 1965). Dentro de la técnica psicodramática “play of life” el niño podrá personalizar sus emociones en figuras externas, con las cuales no va a ser tan perceptivo con lo que expresa dentro de la dramatización y las respuestas que obtenga por medio de los personajes. Dado que el modo de interacción se da a partir de la dramatización por medio de figuras, se espera que el niño no presente inhibición cuando se exprese frente al terapeuta y así se promueva el análisis de los temas de importancia para el niño.

Como ya se ha explicado en la revisión de literatura sobre el Psicodrama, este tiene distintas fases donde la persona se prepara anteriormente a la actuación, se visualiza dentro del drama, para así formar parte de este, y en el proceso de actuación llega a un estado de catarsis, en base al cual se realice un análisis conjunto dentro de la sesión (Carrasco, 2007). Por medio de este proceso el niño puede ir integrando emociones que se dieron en la dramatización, los tipos de respuestas que se dieron por medio de las figuras y como estas pueden ser distintas a las reacciones que espera que la gente tenga; como se ha mencionado, en el caso de la ansiedad social normalmente se espera respuestas negativas por parte de las otras personas y por ello se evitan distintas actividades sociales. Cuando se realiza el análisis posterior a la actuación, se puede dar relevancia a las acciones y actitudes que se presentaron en la actuación.

A partir de las sesiones psicodramáticas el niño puede mostrar mayor apertura a la interacción con otras personas y aminorar posibles temores que en terapia pudo notar que, posiblemente, son ficticias. Así, el niño podría relacionarse con otras personas sin tener un

nivel elevado de ansiedad, e incluso sin la presencia de esta. Idealmente, si los posibles cambios son percibidos en la casa y en el colegio, se van a encontrar cambios en los resultados que se realizan en los test que se presentan a los padres y profesores.

DISCUSIÓN

En el transcurso de la investigación se pudo encontrar que hay una alta correlación entre los tres temas que se deben considerar, que en este caso son el grupo objetivo, el posible problema que podría presentar el niño, y el modo en que se pueda intervenir. Dado que en el rango de edad entre los 6 a los 12 años se inicia el interés con respecto al entorno social, este puede ser vinculado con el TAS ya que en la niñez comienzan a presentarse las características de este trastorno; a su vez el objeto de este trabajo de titulación es brindar herramientas que permitan intervenir en estos casos por medio de la terapia psicodramática.

A lo largo del proceso del estudio se podría esperar que, al implementar el Psicodrama como terapia individual para niños con TAS, también se podrían presentar cambios en el comportamiento de los niños de manera gradual ya que desde un inicio se suelen presentar problemas con el desarrollo de la alianza terapéutica con la mayoría de los niños, con indicios de ansiedad.

Se esperaría que se den cambios en más de la mitad de los participantes, principalmente por la rutina que se realicen en las sesiones de terapia, las cuales deben fomentar que el niño desarrolle confianza con respecto a lo que puede prever en futuras terapias. Al tener conocimiento de cuáles son las fases que realizarán dentro de cada sesión, se espera que el

niño pueda sentirse preparado para entrar en su rol dentro de la dramatización y continuar a partir de donde se dejó la historia en la anterior sesión.

Otro de los modos por los cuales se puedan medir los cambios en el comportamiento del niño es la observación en el desarrollo de las actuaciones de los personajes ya que se pueden mostrar más expresivos en comparación a las primeras sesiones, y en las historias podrían tomar más riesgos que al inicio del proceso terapéutico del estudio. En este caso esto implicaría, no solo que el niño pueda tener mayor confianza para explorar sus opciones en cuanto a eventos sociales por medio de la narrativa en la dramatización, sino que también muestre más confianza para expresar sus dudas en el transcurso de la terapia.

A partir del incremento de confianza que se espera que se de en la mayoría de los niños, se puede dar un enfoque más detallado a la fase de “insight” durante la dramatización y a la fase de “ sharing” al final de la narrativa. A partir de este momento se realizarán más diálogos terapéuticos con el niño y esto permitirá la implementación de la técnica del espejo en la cual se espera , una reacción de sorpresa cuando este se lleve a cabo por primera vez, dado que en ansiedad el niño tiene mas sensibilidad receptiva a expresiones faciales, como fue presentado Schwab y Schienle en su artículo “Facial emotion processing in pediatric social anxiety disorder”. En algunos casos los niños pueden interpretarlo como una broma o burla, más adelante con la repetición de la técnica se normaliza este proceso.

Los niños podrían llegar a presentar mayor indiferencia a eventos que previamente desencadenaban sentimientos como el enojo, preocupación, vergüenza, ira o miedo. A medida que se va perdiendo la intensidad de los sentimientos previamente mencionados, se generaría un espacio para que el niño pueda analizar y entender los cambios que se den en su modo de responder a eventos. Si se da el caso que en este proceso el niño se vea encaminado a un

comportamiento tanto agresivo como desinteresado en sus personajes o durante las conversaciones dentro de las sesiones, es importante intervenir por medio de dramatizaciones más directivas que exploratorias que esten enfocadas a este suceso.

Conclusiones

La implementación del Psicodrama en niños de 6 a 12 años que presenten rasgos de ansiedad social, puede presentar una alta influencia en el modo de procesar los eventos desde distintos puntos de vista y de ello permitir que el niño analice sus emociones. Dentro de las actividades que puede realizarse en el Psicodrama con niños, se podría encontrar un mayor desarrollo en cuanto la interacción, si es que las actividades se realizan grupalmente. En este caso se dio preferencia a actividades individuales tomando en consideración que en casos con ansiedad se presenta una mayor dificultad de que la persona se sienta tranquilidad de expresarse entre varias personas, principalmente si es el centro de atención del grupo. De esto se puede realizar un proceso de exposición, donde inicialmente se ejecutarán las actividades con muñecos de forma individual.

Limitaciones del Estudio

Uno de los inconvenientes a presentarse dentro del estudio podría ser que el grupo de participantes recomendados por el psicólogo de el instituto no cumplan con los criterios minimos establecidos en el DSM-5. En este caso se va a disponer a los psicólogos de las instituciones académicas una serie recomendaciones basadas en el primer artículo “Journal ANZPA” del 2002 (Baakman, 2002) que deberán ser enviadas virtualmente. Otro factor importante que podría presentar problemas en el estudio es que las escalas de medición que se

quisieron implementar no estén adaptadas al país dado que no hay suficientes estudios con relación a las poblaciones infantiles con ansiedad en el Ecuador.

Recomendaciones para Futuros Estudios

A partir de la revisión bibliográfica y el diseño de metodología se puede tomar en consideración que próximos estudios podrían basarse de modo más riguroso en las características de diagnóstico del TAS según el DSM-5, ya que se considera 7 de los 10 criterios de ansiedad en este estudio; para que, a partir de la investigación se muestre los rasgos de ansiedad del niño y como se dan cambios en el proceso del estudio. También es necesario buscar escalas de medición que tengan una duración menor a una hora para evitar que se produzca cansancio por parte del niño y todas las respuestas sean respondidas en pleno entendimiento del niño. Una vez que el estudio tenga un avance, se propone juntar a los niños en grupos pequeños, y con este proceso de exposición sea más fácil para el niño asistir a eventos sociales más adelante.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. London: Artmed Editora.
- Baakman, P. (2002). Principles of Psychodrama Training. *Australian & New Zealand Psychodrama Association Inc.*, 31-60.
- Baile, W. F. (2012). Using Sociodrama and Psychodrama To Teach Communication in End-of-Life Care. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE* , 1006-1010.
- Baptista, P., Fernández, C., & Hernández, R. (2010). *Metodología de la investigación*. DF, México: Editorial The McGraw-Hill.
- Beck, A. T. (2013). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. . *Descleé de Brouwer*, 31-224.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *The Psychiatric Clinics of North America*, 483-515.
- Beidel, D., Rao , P., Scharfstein, L., & Wong, N. (2010). Social skills and social phobia: an investigation of DSM-IV subtypes. *Behaviour Research and Therapy*, 992–1001.
- Bezanilla, J. M., & Miranda, M. A. (2012). La Socionomía y el Pensamiento de Jacobo Levy Moreno: Una Revisión Teórica. *Revista de Psicología GEPU*, 148-154.
- Bobes, J. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale. *Medicina Clinica*, 530-538.
- Boeree, C. G. (2006). Sigmund Freud 1856-1939. . *Retrieved February*.
- Borke, H. (1971). Interpersonal perception of young children: Egocentrism or empathy? *Developmental psychology*, 263.

- Boulanger, J. (1965). Group Analytic Psychodrama in Child Psychiatry. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 427-432.
- Bruch, M., Fallon, M., & Heimberg, R. (2003). Social phobia and difficulties in occupational adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 109-117.
- Carrasco, R. A. (2007). Narración y Performance: El Psicodrama ante el Trauma Psicosocial en Niños, Niñas y Adolescentes por Desastres Naturales. *Universidad de Chile* , 1-13.
- Davies, M. H. (1976). The Origins and Practice of Psychodrama. *The British Journal of Psychiatry*, 201-206.
- Diane E. Papalia, S. W. (2009). *Desarrollo Humano* (Unodecima Edicion ed.). Mexico: Mc Graw Hill.
- Drakulić, A. M. (2014). Critical Reflections for Understanding the Complexity of Psychodramatic Theory. *Psychiatria Danubina*, 12-19.
- Elkind, D. (1970). Erik Erikson's eight ages of man. . *New York Times magazine*, 81-86.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. . *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56-121.
- Erikson, E. H. (1994). Identity and the life cycle. . *WW Norton & Company*.
- Ey, H. (2008). *Estudios psiquiátricos, Vol. 1*. Buenos Aires: Polemos.
- Fisher, C. B. (2013). *Decoding the Ethic Code: A Practical Guide for Psychologists*. London: SAGE.
- Frances, A. J., & Widiger, T. (2012). Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSM-IV Past and Cautions for the DSM-5 Future. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 109-130.

- Franz, C. E. (1985). Individuation and attachment in personality development: Extending Erikson's theory. *Journal of personality*, 224-256.
- Freud, S. (1999). *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Friedman, L. J. (2000). Identity's architect: A biography of Erik H. Erikson. . *Harvard University Press*, 15-20.
- Fundación Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual. (2013). *CATREC International*. Obtenido de Conceptos Teóricos: Psicodrama: http://www.catrec.org/conceptos_psicodrama2013.html
- Gates, G. S. (1923). An experimental study of the growth of social perception. *Journal of Educational Psychology*, 449-461.
- González, M. E. (2003). El pensamiento psicológico y pedagógico de Jean Piaget. *Revista cubana de Psicología* , 45-67.
- Handler, M. &. (2008). You Can't Run, But You Can Hide: A Critical Look at the Fight or Flight Response in Psychophysiological Detection of Deception. *European Polygraph*, 193-208.
- Inglés, C. J. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Universidad Miguel Hernández de Elche*, 378-381.
- Ivic, I. (1999). Lev Semionovich Vygotsky. *UNESO: Oficina Internacional de Educación*, 773-799.
- Kedem-Tahar, E. (1996). Psychodrama and Drama Therapy: A Comparison. *Pergamon*, 27-36.

- Kellermann, P. F. (1994). Role reversal in psychodrama . *London: Routledge*, 1-14.
- Kirk, S. A., & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. Transaction Publishers.
- Kisilcik, I. N. (2015). An empirical analysis of Moscovitch's reconceptualised model of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 64-70.
- Kozulin, A. (1999). Vygotsky's psychology: A biography of ideas. *Harvard University Press*, 11-16.
- Kraemer, H. C. (2007). DSM categories and dimensons in clinical and research contexts. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, S8-S15.
- Kujawa, A., MacNamara, A., Fitzgerald, K. D., Monk, C. S., & Phan, K. L. (2015). Enhanced Neural Reactivity to Threatening Faces in Anxious Youth: Evidence from Event-Related Potentials. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1493-1501.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2014). *Child psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Masty, J., & Fisher, C. B. (2008). *A goodnes of fit approach to parent permission and child assent pedriatric intervention research*. *Ethics & Behavior*.
- Mohr, C., & Schneider, S. (2013). The Future of Child and Adolescent Psychiatry ans Psychology: The Impact of DSM5 and of Guidelines for Assessment and Treatment. *Journal of the European Society for Child ans Adolescent Psychiatry*, S18-S21.
- Monroy, F., & Hernández Pina, F. (2014). Factores que influyen en los enfoques de aprendizaje universitario. Una revisión sistemática. *Educación XXI*, 17.
- Moreno, J. L. (1940). Mental Catharsis and the Psychodrama. *Summer Sessions of the Psychodramatic Institute, Beacon Hill* (págs. 209-244). Ney York: American Sociological Association.

- Moreno, J. L. (1946). Psychodrama and group psychotherapy. *Sociometry*, 249-253.
- Ockham, G. d. (s.f.). *Catalogo de Pruebas e Instrumento*. Bogotá: Universidad de San Buenaventura.
- Piaget, J. &. (1997). *Psicología del niño*. Ediciones Morata.
- Piaget, J. (1964). Part I: Cognitive development in children. *Journal of research in science teaching*, 176-186.
- Piaget, J. (1986). Psicología evolutiva. *Editorial Paidós*, 296.
- Piqueras, J. (2008). TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. *Behavioral Psychology / Psicología Conductua*, 501-533.
- Quijada, L., & Torres, E. (2007). Psicodrama con Discapacitados: Buscando la Rehanilitación Vincular. *Centro de Estudios de Psicodrama Santiago de Chile*, 15-16.
- Raimundo, C. A. (2002). The Play of Life - A Biological View of its Impact on Behavioural Change. *ANZPA*, 48-55.
- Rubin, K. H. (1973). Egocentrism in childhood: A unitary construct? *Child Development*, 102-110.
- Sarudiansky, M. (2 de Julio de 2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 19-28. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/1339/133930525003/>
- Scaini, S. (2016). A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 105–112 .
- Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. Mexico: Manual Moderno.

- Schwab, D., & Schienle, A. (2017). Facial emotion processing in pediatric social anxiety disorder: Relevance of situational context. *Journal of Anxiety Disorders*, 40-46.
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace Revista Iberoamericana de Psicología*, 62-69.
- Turner, S. (2002). *Encountering What is Possible – The Impact of Role Development in Facing Existential Crisis*. Dunedin: ANZPA.
- Verhofstadt-Deneve, L. (2000). The “Magic Shop” Technique in Psychodrama: An Existential-Dialectical View. *Action Methods*, 3-14.
- Zavarain Cogollo, S., & Russo de Vivo, A. (2011). Programas Pares e Impares. Programa de educación psicoafectiva, basado en técnicas lúdico educativas, para niños y niñas escolarizados de 8-12 años de edad (etapa de latencia). *Universidad Cooperativa de Colombia*, 207-208.

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Estimado participante:

Usted y su hijo/a han sido invitados para ser parte de una investigación acerca la aplicación del psicodrama en niños con ansiedad social.

Como parte del estudio se realizarán observaciones, se aplicarán algunas escalas de medición, y se requerirá su asistencia a sesiones de intervención psicológica. Cabe señalar que se mantendrá el anonimato la información obtenida para los resultados finales, por lo que no se mencionaran nombres u otros datos personales. Su participación dentro del estudio es completamente voluntaria, por lo que si decide retirarse del estudio no habrá algún tipo de repercusión. Si desea formar parte del estudio puede contactarse con el investigador por medio de los datos que se pueden encontrar a continuación.

Atentamente,

El investigador.

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: **El Psicodrama aplicado en terapia con niños de 6 a 12 años con Ansiedad Social.**

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Fátima Cristina Gatica Riofrío*

Datos de localización del investigador principal *2890279/0994245600, fatima.gatica@estud.usfq.edu.ec*

Co-investigadores *No aplica*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la aplicación del psicodrama en terapia con niños porque según la referencia de su institución su hijo posee el criterio necesario para realizar la investigación.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El propósito de este estudio es ver el proceso por el que pasa el niño que presenta ansiedad, donde gradualmente disminuya el temor a eventos sociales por medio de actividades de la terapia psicodramática. Este estudio contará con 30 participantes que acudan a las instituciones William Shakespeare School, Colegio Pachamama, Colegio el Sauce y Colegio Internacional SEK Los Valles.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Al inicio se administrará dos cuestionarios a los niños, a los padres del niño y a un profesor del niño con respecto a cómo se percibe al niño. A partir de esto se continuará a realizar actividades de modo individual con el niño con el tipo de terapia de psicoterapia, donde se usarán muñecos y se crearán historias juntamente con el niño. A través del desarrollo de las historias en el transcurso de las terapias se analizarán distintas emociones que presenta el niño a sucesos que se den en la historia, de esto en cada terapia se dará un tiempo para reflexionar y asimilar las emociones que el niño está procesando. Finalmente se realizará una sesión de cierre en el que se pedirá al niño, al padre y al profesor que vuelvan a llenar el cuestionario al inicio del estudio.

<p>Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)</p>
<p>Algunos de los riesgos que se pueden presentar en el proceso del estudio es el desgano por parte del niño por continuar asistiendo, o razones externas por las que el niño no pueda seguir participando en el estudio. Dado que el estudio presenta un proceso terapéutico se van a realizar el correspondiente proceso de cierre de terapia durante las últimas dos sesiones de terapia para evitar cualquier afectación emocional del niño por la discontinuidad de las terapias. Los beneficios que se pueden dar es un proceso terapéutico en el cual pueda crearse un espacio para la exploración y entendimiento de las emociones del niño.</p>
<p>Confidencialidad de los datos (se incluyen algunos ejemplos de texto)</p>
<p>Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso. 2) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones. 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.
<p>Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)</p>
<p>Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p>
<p>Información de contacto</p>
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0994245600 que pertenece a Fátima Gatica, o envíe un correo electrónico a fatima.gatica@stud.usfq.edu.ec</p>
<p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec</p>

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado Fátima Gatica	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

1. Cuestionario de ansiedad social de Liebowitz (LSAS)
Puntuación del cuestionario:

Subtotal de ansiedad de actuación (P):	Sumar las P:		Evitación (P):			LIPANS
Subtotal de ansiedad social (S):	Sumar las S:		Evitación (S):			LISANS LISEVI
Total de ansiedad (P + S):	Sumar P + S:		Evitación (P + S):			LIANS LIEVT

Miedo o ansiedad:	Evitación:
0 = Nada de miedo o ansiedad	0 = Nunca lo evito (0%)
1 = Un poco de miedo o ansiedad	1 = En ocasiones lo evito (1-33%)
2 = Bastante miedo o ansiedad	2 = Frecuentemente lo evito (33-67%)
3 = Mucho miedo o ansiedad	3 = Habitualmente lo evito (67-100%)

Para cada cuestionario (miedo/ansiedad; evitación) se generan dos puntuaciones totales entre 0 (grado nulo de ansiedad y evitación) y 72 (grado máximo de ansiedad y evitación) puntos.

	Miedo/ansiedad	Evitación
1. Llamar por teléfono en presencia de otras personas (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Participar en grupos pequeños (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Comer en lugares públicos (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beber con otras personas en lugares públicos (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hablar con personas que tienen autoridad (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ir a una fiesta (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Trabajar mientras le están observando (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Escribir mientras le están observando (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Llamar por teléfono a alguien que usted no conoce demasiado (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hablar con personas que usted no conoce demasiado (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Conocer a gente nueva (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Orinar en servicios públicos (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Entrar en una sala cuando el resto de la gente ya está sentada (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ser el centro de atención (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Intervenir en una reunión (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hacer un examen, test o prueba (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas que usted no conoce demasiado (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Exponer un informe a un grupo (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Intentar ligarse a alguien (P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Devolver una compra a una tienda (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Dar una fiesta (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resistir la presión de un vendedor muy insistente (S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Imagen 1: Versión válida en español de Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS

(Bobes, 1999, pág. 537).

2. Cuestionario de Angustia y Ansiedad Social (SADS)

Cada ítem es contestado de forma dicotómica: verdadero (= 0) o falso (= 1). La puntuación total se obtiene de la suma de las respuestas: 0 = ausencia total de ansiedad y evitación; 28 = máximo grado de ansiedad y evitación.

Lea cada una de las siguientes afirmaciones con atención y marque verdadero o falso en la casilla correspondiente:

	0 Verdadero	1 Falso	
1. Me siento relajado/a en situaciones sociales poco familiares			SADS1
2. Intento evitar situaciones que me obligan a ser muy sociable			SADS2
3. Me resulta fácil relajarme cuando estoy con desconocidos			SADS3
4. No deseo evitar a la gente			SADS4
5. Las situaciones sociales a menudo me disgustan			SADS5
6. Suelo sentirme relajado/a y cómodo/a en las situaciones sociales			SADS6
7. Suelo sentirme cómodo/a hablando con una persona del sexo opuesto			SADS7
8. Intento evitar hablar con otras personas, a menos que las conozca bien			SADS8
9. Si tengo la oportunidad de conocer a gente nueva, suelo aprovecharla			SADS9
10. A menudo me siento nervioso/a o tenso/a en reuniones informales en las cuales hay personas de ambos sexos			SADS10
11. Suelo estar nervioso/a cuando estoy con otras personas, a menos que las conozca bien			SADS11
12. Suelo sentirme relajado/a cuando estoy con mucha gente			SADS12
13. A menudo deseo huir de la gente			SADS13
14. Suelo sentirme incómodo/a cuando estoy con un grupo de personas a las que no conozco			SADS14
15. Suelo sentirme relajado/a cuando conozco a alguien por primera vez			SADS15
16. Me pone tenso/a y nervioso/a que me presenten a otras personas			SADS16
17. Aunque una habitación esté llena de desconocidos, puedo entrar en ella			SADS17
18. Evitaría acercarme y unirme a un grupo grande de gente			SADS18
19. Cuando mis superiores quieren hablar conmigo, lo hago de buena gana			SADS19
20. A menudo me pongo nervioso/a cuando estoy con un grupo de personas			SADS20
21. Tengo tendencia a aislarme de la gente			SADS21
22. No me importa hablar con gente en fiestas o reuniones sociales			SADS22
23. Raramente me siento cómodo/a en un grupo grande de gente			SADS23
24. A menudo me invento excusas para evitar compromisos sociales			SADS24
25. A veces tomo la iniciativa de presentar a la gente			SADS25
26. Intento evitar actos sociales formales			SADS26
27. Suelo ir a cualquier compromiso social que tengo			SADS27
28. Me resulta fácil relajarme estando con otras personas			SADS28

Imagen 2: Versión válida en español del cuestionario “Social Anxiety and Distress Scale”,
SADS (Bobes, 1999, pág. 538).

ANEXO D: TABLAS DE REVISIÓN DE LITERATURA

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
I. INFANCY	Trust vs. Mistrust				Unipolarity vs. Premature Self-Differentiation			
II. EARLY CHILDHOOD		Autonomy vs. Shame, Doubt			Dipolarity vs. Autism			
III. PLAY AGE			Initiative vs. Guilt		Play Identification vs. (oedipal) Fantasy Identities			
IV. SCHOOL AGE				Industry vs. Inferiority	Work Identification vs. Identity Foreclosure			
V. ADOLESCENCE	Time Perspective vs. Time Diffusion	Self-Certainty vs. Identity Consciousness	Role Experimentation vs. Negative Identity	Anticipation of Achievement vs. Work Paralysis	Identity vs. Identity Diffusion	Sexual Identity vs. Bisexual Diffusion	Leadership Polarization vs. Authority Diffusion	Ideological Polarization vs. Diffusion of Ideals
VI. YOUNG ADULT					Solidarity vs. Social Isolation	Intimacy vs. Isolation		
VII. ADULTHOOD							Generativity vs. Self-Absorption	
VIII. MATURE AGE								Integrity vs. Disgust, Despair

FIGURE 1

Tabla 1: Etapas de desarrollo de la persona según Erikson (Erikson, The problem of ego identity. , 1956, pág. 75)

Table 1 Changes in diagnostic criteria for anxiety disorders in children and adolescents from DSM-IV to DSM-5 (American Psychiatric Association DSM-5 Development. Retrieved from <http://www.dsm5.org> on 09.09.2012)

Anxiety disorder	DSM-IV	DSM-5
Separation anxiety disorder		
Category	"Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence"	Moved to the "anxiety disorders" category
Age delimiter	Limited to childhood/adolescence ("before age 18 years")	All age groups
Duration	4 weeks	6 months or more for all age groups
Specifier	Early onset ("before age 6 years")	–
Specific phobia		
Terminology	Fear is "excessive or unreasonable"	Fear/anxiety is "out of proportion to the actual danger posed"
Duration	6 months or more for individuals under 18 years	6 months or more for all age groups
Insight	May be absent in children	–
Social anxiety disorder		
Title	Social phobia	Social anxiety disorder
Terminology	Individual fears humiliation and embarrassment in social or performance situations with unfamiliar people	Individual fears negative evaluation (e.g., being humiliated, embarrassed, or rejected) by others (either unfamiliar or familiar) in performance, interaction, or observation situations
Duration	6 months or more for individuals under 18 years	6 months or more for all age groups
Insight	May be absent in children	–
Specifier	"Generalized"	"Performance Only" "Selective Mutism"
Generalized anxiety disorder		
Specific criteria	–	Avoidance of activities/events with possible negative outcomes
	Difficulties in controlling worry	–
Symptom count	Anxiety/worry associated with three or more (out of 6) symptoms	Anxiety/worry associated with one or more (out of 2) symptoms
Duration	6 months or more	3 months or more

Tabla 2: Los cambios presentados entre las ediciones DSM-IV y DSM-5 (Mohr & Schneider, 2013).

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

300.23 (F40.10)

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Tabla 3: El criterio de diagnóstico según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).