



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MANUAL PARA EL TRATAMIENTO
DE LA FOBIA SOCIAL EN NIÑOS:
UN ALGORITMO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**MARÍA DE LOS ÁNGELES
DOMÍNGUEZ BENÍTEZ**

Directora: Dra. Laura Hernández-Guzmán

Revisora: Dra. Georgina Cárdenas López

Sinodales: Mtra. Ma. Cristina Heredia Ancona

Dra. Elda Alicia Alva Canto

Dr. Samuel Jurado Cárdenas



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias...

*... a la **Dra. Laura Hernández-Guzmán**, por su apoyo y comprensión durante este proceso. Por su disposición y dedicación para revisar esta investigación. Por compartir conmigo su experiencia y sus conocimientos sobre todo de la investigación en psicología. Por invitarme a colaborar con su equipo de trabajo. En verdad, gracias por toda la ayuda que me brindó. Mi más sincero respeto y admiración.*

*... a la **UNAM**, por fomentar en mí una formación íntegra, por permitirme conocer su patrimonio científico y cultural, por acceder a que formara parte de otra gran institución que es la **Facultad de Psicología**.*

*... a **PAPIIT**, por el financiamiento para esta investigación mediante el proyecto IN305207 "Investigación de Resultados del tratamiento de la agresividad infantil".*

*... a **mis padres y hermanos**, porque siempre me han demostrado su amor y apoyo en las decisiones que he tomado, por sus palabras de aliento cuando más las he necesitado, por los momentos de alegría que hemos compartido. Siempre unidos mi querida familia.*

*... a mi **abuelito Manuel**, por ser uno de mis dos queridos padres, por compartirme una de sus grandes pasiones, porque aunque dichosamente esta en el cielo se que me sigue cuidando.*

*... a mi **gran amiga Jen**, por aconsejarme y por alentarme a siempre tomar mis propias decisiones y lograr mis metas, por hacerme creer en mí misma, por enseñarme a disfrutar de mis logros, por vivir conmigo momentos sorprendentes y únicos, por reconfortarme en momentos desafortunados. Por la fortuna de tener su amistad sincera e incondicional.*

*... a **Ise mi linda amiga**, por compartirme sus alegrías y tristezas. Por alegrarse de mis logros y por alentarme a lograr mis objetivos. Por aceptarme tal cual y por darme lo mejor de ella.*

*... a **Lili mi querida amiga**, por su compañía y el cariño que me ha brindado, por compartir conmigo su logros y aflicciones, por su honestidad pero sobre todo por ser ella misma y valorar nuestra amistad.*

*... a **mis amigos y compañeros** del laboratorio "I," Jorge, Anel, Cristina, Marco, Violeta, Cinthia, Jonathan, por su compañía, porque juntos compartimos aprendizajes y experiencias. Por los instantes ocurrentes e inolvidables. En especial a Erika por su apoyo durante esta etapa, a Grace y Flor por haberme auxiliado en la elaboración de esta investigación.*

*... a la **Mtra. Cristina Heredia Ancona**, a la **Dra. Georgina Cárdenas López**, a la **Dra. Elda Alicia Alva Canto** y al **Dr. Samuel Jurado Cárdenas** por su disposición y colaboración para revisar esta investigación. Por su asesoría y cordialidad, gracias.*

Dedico esta tesis...

... especialmente a mi gran ángel, a ti abuelito Manuel, que de ti aprendí la perseverancia, la dedicación, el esfuerzo y tantas cosas valiosas, a ti que siempre me diste tu amor incondicional. A ti mi ángel te dedicó esto y más. Te amo, abue.

... a mi mamá, Rosy, por ser una gran madre pero sobre todo por ser mi mejor amiga, a ti mamá por tu paciencia y confianza en mí, por los desvelos que pasamos juntas, por los momentos felices que hemos compartido a lo largo de toda la vida, por aceptar mis defectos y por engrandecer mis virtudes. Te amo, mami.

... a mi papá, Esteban, por hacer el esfuerzo de proporcionarme las herramientas necesarias para mi formación personal y profesional. Por desear lo mejor para mí. Porque espero que este gran logro que he obtenido te llene de orgullo. Te amo, papá.

... a mis hermanos, Charlie y Bul, por su amor y comprensión, por sus consejos y apoyo a lo largo de toda mi vida. Por su grandiosa compañía, por sentirse orgullosos de mí. Los amo.

... a mis mejores amigas, Jen, Lili e Ise, porque aunque a veces nuestras vidas van por caminos diferentes siempre nos apoyamos, luchamos por conseguir nuestras metas y valoramos los logros de cada una. A un gran equipo que siempre estará unido. Por siempre alebrijes. Las quiero mucho.

... a mi familia Domínguez, para que se den cuenta que si yo pude lograr una meta más ustedes también, que con preparación, voluntad, esmero y constancia pueden lograr lo que se propongan. Los quiero.

ÍNDICE

I. Resumen	6
II. Introducción	7
1. Trastornos de ansiedad en la niñez	10
1.1 Desarrollo psicológico en el individuo.....	10
1.2 Definición y características de la ansiedad.....	13
1.3 Trastornos de ansiedad.....	17
2. Criterios para la elaboración de un manual psicoterapéutico	22
2.1 Técnicas cognitivas.....	29
2.2 Técnicas conductuales.....	35
2.3 Otras estrategias terapéuticas.....	51
3. Línea de investigación sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales para la ansiedad en niños	55
3.1 Tratamiento psicodinámico.....	55
3.2 Psicofarmacología.....	57
3.3 Terapia cognitivo-conductual en comparación con el tratamiento psicofarmacológico.....	59
3.4 Terapia Cognitivo-Conductual.....	60
3.5 Un tratamiento cognitivo-conductual unificado para diferentes trastornos emocionales.....	64
3.6 La participación de la familia en el tratamiento.....	66
4. Manuales cognitivo-conductuales para tratar la ansiedad infantil	71
4.1 Manuales de tratamiento para niños.....	71
4.2 Manuales de tratamiento elaborados en México para ansiedad en niños.....	81

5. Fobia Social	88
5.1 Las fobias en la infancia.....	88
5.2 Origen y relevancia de la fobia social.....	89
5.3 Concepto de fobia social y criterios de diagnóstico.....	91
5.4 El papel que desempeñan los padres.....	93
5.5 Investigación sobre los tratamientos de la fobia social infantil.....	95
6. Del algoritmo al manual de tratamiento	103
6.1 Jerarquización de situaciones o estímulos asociados con la ansiedad.....	105
6.2 Psicoeducación.....	106
6.3 Reestructuración cognitiva.....	112
6.4 Exposición.....	116
6.5 Entrenamiento en habilidades sociales.....	121
6.6 La inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas.....	122
III. Discusión y Conclusiones	125
IV. Referencias	128

I. RESUMEN

Recientemente, se sabe que la población infantil y no sólo la adulta también padece trastornos de ansiedad, por lo que los especialistas de la salud psicológica se han interesado en investigar este problema en dicha población (Hernández-Guzmán, 1999; Manassis, 2000; Weissman, 1990). Los niños con trastornos de ansiedad experimentan altos niveles de ansiedad al enfrentarse al objeto o situación temida y/o tienden a evitar confrontarse con tales estímulos, esto dificulta su vida en diferentes contextos. Por ello es necesario contar con tratamientos psicológicos eficaces que ayuden a superar este padecimiento y que mejor si se cuenta con nuevas aportaciones que cumplan con este propósito, lo cual se refleja en tratamientos basados en manuales. Dentro de la práctica de la psicología clínica, el uso de manuales de tratamiento infantil va en aumento. La elaboración de manuales por sí misma debe obedecer a reglas que garanticen su eficacia, con base en la investigación actual. Existen manuales de tratamiento infantil que abordan un trastorno en específico. Barlow, Allen & Choate (2004) y Chorpita, Taylor, Francis, Moffitt & Austin (2004) sugieren que los tratamientos cognitivo-conductuales para trastornos emocionales (ansiedad y depresión), comparten componentes similares. Partiendo de esta propuesta el objetivo de esta tesis es presentar un algoritmo general para estos trastornos internalizados basado en principios de la conducta y técnicas cognitivo-conductuales que servirá de base para la elaboración de un manual, en esta ocasión para el tratamiento de fobia social infantil. Pues para algunos parece ser un trastorno que no tiene consecuencias graves para el niño. Pero en realidad, la fobia social es un trastorno con repercusiones serias para quien la padece. Para conseguir este objetivo se revisó literatura de investigación sobre los avances en la manualización y la propuesta de Barlow et al. (2004) acerca de la "unificación del tratamiento de los trastornos emocionales". Primeramente, se inició con la revisión de literatura de los trastornos de ansiedad, para continuar con la descripción de los lineamientos para la elaboración y uso de manuales psicoterapéuticos, seguida de un panorama general sobre la eficacia de los tratamientos para dichos trastornos, poniendo énfasis en la terapia cognitivo-conductual por ser considerada como la intervención más confiable y eficaz (APA, 2006). También, se describe brevemente los manuales cognitivo-conductuales más importantes para el tratamiento de la ansiedad infantil. Posteriormente, se aborda la fobia social, principalmente en niños, desde su origen hasta los tratamientos más empleados para este padecimiento. El resultado obtenido es la creación del algoritmo propuesto, que no sólo representa el punto de partida para la elaboración de un manual de tratamiento para la fobia social, sino que cubre todo el espectro de los problemas internalizados, ansiedad y depresión. Por último, se plantean las ventajas y limitaciones del uso del algoritmo en los manuales de tratamiento y se dan sugerencias para continuar con la línea de investigación.

II. INTRODUCCIÓN

El niño durante su desarrollo interactúa con su medio ambiente, por tanto, se enfrenta a diversas situaciones, lo que implica seleccionar una conducta específica. El niño evalúa su actuación de acuerdo con las consecuencias obtenidas y, si considera que la conducta expuesta (ya sea adaptativa o disfuncional) es eficiente y cumple con su objetivo se mantendrá a lo largo de su desarrollo (Novak, 1998). Por lo tanto, la percepción y la interpretación de las experiencias pasadas desempeñan un papel importante en la forma en que el niño reaccione ante situaciones nuevas (Lerner, 1998).

Es normal que el niño pueda experimentar ansiedad como una respuesta normal y adaptativa ante situaciones de peligro, pero cuando esta respuesta es exagerada y ocurre ante situaciones que no implican peligro alguno, se produce un trastorno de ansiedad, el cual interfiere con las actividades cotidianas de quien lo padece, así que es necesario contar con intervenciones eficaces (Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1999).

Se ha dado un gran avance en la investigación de la psicología con la elaboración de manuales de tratamiento. Y aunque se critica su creación estos se pueden concebir como una guía o como entidades estructuradas basadas en la investigación que cuando el terapeuta posee habilidades clínicas adecuadas, los manuales son flexibles y permiten integrar y responder a las necesidades particulares de los pacientes (Kendall, Chu, Gifford, Hayes & Nauta, 1998). No obstante, su elaboración, uso y difusión requiere de lineamientos y restricciones. Dentro de este contexto, el objetivo de esta investigación es brindar un panorama sobre la manualización de los trastornos de ansiedad, para después proponer un algoritmo general para trastornos internalizados como lo son los trastornos de ansiedad y la depresión, el cual puede implementarse en un manual de tratamiento para la fobia social en niños.

La fobia social merece especial atención por la influencia que tiene en la vida del paciente y que algunos consideran que esto no es relevante, pues los padres o profesores suelen catalogar al niño como tímido y hacen caso omiso de su sufrimiento o bien solicitan ayuda cuando el problema se ha exacerbado (Bögels & Tarrier, 2004).

En el presente trabajo se hará referencia constante a la terapia cognitivo-conductual, pues se considera una intervención completa y eficaz para el tratamiento de la ansiedad en niños (APA, 2006). Ya que incluye una combinación de estrategias cognitivas y conductuales que abarcan desde la modificación de cogniciones distorsionadas hasta la modificación de las conductas de evitación, además se apoya en técnicas de relajación para disminuir las respuestas fisiológicas (Grave & Blissett, 2004).

La investigación está organizada de la siguiente forma:

En el primer capítulo se presenta una revisión general del desarrollo psicológico en el individuo, seguido de la definición y características de la ansiedad, la diferencia entre miedo y ansiedad a fin de entender como surgen los trastornos de ansiedad y los componentes relacionados con el desarrollo de dichos trastornos, para así finalizar con la clasificación de éstos, dentro de la cual se encuentra la fobia social.

El segundo capítulo describe las características de un manual psicoterapéutico, los principios, las técnicas y estrategias cognitivo-conductuales que lo conforman, con el objetivo de conocer los lineamientos de su elaboración y uso para garantizar su eficacia.

En el tercer capítulo se presenta un panorama general de la línea de investigación sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales para la ansiedad en niños, se toman en cuenta otros tratamientos a fin de conocer brevemente las características y la eficacia de cada una de ellos. Por último, se describe el planteamiento de un tratamiento cognitivo-conductual

unificado para diferentes trastornos emocionales del cual parte la propuesta de este trabajo.

El cuarto capítulo describe brevemente manuales cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad infantil y se revisa los avances de la manualización en México.

El quinto capítulo se enfoca en la revisión del trastorno de fobia social, abordando las fobias en la infancia, el origen y relevancia del trastorno, las definiciones y los criterios para su diagnóstico, el papel que desempeñan los padres y finalmente la investigación sobre los tratamientos de la fobia social infantil.

En el sexto capítulo con base en la integración de la información recabada en todos los capítulos se concluye con la descripción de un algoritmo para los trastornos emocionales (ansiedad o depresión) integrado por técnicas y estrategias cognitivo-conductuales, pues esta propuesta es el tema central de la presente investigación. A fin de presentar una aportación en la investigación de la psicología.

Por último se discute el resultado obtenido de la presente investigación, sus alcances y limitaciones, así como algunas sugerencias para futuras investigaciones.

1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA NIÑEZ

Es normal que los niños en el transcurso de su desarrollo experimenten miedos y ansiedad, pero si estos con el paso del tiempo continúan manifestándose, a tal grado de interferir con sus actividades cotidianas, incluso afectando a personas cercanas, esto puede derivar en un trastorno de ansiedad. Para comprender el surgimiento de este padecimiento es necesario comprender primeramente cómo el desarrollo psicológico interviene en la vida de un individuo.

1.1 Desarrollo psicológico en el individuo

En los últimos años se ha destacado que los niños tienen sus propias maneras de pensar, sentir y comportarse. Por lo que surgen diversos modelos desde los cuales se observa e interpreta la conducta y el desarrollo del niño (Mash & Graham, 2001).

Un enfoque contemporáneo sobre el desarrollo psicológico es la Teoría Conductual de Sistemas propuesta por Novak (1998). En esta teoría se fusiona el análisis conductual y el desarrollo psicológico a través de un enfoque dinámico de sistemas. Mediante esta perspectiva las teorías conductuales se enfatizan con el propósito de fortalecer la predicción y control del desarrollo conductual. Es un enfoque científico que se basa en el estudio de los cambios e interacciones de la conducta y el ambiente, los cuales son fenómenos observables.

Los principios que sustentan esta teoría son:

- *Parsimonia científica*. Una característica importante del desarrollo es su complejidad que resulta de la combinación única de muchos procesos simples. Del mismo modo, conforme el desarrollo avanza, la conducta humana se hace cada vez más compleja y es producto de la interacción

de conductas más simples con sucesos ambientales a lo largo del tiempo. Por ejemplo, inicialmente, el niño nace con reflejos y movimientos aleatorios, pero tan sólo un año después, puede caminar, alcanzar objetos con precisión y comprender el significado de muchas palabras.

- *Aprendizaje por medio de la selección.* Tanto el cambio evolutivo, como el cambio conductual durante el desarrollo, se han explicado mediante la selección natural. La selección por consecuencias no sólo puede explicar el cambio, sino que incluye los mecanismos que contribuyen a la gran complejidad de la conducta humana. Para que dichos cambios en la conducta sucedan se necesita de tres mecanismos. El primer mecanismo de cambio es el de la variación. Aunque las conductas se repiten, éstas no son réplicas exactas de las anteriores, sino que las repeticiones van conformando una gama o clase de respuestas. Entonces, se da el segundo mecanismo de cambios que es la selección. La variación en las respuestas permite que se seleccione la conducta más funcional cada vez y la selección dependerá de las consecuencias dadas en el momento en que se presenta la conducta o respuesta. Por último, el mecanismo de retención, refiere que el reforzamiento de la conducta, debido a las contingencias (consecuencias ambientales), permite que el cambio hacia la nueva conducta, o conducta más compleja, se mantenga.
- *El desarrollo sucede simultáneamente en cuatro niveles.* Estos niveles son: (1) procesos básicos (genética y mecanismos de aprendizaje); (2) clases o grupos de respuestas (respuestas condicionadas, lenguaje); (3) intercambios entre sistemas (relaciones interpersonales, relaciones sociales); y (4) sistemas sociales y culturales (tradiciones, leyes).
- *El contextualismo.* Este principio va de la mano con el anterior. Se refiere a las condiciones en varios sistemas en el que el individuo se desenvuelve. El contexto implica condiciones interpersonales, externas al individuo, pero interpretadas por él mismo y relevantes para una conducta o un trastorno. Las circunstancias son importantes para analizar los procesos dinámicos de desarrollo, los cuales involucran la interacción del individuo con el ambiente. Las variables contextuales

involucran contingencias en tanto que describen las circunstancias o escenarios en las que las predisposiciones o tendencias individuales surgen e incluyen contextos biológicos y sociales (Boyce, et al., 1998; Novak, 1998).

- *La determinación múltiple de la conducta.* Se refiere a que tanto la conducta simple como la compleja, al igual que el desarrollo humano, tienen varias causas que convergen. Además, la conducta no sólo es efecto de varios factores ambientales, sino que la conducta también puede ser agente de cambios en el ambiente. La teoría conductual de sistemas indica que los contextos, incluyendo el ambiente biológico, también cambian como respuesta a la acción del individuo, o incluso, de la aparición de un trastorno. Esto implica que la combinación de ciertos factores puede causar diferentes resultados en el desarrollo en diferentes individuos, y que un mismo resultado en el desarrollo puede ocurrir a partir de la combinación de diferentes factores. Dado que, un mismo trastorno en diferentes sujetos, pueden tener detrás diferentes historias de aprendizaje (Novak, 1998).
- *La no-linealidad.* Se refiere a que los cambios se presentan de forma exponencial y pueden ocurrir cambios tanto cuantitativos como cualitativos. Además, no todos los cambios son resultado de una sucesión de pasos que van incrementando gradualmente, pues, pueden presentarse cambios o conductas nuevas desproporcionados, abruptos o repentinos.
- Finalmente, la teoría conductual de sistemas toma en cuenta la *adquisición de habilidades.* Éstas se vinculan con las influencias ambientales y progresan en periodos en los que diversos ensayos o unidades de aprendizaje ocurren (Novak, 1998).

La Teoría Conductual de Sistemas consta de principios que guían y proporcionan un mejor entendimiento de un momento dado en el desarrollo del individuo (Hernández-Guzmán, 2006b). Asimismo, habrá una mayor eficacia de un tratamiento, si la planeación de la intervención considera las múltiples variables que interfieren en la interacción persona-contextos en todos los

niveles de su trayectoria de desarrollo, en relación con el cambio y los resultados del afrontamiento (Lerner, 1998).

1.2 Definición y características de la Ansiedad

La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante peligros reales o imaginarios que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro (Echeburúa, 1998; Nauta, 2005). Funciona como un estado de alerta ante el peligro y de preparación para el mismo (Solloa, 2001). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994) la ansiedad se define como un estado de tensión e intranquilidad que resulta de la anticipación de alguna amenaza, cuya fuente generalmente se desconoce. De acuerdo con Hallam (1992), la ansiedad, es una experiencia subjetiva desagradable en la que se tiene el conocimiento de las reacciones exageradas en presencia o ausencia de un estímulo o situación amenazante, lo que provoca en el individuo la activación del sistema nervioso autónomo y la pérdida de control de los movimientos motores finos, el deseo de huir o salir de la situación, el temor de perder el control y una incapacidad general para responder ante el estímulo o situación temida. Edelman (1992), por su parte, define la ansiedad como una reacción natural, la cual se experimenta como una emoción desagradable, que surge en una situación donde el individuo percibe una amenaza (posibles consecuencias negativas). Para afrontar esta situación y tratar de reducir las consecuencias negativas el individuo se alerta. En consecuencia, la respuesta de ansiedad se puede observar en tres niveles:

A nivel fisiológico. Se produce un incremento en la actividad del sistema nervioso autónomo: frecuencia cardíaca y respiratoria aceleradas, sudoración, aumento de tensión arterial, resequedad de la boca, vasoconstricción (la cual propicia la disminución de la temperatura periférica y piloerección), temblor de manos, deseos de orinar, sensaciones repentinas de calor o de frío, enrojecimiento o palidez del rostro y sensaciones gástricas. La persistencia de estos cambios fisiológicos puede ocasionar una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, tales como cefaleas, insomnio, trastornos

digestivos, contracturas musculares, náuseas y posible vómito (Edelmann, 1992; Kendall, et al., 1992; Solloa, 2001). Algunos niños tienden a manifestar su ansiedad con síntomas hipocondríacos, expresan temores sobre su salud e integridad física (Canino, 2004).

A nivel cognitivo. Implica la experiencia mental del niño, en cuanto a lo que piensa sobre algo que está ocurriendo y el informe de lo que siente. Existen diferentes mecanismos del pensamiento relacionados con la ansiedad. Participa un mecanismo de atención selectiva hacia claves de estímulos amenazantes, ligados a pensamientos anticipatorios y ciertas imágenes (Albano & Kendall, 2002), así como distorsiones del pensamiento (Kendall, et al., 1992), por ejemplo, presunciones de lo que puede ocurrir o incluso de lo que ya pasó. El niño ansioso manifiesta pensamientos y autoverbalizaciones catastróficos, de autoexigencia, de derrota o de preocupación excesiva (Hernández-Guzmán, 1999).

A nivel conductual. Se trata de síntomas expresados a través de comportamientos observables (Hernández-Guzmán, 1999; Kendall, et al., 1992). De esta forma, los síntomas conductuales son: voz temblorosa, dificultades para la comunicación (tartamudeo), posturas rígidas, temblor de manos, llanto, tics, comerse las uñas, explosiones de cólera y agitación psicomotriz (la cual consiste en luchar contra cualquier intento de contención sobretodo durante crisis de angustia). Se pueden dar conductas más complejas, con implicaciones psicosociales inadaptadas como respuestas de huida o evitación, la inhibición del comportamiento (por ejemplo, a nivel comunicativo la voz es débil y la expresión gestual es pobre, en algunos casos puede llegar al mutismo) y la dependencia ansiosa que consiste en un lazo excesivo con el cuidador primario (Edelmann, 1992; Hernández-Guzmán, 1999; Solloa, 2001).

La respuesta de ansiedad se establece como una respuesta biológicamente adaptativa ante el peligro, sometida a modulaciones y modificaciones a través del aprendizaje y de la interacción que tiene la persona

con los diferentes contextos a lo largo de su vida, como es el ambiente familiar, escolar y laboral (Hernández-Guzmán, 1999).

Si bien, la ansiedad se da en todas las personas y a lo largo del desarrollo del individuo, dentro de las actividades cotidianas ocurren situaciones adversas como desastres, pérdida o separación de seres queridos, en las cuales es normal que se den respuestas de ansiedad, pues el individuo intenta adaptarse a los cambios de su medio ambiente (Hernández-Guzmán, 1985). Los niños experimentan ansiedad de forma transitoria, como parte normal del desarrollo (Solloa, 2001).

Diferencia entre miedo y ansiedad

Aunque los conceptos de ansiedad y miedo comparten algunas características y síntomas, por formar parte del mismo constructo, son dos condiciones diferentes entre sí (Méndez, Olivares & Bermejo, 2001).

La ansiedad tiene similitudes con la emoción del miedo, la cual está determinada filogenéticamente y por ello se considera normal, ya que tiene un valor para la sobrevivencia. El miedo es un fenómeno psicológico con manifestaciones físicas y psicológicas similares a las de la ansiedad. Sin embargo, la reacción de miedo, alude a estímulos específicos, además que el estímulo está presente, es real y conocido, entonces la respuesta es racional y proporcional al estímulo (Echeburúa, 1998; Solloa, 2001). El miedo es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o situaciones de peligro, que prepara al organismo para reaccionar ante dichas amenazas.

La mayoría de los niños experimentan miedos que son sutiles, transitorios y que varían a lo largo del desarrollo, además que están asociados a una determinada edad y suelen superarse espontáneamente en el transcurso del desarrollo (Nauta, 2005).

A continuación se presenta la evolución de los miedos más frecuentes en distintos grupos de edad (Méndez, et al., 2001):

- 0 a 2 años. Pérdida de la figura de apego, separación de los padres, gente extraña, ruidos fuertes, animales, oscuridad, heridas.
- 3 a 5 años. Permanecen los miedos hacia los ruidos fuertes, la separación de los padres, los animales, la oscuridad; aumentan los miedos a los daños físicos y las personas disfrazadas.
- 6 a 8 años. Permanecen los miedos a la separación de los padres, animales, oscuridad y al daño físico; aumentan los temores a los seres imaginarios (fantasmas, extraterrestres), las tormentas, a estar solo y a la escuela.
- 9 a 12 años. Permanecen los miedos hacia los animales, el daño físico y las tormentas, además se incrementan los miedos a la escuela (situacional), el aspecto físico, las relaciones sociales y a la muerte.
- 13 a 18 años. Continúan los miedos a los animales y al daño físico; aumentan los miedos hacia la escuela (situacional), el aspecto físico, las relaciones sociales y a la muerte.

Es notorio que los miedos en edades iniciales son indiferenciados, globales y externalizados, conforme pasa el tiempo, tienden a ser diferenciados, abstractos e internalizados, congruentes con la maduración del sujeto (Hernández-Guzmán, 1999; Kendall & Ronan, 1990). Los miedos son parte del proceso del desarrollo normal en el niño, se hacen más específicos con el paso del tiempo, y el número de objetos o situaciones atemorizantes disminuyen con la edad (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Hernández-Guzmán, 1999; Kendall & Ronan, 1990; Muris, Schmidt, Merckelbach & Schouten, 2001; Pina, Silverman, Saavedra & Weems, 2001; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000).

En cambio, en la ansiedad, la respuesta es desproporcional a la situación que la desencadena, es irracional y constante. Además, dicha respuesta no requiere que el estímulo desencadenante esté presente (Solloa,

2001). Sin embargo, cuando el miedo y la ansiedad dificultan el funcionamiento normal del niño y su familia, se consideran disfuncionales (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Odriozola, 1998).

1.3 Trastornos de ansiedad

Cuando las reacciones de ansiedad se exageran y son desproporcionadas respecto a la amenaza real de un determinado estímulo o situación, y se salen de control, se habla de un trastorno de ansiedad (Edelmann, 1992; Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1999).

Edmund y Bourne (1994) establecen que un trastorno de ansiedad:

- a) Es una respuesta muy intensa que incluye manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas;
- b) Es una respuesta de larga duración o bien persistente durante días, meses y/o años, cada vez que la situación ansiosa se presente;
- c) Puede derivar en una fobia que específicamente interfiera con un aspecto de la vida del individuo.

Diferentes autores han propuesto criterios para distinguir entre la ansiedad normal y la clínica, o bien, para considerar un trastorno de ansiedad. La ansiedad y el miedo son disfuncionales cuando: impiden el bienestar e interfieren notablemente con el funcionamiento normal del niño (Dadds, Seinen, Roth & Harnett, 2000; Solloa, 2001), cuando son prolongados e intensos (Kendall, 2000), cuando son persistentes, se prolongan más allá de la edad típica y cuando no hay una amenaza real (Warren & Soufre, 2004), o cuando son excesivos en relación con la situación, están más allá del control voluntario, conllevan a evitar la situación o el estímulo, y no son específicos de la edad (Ollendick & Francis, 1988). Es común, que los niños con trastornos de ansiedad tiendan a evitar los estímulos, objetos o situaciones temidos o bien a enfrentarlos con niveles elevados de ansiedad.

También hay que tener presente que algunos trastornos de ansiedad pueden ser tan graves que no sólo imposibiliten negativamente el desarrollo del niño, sino que pueda afectar a los padres u otras personas cercanas (Kendall, et al., 1992).

Lang (1977) propone el modelo tripartita para explicar las manifestaciones de los trastornos de ansiedad mediante tres sistemas de respuesta independientes: motor, expresiones lingüísticas que originalmente es llamado cognitivo-verbal y estados fisiológicos. Otros autores utilizan este modelo sólo que han incorporado algunos cambios: el sistema motor cambió a comportamiento observable, el sistema de expresiones lingüísticas a cognitivo y los estados fisiológicos a fisiológico (Beck, et al., 1985; Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1999; Lang, 1977). Las principales manifestaciones de ansiedad para cada sistema de respuesta son:

- * **Conductual:** comerse las uñas, temblor en el cuerpo, llanto, inquietud, aumento o disminución de gesticulaciones, cambios en la postura corporal, conductas de evitación y respuestas de huída.
- * **Cognitivo:** Imágenes, pensamientos y autoverbalizaciones catastróficas y/o de derrota, incapacidad para concentrarse, inseguridad, quejas y preocupaciones excesivas, pánico y autoexigencia.
- * **Fisiológico:** actividad del sistema nervioso autónomo, aumento en la tasa cardiaca, cambios en la respiración, sudoración en todo el cuerpo, náuseas, boca seca, mareo y tensión muscular.

Aunque estos sistemas son independientes y cuentan con sus propias manifestaciones, éstos se dan al mismo tiempo en presencia de un estímulo o situación ansiosa (Hernández-Guzmán, 1999; Edelman, 1992), influidos por las características del ambiente, del individuo y por la evaluación subjetiva que éste realice (Perrez & Reicherts, 1992).

La manifestación de la ansiedad ocurre en diferentes maneras y niveles, un estímulo o situación puede resultar amenazante o atemorizante para una persona pero no para otra; la gravedad estará dada por la evaluación e

interpretación de las características del estímulo o situación causante de ansiedad e influenciada por la historia personal de cada individuo (Edmund & Bourne, 1994; Hernández-Guzmán, 1985, 1999; Meichenbaum, 1988).

Para los profesionales de la salud los problemas de ansiedad en la población representan un problema de sumo interés. En las últimas décadas, la investigación sobre los trastornos de ansiedad en la población adulta ha prosperado notablemente. Actualmente se sabe que la población infantil también los padece, con mayor frecuencia de la que se pensaba. Por ello, tales trastornos representan un reto para los especialistas de la salud psicológica (Hernández-Guzmán, 1999; Manassis, 2000; Weissman, 1990).

Clasificación de los trastornos de ansiedad

De acuerdo con el DSM-IV (1995) los trastornos de ansiedad se clasifican de la siguiente manera:

- ♦ Crisis de angustia. Se caracteriza por la aparición repentina de síntomas de aprehensión, miedo intenso, terror, falta de aliento, palpitaciones, sensación de asfixia, sensación de morir y miedo de volverse loco o de perder el control.
- ♦ Agorafobia. Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o bien encontrar ayuda sea imposible.
- ♦ Trastorno de angustia sin agorafobia. Se caracteriza por crisis de angustia inesperadas que causan en el paciente un estado permanente de preocupación. Trastorno de angustia con agorafobia. Se presentan crisis de angustia y agorafobia inesperada.
- ♦ Agorafobia sin historia de trastorno de angustia. La persona presenta agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

-
- ♦ Fobia específica. Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones u objetos temidos, lo que da lugar a comportamientos de evitación principalmente.
 - ♦ Fobia social. Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que da lugar a comportamientos de evitación.
 - ♦ Trastorno obsesivo compulsivo. Se caracteriza por obsesiones (que originan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo objetivo es neutralizar la ansiedad).
 - ♦ Trastorno por estrés postraumático. Se caracteriza por la re-experimentación de situaciones traumáticas, el individuo cualquier estímulo o acontecimiento relacionado con el trauma.
 - ♦ Trastorno por estrés agudo. Se presenta síntomas semejantes al trastorno por estrés postraumático y que aparecen enseguida de un acontecimiento traumático.
 - ♦ Trastorno de ansiedad generalizada. Se tiene ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes durante al menos seis meses.
 - ♦ Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Se tienen síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
 - ♦ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias. Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga o fármaco tóxico.
 - ♦ Trastorno de ansiedad no especificado. Se incluye con el fin de incluir trastornos que se caracterizan por ansiedad fóbica y evitación, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos mencionados anteriormente.

En este capítulo se ha planteado brevemente el papel que juega el desarrollo psicológico en la conducta del individuo, en el surgimiento y desarrollo de los trastornos de ansiedad. Entendemos pues, que los trastornos de ansiedad juegan un papel muy importante en el desarrollo del niño, interfieren en los diversos contextos como lo es el social, escolar y el familiar,

por ello es necesario contar con intervenciones eficaces y si éstas se basan en manuales psicoterapéuticos es necesario que cuenten con una serie de lineamientos. En el siguiente capítulo se describen los criterios para la elaboración y el uso de un manual psicoterapéutico. Se pretende dar a conocer qué es un manual y que características debe cumplir para garantizar su eficacia.

2. CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN DE UN MANUAL PSICOTERAPÉUTICO

Con el advenimiento de los tratamientos sustentados empíricamente, la elaboración de manuales se ha expandido rápidamente. Su existencia se puede justificar en términos metodológicos, pues la manualización abrió las puertas a la investigación. Representó la posibilidad real de estandarizar la eficacia de los tratamientos psicológicos, ya que ésta carece de sentido si no se conoce a ciencia cierta qué tratamiento se implementó y si no es posible replicarlo de un individuo a otro (Chambless & Hollon, 1998; Wilson, 1998).

Un manual de tratamiento es un compendio con la descripción detallada del enfoque terapéutico en que se basa (Kendall, et al., 1998). Es una secuencia de pasos que sugieren al terapeuta experto una guía sobre el tratamiento que se aplica a un trastorno y puede ser útil para entrenar psicólogos clínicos en formación.

Sin embargo, la crítica más común a los manuales psicoterapéuticos es que representan un sistema rígido de reglas y pautas inflexibles, con una sencillez que no permite tratar casos clínicos reales y complicados. Incluso, se les compara con recetas de cocina. Se considera que su uso interfiere con el buen desempeño de las habilidades terapéuticas y que se limita la toma de decisiones. Se acusa al manual de restringir la independencia y la creatividad al aplicar el tratamiento, deja de lado el papel que representa el terapeuta. Refieren que la fidelidad a un manual provoca el descuido de puntos relevantes en el desarrollo de la terapia (Kendall, et al., 1998; Seligman, 1995; Wilson, 1998).

Otra crítica que se hace a los manuales de tratamiento está relacionada con la presencia de comorbilidad de los diagnósticos. En el caso de los sistemas de clasificación categóricos, los manuales generalmente responden a un trastorno psiquiátrico específico, por ello es fácil pensar que si el paciente presenta comorbilidad con otros trastornos, los resultados se limitarían a un

resultado pobre y lejano a los objetivos reales esperados al tratar a ese paciente (Wilson, 1998).

Wilson (1998) afirma que no hay datos que demuestren que es mejor un tratamiento basado en un manual que otro cuando hay comorbilidad. Es posible pensar que los resultados del tratamiento basado en el manual dependerán de la naturaleza de la comorbilidad. En algunos casos, es posible que al atender determinado problema algunos efectos terapéuticos se generalicen, y causen mejorías en el funcionamiento general del paciente. Entonces se aplicaría un tratamiento secuenciado o bien se emplearía manuales para distintos diagnósticos de modo paralelo, en el caso que los diagnósticos co-existentes no muestren mejorías. Por otra parte, Barlow et al. (2004) ha propuesto que algunos trastornos como la ansiedad y el autismo se mueven a lo largo de un espectro que permite proponer tratamientos transdiagnóstico, pues las diversas manifestaciones de un trastorno poseen más elementos comunes que diferentes.

Los defensores argumentan que las críticas al uso de manuales de tratamiento en la práctica clínica son exageradas. Se admite que los manuales pueden dar pie a un tratamiento poco individualizado y rígido sobretodo cuando el terapeuta no tiene experiencia. Sin embargo, cuando se concibe a los manuales como una guía o como entidades estructuradas basadas en la investigación que requieren creatividad, y cuando el terapeuta posee habilidades clínicas adecuadas, los manuales son flexibles y permiten integrar y responder a las necesidades particulares de los pacientes (Kendall, et al., 1998).

No obstante, la controversia ha rodeado al uso y difusión de los manuales de tratamiento. Quienes elaboran manuales calculan que son mayores las ventajas, los profesionales clínicos creen lo contrario. Así, dentro de las ventajas del uso de manuales que se discuten, están las siguientes: facilitan la divulgación de tratamientos eficaces, facilitan la evaluación y comparación de los mismos, los manuales facilitan el proceso de entrenamiento de psicólogos en formación, pues les proporcionan las

habilidades y conocimientos necesarios para la práctica responsable de la psicoterapia (Kendall, et al., 1998; Wilson, 1998; Woods & Ellis, 1997).

Así mismo, al supervisor le resulta más sencilla la evaluación de aquellos terapeutas que están en entrenamiento cuando utilizan los manuales. Se facilita la retroalimentación al terapeuta entrenado y promueven una participación activa por parte del paciente al indicarle paso a paso los procedimientos. Esto permite tomar mejores decisiones acerca de la intervención (Kendall, et al., 1998; Wilson, 1998). La formación de competencias profesionales se fundamenta en principios psicológicos que garantizan que el aprendizaje se oriente al logro de objetivos claramente especificados.

Las ventajas que ofrece la manualización incluso hacen necesario tomar precauciones ante su facilidad de acceso. Así, los manuales muestran información precisa sobre su actuación al terapeuta, pero ello implica riesgos si se pretende emplearlos sin tener la formación necesaria. Es un error pensar que cualquier persona podría aplicar un manual de tratamiento sin importar sus habilidades clínicas (Kendall, et al., 1998). Es imprescindible que un experto supervise la aplicación del manual, ya que el ejercicio de la psicoterapia sin supervisión experta tiene consecuencias muy serias que dañan, no sólo al paciente, sino también la imagen de la psicología como profesión (Sociedad Mexicana de Psicología, 2006).

En este sentido, la creación de manuales de psicoterapia es una contribución sustancial en la práctica psicológica, pues ayuda a los psicólogos a concentrarse en los componentes específicos para el tratamiento de problemas psicológicos, ayuda a la formación de psicólogos y a estandarizar terapias para investigar (Scaturo, 2001).

Al usar manuales de tratamiento, los terapeutas deben basarse en su experiencia y de esta manera obtener una integración del proceso terapéutico. Aplicar el manual implica un ejercicio que tiene como finalidad poner a prueba sistemáticamente las competencias profesionales del terapeuta, perfeccionar la

habilidad de afrontamiento del paciente, de modo que pueda contribuir a reducir su sintomatología y lograr una adaptación satisfactoria a su ambiente personal (Chambless & Hollon, 1998; Kendall, et al., 1998; Wilson, 1998).

La Psicología se ha definido como la ciencia que describe, explica, predice, e intenta modificar la conducta humana, entendida ésta como un sistema dinámico, adaptativo y complejo que integra en niveles de organización que coaccionan transversal y jerárquicamente, todos los aspectos del funcionamiento humano, cogniciones, actitudes, emociones, reacciones fisiológicas y acciones instrumentales, en la relación entre la persona y sus contextos históricos, sociales y situacionales en constante cambio a lo largo de su ciclo vital debemos considerar que los cambios obedecen a ciertos principios (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 2006). Cuando interviene psicológicamente, el terapeuta debe conocer los principios que aplica, de cómo se relacionan con los problemas psicológicos que aquejan al paciente. A partir de los principios que subyacen al cambio de la conducta ha sido posible explicarlo. Estas explicaciones han dado lugar a posturas teóricas de las que surgen aplicaciones terapéuticas, como es caso de la terapia de conducta y, más recientemente, la terapia cognitivo-conductual. Esta última goza de un auge creciente, pues la investigación ha mostrado su eficacia.

Lo recomendable, entonces, es que quien lleve a la práctica el manual posea destrezas y conocimientos obtenidos por una formación profesional (Kendall, et al., 1998), lo suficiente para tomar decisiones cuando lo requiera, y ejercer cambios dependiendo de las circunstancias propias del caso que esté tratando. Faltan también leyes que prohíban la venta de manuales de tratamiento a personas que no cuenten con cédula profesional.

Es evidente que el uso de manuales es un gran avance dentro de la práctica de la psicología clínica. Es una ayuda que provee de importantes ventajas tanto para el psicólogo clínico con una sólida formación, como para el profesionista que se encuentra en dicho proceso. El manual, como tal debe ser concordante en todos sus aspectos, desde su estructura, objetivos, marco teórico, principios psicológicos y tipo de intervención en que se fundamenta. El

psicólogo clínico que lo utilice debe poseer un dominio integrado en dichos aspectos. Aunque es flexible a las necesidades del paciente y el terapeuta, es imprescindible la supervisión para su empleo, además una responsabilidad y ética para su buen uso.

Los manuales de tratamiento suelen ser específicos, contienen una guía completa que incluye la descripción de las metas e intervenciones en cada sesión, además proveen estrategias psicoterapéuticas claras y explícitas, basadas en principios psicológicos para ayudar al terapeuta ante dificultades que puedan surgir en el transcurso de la intervención, promueven el logro de las metas del tratamiento. En otros casos, son más generales y sólo incluyen los principios del tratamiento y las fases del mismo (Kendall, et al., 1998).

Si bien, los manuales de tratamiento facilitan el entrenamiento de psicólogos clínicos en ciertas estrategias o técnicas terapéuticas, lo cual no significa que otras habilidades clínicas sean prescindibles. Por ejemplo, el terapeuta debe tener las habilidades para generar una buena alianza terapéutica a partir de un buen rapport, confianza en su paciente, fomentar la adherencia al tratamiento e identificar necesidades individuales (Kendall, et al., 1998). Un manual de tratamiento no garantiza que el tratamiento sea adecuado sino se tiene entrenamiento previo y supervisión, además de una comprensión amplia tanto del modelo teórico como de las técnicas y estrategias terapéuticas que integran el manual.

La elaboración de manuales por sí misma debe obedecer a reglas y lineamientos que garanticen su eficacia, con base en la investigación actual. No sólo deben investigarse los efectos de cada manual a la luz de la reducción o modificación de síntomas y ajuste de la persona a sus contextos vitales (Jacobson, Foilette & Revenstorf, 1984), sino que debe poseer un sustento en los resultados de investigación sobre las estrategias más efectivas para promover cambios conductuales, cognitivos y emocionales, tanto en el terapeuta como en el paciente (Chambless & Hollon, 1998). La investigación sobre la eficacia de los tratamientos se ha beneficiado del uso de manuales de tratamiento.

Finalmente, otro elemento importante para garantizar la eficacia se refiere a la secuencia de los pasos a seguir. Así como los manuales deben aplicar las técnicas psicológicas más eficaces para garantizar los cambios que se proponga, también es importante que se ajusten a una secuencia lógica gradual. Cuando un concepto se aísla de su contexto, éste pierde parte de su significado. Para aprender un concepto se debe ubicar en una jerarquía; el posicionamiento de éste en una estructura cognoscitiva es imprescindible, pues para enseñar un concepto es recomendable presentar al que lo precede y al que sigue. El sitio que ocupa el concepto en la jerarquía alude a su inmersión en una estructura del conocimiento, y el vínculo con los conceptos adyacentes. La posición jerárquica implica los conceptos: supraordinado, que es del que deriva el concepto en cuestión; los coordinados, que son los que proceden del supraordinado y se hallan en el mismo grado del concepto que se esté tratando; y los subordinados, que son los que provienen de él (Castañeda, 1987).

Existen teorías contemporáneas que explican la adquisición de conceptos en el ser humano. Algunas de las teorías argumentan que es mediante la formación de asociaciones mediante un aprendizaje gradual donde el individuo liga diferentes estímulos con la respuesta de sólo una categoría. Por otra parte, hay teorías que señalan que el aprendizaje se adquiere mediante el escrutinio, es decir a través de variadas pruebas de probabilidades hasta hallar la adecuada. Otra postura señala que las cogniciones y las emociones del sujeto son un eslabón en la cadena que principia con un estímulo externo y finaliza con una respuesta. Exceptuando esta última posición todas las anteriores derivan de la teoría clásica del aprendizaje; y esto resulta natural debido a las posibilidades de que todos los conceptos son resultado del aprendizaje (Castañeda, 1987).

Existe un lazo imprescindible con el lenguaje, es por ello que la formación de conceptos desempeña un papel importante en la elaboración de manuales. El término concepto implica ciertas características precisas de la conducta. Algunos autores definen a los conceptos como acontecimientos periódicos reales que pueden explicarse y que permiten agrupar a los objetos

mediante reglas de clasificación, según la clase de notas, además de formas deductivas que definen una clase de objetos agrupados por uno u otro rango, así también, son aquéllos que ante una determinada clase de estímulos provocan respuestas comunes (Castañeda, 1987).

Si bien, un manual de tratamiento se basa en principios, técnicas y estrategias. Las técnicas y estrategias cognitivo-conductuales se fundamentan en principios psicológicos que sustentan su origen y uso dentro de los manuales de tratamiento cognitivo-conductuales. Por tanto, antes de mencionar las técnicas, se presentará brevemente los principios que enlista Millenson (1967):

- *Condicionamiento clásico.* Consiste en evocar una respuesta incondicionada mediante un estímulo que anteriormente era neutro, pero que finalmente se ha condicionado.
- *Condicionamiento operante.* La probabilidad de que ocurra una conducta aumenta cuando se le refuerza y disminuye cuando se castiga, así que el que se da una conducta o no depende de su efecto sobre el ambiente, es decir, se vuelve más o menos probable de que ocurra, dependiendo de sus consecuencias.
- *Extinción operante.* Es la disminución de la frecuencia de una conducta aprendida que se da cuando la relación entre una respuesta operante y su reforzador queda interrumpida repentinamente.
- *Discriminación.* Respuesta diferencial en presencia de diversas situaciones.
- *Reforzamiento.* Procedimiento en el que se proporcionan consecuencias para la conducta que aumentan o mantienen la tasa de frecuencia de dicha conducta.
- *Encadenamiento.* Procedimiento de establecer una respuesta en cadena. Secuencia de respuestas operantes y estímulos discriminativos, tales que cada respuesta produzca el estímulo discriminativo de la siguiente respuesta.

- *Generalización de estímulos.* Tendencia de la conducta aprendida a ocurrir en presencia de estímulos que no estuvieron presentes durante el condicionamiento.
- *Habitación.* Es la disminución en la magnitud y duración de una respuesta resultado de la exposición repetida de una situación o estímulo que provoca dicha respuesta.

Ahora bien, con las técnicas y estrategias, se pretende enseñar habilidades y solucionar las deficiencias en otras habilidades mediante la práctica, de tal manera que el niño con ansiedad participe activamente en el proceso terapéutico. La práctica de habilidades nuevas, junto con el reforzamiento y la retroalimentación, promueve el perfeccionamiento y el uso posterior de las habilidades.

2.1 Técnicas cognitivas

Corrección de auto-diálogo

El auto-diálogo implica verbalizaciones que el paciente se dice a sí mismo durante el desempeño de una situación. Kendall y sus colaboradores (1992) sugieren que al modificar el auto-diálogo de los niños durante situaciones de ansiedad, los efectos en su conducta pueden ser positivos. Generalmente, los niños y adolescentes ansiosos no expresan pensamientos trágicos, tanto como los adultos ansiosos, lo cual no significa que no tengan auto-diálogos negativos y distorsionados (Kendall & Hollon, 1989). El nivel de desarrollo cognitivo de los niños puede influir en el reconocimiento y divulgación de dichos pensamientos, considerando esto, el terapeuta debe identificar expresiones verbales de pensamientos negativos por parte del niño, para ayudarlo a manifestar pensamientos alternativos y apropiados.

Reestructuración cognitiva

Las terapias con enfoque cognitivo se basan en la teoría de que los pensamientos disfuncionales están relacionados con conductas también disfuncionales. De tal modo, que la reestructuración cognitiva propone corregir las cogniciones distorsionadas del individuo (Goldfried & Powers, 1993). El propósito de esta técnica es identificar la manera en la cual el paciente percibe y estructura el mundo, distinguir las emociones y conductas relacionadas. Posteriormente, cuando se identifican las emociones, las conductas y las cogniciones, el terapeuta ayuda al paciente a modificarlas con el fin de corregir su comportamiento para que sea más funcional (Buela-Casal, Sierra & Vera-Villaruel, 2001).

De modo sistemático, existen algunos pasos para llevar a cabo la reestructuración, con la práctica el proceso puede ser dinámico y automático. El primer paso, es explicar al paciente que las cogniciones median las emociones y la conducta, que además existe un auto-diálogo que se aprende de manera que se automatiza y afecta igualmente las emociones y la conducta. En segundo lugar, se ayuda al paciente a identificar lo irracionales que pueden ser algunos de los pensamientos relacionados con el trastorno que padecen. Estos pensamientos están relacionados con la magnitud de los efectos de los sucesos (expectativas catastróficas), o con la sobre-estimación de la posibilidad de que ocurran dichos acontecimientos. Además es necesario que el paciente identifique la irracionalidad de sus cogniciones, del mismo modo, debe ser capaz de formular explicaciones del por qué de sus creencias irracionales. El tercer paso, es unir los dos primeros puntos, por lo que el paciente debe percibir la relación entre sus pensamientos irracionales, las emociones y sus conductas desadaptadas. Finalmente, el terapeuta debe ayudar al individuo a corregir sus pensamientos irracionales. Con el apoyo de otra estrategia terapéutica (modelamiento, imaginación o exposición) se coloca al paciente en una situación que le provoque ansiedad para que identifique sus pensamientos irracionales y su estado emocional, a fin de que los modifique y elabore pensamientos más acertados acorde a la situación (Goldfried & Powers, 1993).

Las personas que padecen trastornos de ansiedad deben distinguir los pensamientos que ocasionan este estado ansioso, enseguida cuestionar tales pensamientos con base en un plan real, de tal forma que la reestructuración se utilice de manera preactiva y orientada al afrontamiento activo. En el caso de los niños, se les induce a expresar sus pensamientos en forma de suposiciones que puedan someter a prueba, a crear otros supuestos que expliquen los eventos pasados o las posibles consecuencias de una acción. Se busca que el niño mantenga su atención en las suposiciones más realistas y que no ocasionen ansiedad (Veltig, Setzer & Albano, 2004).

Con respecto a las fobias, se pretende que el individuo identifique y modifique los elementos que fomentan su fobia. La idea general del tratamiento cognitivo en personas con fobias consiste en: (1) que el paciente se de cuenta de las relaciones entre pensamiento, emoción y conducta, (2) identificar cómo el aspecto cognitivo puede mantener las reacciones fóbicas e (3) identificar los pensamientos específicos del paciente que median las respuestas fóbicas y modificarlos por unos más adaptados (Buela-Casal, et al., 2001).

La reestructuración cognoscitiva específicamente en la fobia social, se sustenta en el método de Beck, con el objetivo de corregir los pensamientos distorsionados, proporcionar una mayor cantidad estrategias para afrontar de modo funcional las situaciones sociales temidas y prevenir las creencias negativas futuras de los fóbicos sociales (Luterek, Eng & Heimberg, 2003).

Los puntos que se deben abordar son los siguientes (Luterek, et al., 2003):

- a) Ayudar al paciente a reconocer los pensamientos negativos acerca de sí mismo, de las situaciones sociales temidas y de sus posibles consecuencias, ya que muchas de las cogniciones son automáticas y no las percibe. Para identificar tales cogniciones el terapeuta puede recurrir a los cuestionamientos retrospectivos o al autorregistro (Luterek, et al., 2003). El autorregistro es un método práctico para observar y evaluar la conducta social del paciente, mediante éste se obtiene un análisis

funcional de la conducta de interés. Consiste en que el paciente identifique la situación fóbica, las emociones que experimenta, así como sus conductas y pensamientos. Esta técnica se utiliza en la sesiones, o bien, como tarea para casa y se debe realizar durante la semana cada vez que el paciente se enfrente al estímulo fóbico. Su uso es importante para que las cogniciones identificadas en las situaciones reales vayan acorde a las informadas en la sesión. También es conveniente evaluar el grado en que el paciente crea en estas cogniciones al igual que el nivel de ansiedad que manifiesta. La técnica se basa en una hoja de registro de pensamientos que incluye cuatro columnas: (1) situación (describir la situación fóbica), (2) emoción (¿qué siente cuando ocurre la situación fóbica?), (3) pensamientos (identificar los pensamientos que se presentan ante el estímulo fóbico) y (4) conducta (¿qué hace ante el estímulo fóbico?) (Buela-Casal, et al., 2001; Caballo, Olivares, López-Gollonet, Isurtia & Alcázar, 2003; Olivares, Rosa & García-López, 2004).

- b) Mostrar al paciente la repercusión de los pensamientos sobre las reacciones emocionales y conductuales. Dichas cogniciones, deben ser consideradas como hipótesis y puestas a discusión para someterlas a prueba; ya que existen distintas formas de interpretar una misma situación así como diferentes reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales.
- c) Cuestionar verbalmente los pensamientos inapropiados. Recurrir al uso de preguntas e información correctiva y determinar las cogniciones en términos específicos y concretos. Considerando que dentro de las cogniciones existen los pensamientos automáticos y los esquemas o supuestos que tienen una gran estabilidad y son más resistentes al cambio. Por lo que primero se cuestionan los pensamientos automáticos y posteriormente los supuestos disfuncionales.
- d) Cuestionar conductualmente los pensamientos inapropiados. Mediante el uso de tareas conductuales o ejercicios de exposición se proporciona evidencia a favor o en contra de los pensamientos y así se puede comprobar la validez de tales cogniciones. Estas pruebas permiten afrontar el miedo a la evaluación negativa y sus consecuencias, además evaluar los pensamientos y las reacciones de los otros.

-
- e) Modificar los pensamientos inadecuados y reemplazarlos por otros más adaptativos y racionales, posteriormente comparar los resultados de las nuevas cogniciones con los supuestos anteriores. Al utilizar estos pensamientos alternativos en vez de las creencias negativas, se proporciona a los pacientes una estrategia de afrontamiento cognitivo que, con la práctica, le ayudará a modificar sus creencias negativas sobre las situaciones sociales temidas.

Solución de problemas

Al enseñar estrategias de solución de problemas es conveniente modificar con anticipación el procesamiento de información disfuncional vinculado a la ansiedad. Se debe considerar que la forma en que los niños ansiosos procesan la información repercute en su percepción e interpretación del mundo. Con base en el enfoque de solución de problemas, las situaciones que causan ansiedad no son incontrolables por lo que se enseña a los niños a plantear tales situaciones como problemas y a buscar varias opciones de solución que deben analizar detenidamente (Kendall, et al., 1992).

Un problema se puede definir como cualquier evento que implique una amenaza o desacuerdo entre lo que uno quiere y el suceso que provoca ansiedad. Dentro de este contexto, la solución implica cualquier respuesta de afrontamiento respecto al conflicto. Con las soluciones efectivas no sólo se resuelve el problema, sino que las consecuencias positivas se maximizan.

Cuando los niños aprenden a identificar problemas emergentes, usar sus recursos de afrontamiento y encontrar soluciones adecuadas, responden de manera acertada en el momento en que se presenta el problema, además esto les permite tener un desempeño autónomo e independiente que se verá reflejado en la adultez (Kendall, et al., 1992).

D’Zurilla y Goldfried (1971) han propuesto una secuencia de pasos propios de una buena estrategia de solución de problemas, los cuales se describen a continuación:

1. Orientación general. Cuando una persona se enfrenta a un problema experimenta diversas reacciones cognitivas, afectivas y conductuales. Tales respuestas incluyen diversas creencias, supuestos, expectativas, evaluaciones acerca del problema y de la propia habilidad para una solución eficaz. La orientación puede ser negativa o positiva. Una orientación negativa se observa en un individuo con una conducta impulsiva y con motivación evitativa, lo que suele impedir que intente resolver el problema en un futuro. En contraste, con una orientación positiva se proyecta una sensación realista de optimismo con la creencia de que los problemas en la vida son normales, además de resolverse con esfuerzo y el tiempo apropiado. Esto implica que en la solución de problemas el terapeuta tiene que guiar al paciente a comprender que las situaciones problemáticas son comunes. Es importante reconocer en qué contexto surge el problema, evitar reaccionar de manera automática o impulsiva e intentar activamente confrontar esas situaciones. Los pacientes pueden hacer uso de un registro para anotar las situaciones que les provocan ansiedad junto con los pensamientos, emociones y conductas que se suscitaron en tal situación.

2. Definición y formulación del problema. Con los registros que se vayan elaborando, las situaciones se tratarán de describir de forma concreta para facilitar el proceso de la solución del problema, con base en esto se plantean objetivos específicos a cumplir.

3. Generación de alternativas. Encontrar posibles soluciones mediante una “lluvia de ideas” y omitir los pre-juicios sobre las soluciones, pues la evaluación de cada una de ellas vendrá después.

4. Toma de decisiones. Cuando ya se tienen múltiples alternativas se evalúa funcionalmente cada una de ellas. Algunos de los criterios para llevar a cabo la selección son: a) la probabilidad de que la alternativa resulte efectivamente según el problema planteado; b) las posibles consecuencias personales, a corto y largo plazos, de acuerdo con la alternativa y c) las consecuencias

sociales, principalmente en las personas más cercanas. Una vez hecha la evaluación, se elige la solución que ha de llevarse a cabo.

5. Verificación. Después de efectuar las acciones para solucionar el problema, el último paso es verificar que se haya solucionado el problema, y observar los efectos positivos y negativos que surgieron. En caso de lograr una solución del problema, o si las consecuencias no son satisfactorias, entonces se repite el paso 4 y se opta por otra solución.

Este enfoque originalmente se utilizó con adultos, actualmente se ha extrapolado con éxito al tratamiento de niños. El énfasis en cada paso depende de las habilidades que tenga cada niño para reconocer un problema que necesita solucionarse, también de las diferentes habilidades para producir alternativas y evaluar eficazmente cada opción.

2.2 Técnicas conductuales

Relajación y respiración diafragmática

Las personas ansiosas presentan tensión gran parte del tiempo y no poseen habilidades adecuadas que les permitan relajarse (Sarafino, 2006). Según Öst (1987), las técnicas de relajación enseñan al individuo a reconocer las señales tempranas de su ansiedad (p. ej. estímulo fisiológico), y afrontarla para neutralizar los síntomas que presenta ante situaciones adversas. Existen diversas técnicas para controlar la ansiedad. La relajación y la respiración diafragmática son las técnicas utilizadas con mayor frecuencia, ya que el paciente no necesita de gran experiencia y puede aprenderlas con facilidad, se emplean según el problema y las características del paciente (Buela-Casal, et al., 2001).

Una manera usual de relajarse es mediante la relajación muscular progresiva. El objetivo de ésta técnica es que el paciente aprenda a distinguir cuándo está tenso y una vez que identifique el estado de tensión, se espera

que utilice dicho estado como una señal para que inicie la relajación. De tal forma que, el paciente contraiga y relaje sistemática y progresivamente grupos mayores de músculos de su cuerpo, los cuales se pueden dividir de la siguiente manera: rostro, cuello y hombros, extremidades superiores, abdomen, y extremidades inferiores. Para cada grupo de músculos el individuo contrae los músculos en un intervalo de 7 a 10 segundos y posteriormente los relaja por unos 15 segundos, de modo que la duración de una sesión lleva en promedio 20 minutos. Así mismo el terapeuta le indica a la persona que perciba las sensaciones (Sarafino, 2006).

A continuación se presentan las indicaciones a seguir de la técnica que Jacobson desarrolló originalmente en 1938 (Buela-Casal, et al., 2001):

Antes de iniciar:

- Explicar al paciente que los estados de ansiedad se reflejan mediante reacciones corporales (principalmente la contracción de los músculos), y si se relajan esos músculos se puede bajar el nivel de ansiedad.
- Evaluar el estado físico del paciente, preguntarle si tiene alguna dolencia muscular, fractura o dolor crónico. En el caso de los niños, preguntar a los padres. Si es así, se debe cambiar la aplicación de la técnica, inclusive utilizar otra para evitar que se produzca alguna lesión.
- Situar al paciente en una posición cómoda, es mejor que se sienta en un sillón relativamente inclinado de forma horizontal. Es adecuado que no posea objetos personales (relojes, pulseras, anillos, etc.) que puedan obstaculizar una relajación apropiada.
- Se debe explicar al paciente que con un buen entrenamiento y la práctica se obtiene un estado óptimo de relajación, que no se espera que se adquiera desde las primeras sesiones.
- En ocasiones, es importante que el terapeuta modele los movimientos de contracción y relajación conforme va pronunciando las instrucciones, con el propósito de que el paciente comprenda lo que tiene que hacer.

En el caso de los niños es conveniente darles una explicación detallada de cada ejercicio.

- Se sugiere que los ejercicios se realicen con los ojos cerrados para facilitar la concentración y la relajación. Sin embargo, se debe preguntar al paciente que de qué manera prefiere hacerlo. En el caso de los niños, se recomienda que tengan los ojos cerrados para evitar cualquier distracción.
- Preguntar al paciente si entendió todas las instrucciones.

Durante la relajación:

- Comenzar el entrenamiento pidiendo al paciente la tensión del músculo correspondiente. Decirle que mantenga apretado el músculo por unos segundos y posteriormente se le indica que lo afloje lentamente.
- Las instrucciones se repiten con cada músculo o grupo de músculos seleccionados para la relajación. El orden en que se relajan los grupos musculares depende de cada paciente. El orden a seguir es el siguiente aunque se prefiere céfalo-caudal: (1) puño y antebrazo (apretar la mano), (2) brazo completo (llevar la mano hacia el hombro y estirar el brazo completamente tenso), (3) frente (levantar las cejas), (4) ojos (cerrar los ojos de forma intensa), (5) lengua (llevar la lengua contra el paladar), (6) mandíbula (apretar la mandíbula), (7) labios (apretar los labios), (8) cuello (llevar la cabeza hacia atrás y hacia adelante), (9) hombros (subir los hombros, llevarlos hacia delante y hacia atrás), (10) pecho (contraer el pecho llenándolo de aire al mismo tiempo), (11) espalda (intentar juntar los hombros hacia atrás), (12) estómago (tensar los músculos del estómago), (13) muslos y glúteos (contraer la pierna y el glúteo) y (14) pie (doblar sólo el pie hacia arriba y hacia abajo).

Existen distintas versiones de ésta técnica, en el uso con niños se recomienda relajar grupos completos no tan específicos, según la edad del niño (Hernández-Guzmán, 1999). Conforme el paciente progresa en la práctica de la técnica, es adecuado realizar la relajación en menor tiempo, lo cual se consigue relajando grupos musculares cada vez mayores. El fin es lograr que

el paciente se relaje de manera rápida, de modo que mientras más rápido se relaje podrá enfrentar de forma más efectiva la situación aversiva (Buela-Casal, et al., 2001). Por su parte, Öst (1987) indica que conforme los pacientes se habitúan a la técnica mediante prácticas continuas, aprenden a relajarse sin tener que tensar los músculos previamente y en respuesta a la palabra relajación.

Al igual que la relajación, la respiración diafragmática, es otra técnica eficaz para controlar la activación autonómica y los síntomas fisiológicos de ansiedad. Su aplicación es sencilla y accesible, puesto que se puede utilizar en la mayoría de los lugares y es la técnica que más fácilmente controla la respuesta de ansiedad (Veltig, Setzer & Albano, 2004). Derivada de la técnica de Jacobson (1938), la respiración diafragmática se basa en respirar de forma correcta, llenando el estómago de aire y expulsándolo lentamente por la boca.

Los pasos a efectuar son los siguientes (Buela-Casal, et al., 2001):

Antes de iniciar:

- Explicar al paciente la relación entre estados de ansiedad y respuestas físicas del cuerpo.
- Enfatizar que la mayoría de las personas respira incorrectamente, es decir, levantando los hombros y llenando el pecho de aire. Explicar que estar en un estado de tensión altera la respiración ya que se hace más rápida e inconsistente, por lo que hacerlo resulta difícil.
- Explicar que el objetivo de esta técnica es aprender a respirar correctamente, enseñando al paciente a jalar el aire hacia su estómago en vez de hacerlo hacia sus hombros y pecho.
- Enfatizar al paciente que puede sentirse mareado en los primeros ejercicios debido a que no está acostumbrado a respirar correctamente, pero que es una sensación normal que disminuirá conforme practique la respiración.

Durante el procedimiento de respiración:

- El paciente y el terapeuta deben sentarse frente a frente de modo que el terapeuta sirva de modelo.
- Para facilitar el aprendizaje de esta técnica se pide al paciente que coloque sus manos en su estómago y que sienta el movimiento de su estómago conforme inhala y exhala el aire.
- El terapeuta inicia realizando el ejercicio unas cuatro o cinco veces y posteriormente se le pide al paciente que lo haga al mismo tiempo que él.
- Cada ejercicio se realiza tranquilamente y sin presiones.
- El procedimiento se repite unas 10 ó 15 veces dependiendo del estado del paciente.
- La técnica puede realizarse con los ojos abiertos o cerrados, según el deseo del paciente.

Por su parte, Hernández-Guzmán (2001) propone enseñar a los niños el proceso de la respiración diafragmática mediante el modelado. Con el propósito de facilitar la comprensión del proceso se le pide al niño que imagine que su estómago es como un globo que debe inflar con una sola inhalación, y después desinflarlo lentamente soplando hasta vaciarlo por completo. Conforme el niño domine la respiración profunda, se aumenta la dificultad pidiéndole que mantenga la respiración cerca de cuatro segundos. La duración de los periodos de relajación serán de máximo 15 minutos. También, se establecen periodos de descanso para evitar que el niño hiperventile.

Tanto en la relajación como en la respiración diafragmática se sugiere (Buela-Casal, et al., 2001; Caballo, 1995; Méndez, et al., 2001):

- Preguntar al paciente como se siente, de acuerdo a una escala de 1 a 10, donde esta última calificación indica el mayor nivel de ansiedad o tensión.
- Preguntar al paciente ¿qué le falló?

- Sugerir al paciente que practique el ejercicio en su casa diariamente.
- El horario más adecuado para practicar estas técnicas es por las mañanas, en caso de realizarlas por la noche, se explica al paciente que las técnicas no deben ser asociadas con el sueño, por lo que no es conveniente que las lleve a cabo cuando este cansado o cuando sea hora de dormir.
- Para facilitar la práctica diaria a los niños, se puede grabar el ejercicio en audio.
- Adaptar el lenguaje a la edad del niño (instrucciones sencillas) y programar sesiones cortas y frecuentes (sesiones de 15 minutos).
- Reforzar la colaboración del niño (elogios, sonrisas, etc.).
- Extinguir las conductas inadecuadas (risas, movimientos que no formen parte del ejercicio, etc.).
- Emplear música relajante.
- Al inicio de cada sesión se le pregunta al paciente por la práctica en casa y las dificultades a las que se enfrentó.

Sin importar la técnica que se utilice, se sugiere que los niños traten de practicar todos los días los ejercicios tanto en la sesión de terapia como en casa, ya que para esta población no es tan sencillo aprender a relajarse. Naturalmente al principio puede parecer difícil aprender las técnicas, pero con el tiempo y la práctica las personas logran el estado de relajación en menor tiempo (Goldbeck & Schmid, 2003).

Exposición y desensibilización sistemática

En la terapia con niños ansiosos, la técnica implica la exposición del paciente a una situación que le cause ansiedad, ya sea de forma imaginaria o real (*in vivo*) para que ponga en práctica habilidades cognitivo-conductuales que le permitan controlar la ansiedad (Bouchard, Mendlowitz, Coles & Franklin, 2004).

Dentro de la exposición existen subtipos: inundación (*flooding*), implosión y prevención de respuestas. El *flooding* consiste en exponer directamente al individuo a un estímulo o situación que provoque ansiedad intensa. En cambio, la implosión conlleva la construcción de niveles de ansiedad de alto grado, por medio de situaciones difíciles que pueden realizarse en la imaginación (el terapeuta relata las situaciones y el paciente se las imagina). Se enseña a los pacientes a permanecer en la situación hasta que logren habituarse y se extinga su ansiedad (Bouchard, et al., 2004). Por lo que se refiere a la prevención de respuestas, se utiliza preferentemente con los pacientes que padecen el trastorno obsesivo-compulsivo. Se trata de poner al niño ante las situaciones o estímulos que desencadenan los rituales compulsivos, sin que los lleve a cabo (Kendall, et al., 1992).

El supuesto teórico de esta técnica son los principios de: extinción, habituación y contra-condicionamiento. A continuación se explica la influencia de tales principios en la disminución de la ansiedad. Para comenzar, el principio de contra-condicionamiento se aplica en el desarrollo de la desensibilización sistemática, que implica una exposición mediante ensayos graduales (Ollendick, Davis & Muris, 2004). Wolpe (1950), desarrolló esta técnica sustentándose en la teoría de que si se confrontaba un estímulo temido al mismo tiempo en que se usaba un proceso de inhibición recíproca o empleando una técnica contrastante como la relajación, entonces el condicionamiento original de miedo ante el estímulo sería contra-condicionado (mediante un re-aprendizaje) con un estado de no ansiedad (Wolpe, 1990). En la desensibilización sistemática, el paciente y el terapeuta construyen una jerarquía de estímulos o situaciones temidas en donde se indica el nivel de ansiedad. Se instruye a los pacientes a progresar gradualmente hacia las situaciones más difíciles (Caballo, 1995; Kendall, et al., 2005).

A continuación se presenta una serie de pasos para llevar a cabo la desensibilización sistemática (Buela-Casal, et al., 2001):

- Explicación de la técnica. La intención es hacer saber al paciente claramente en qué consiste la técnica y los resultados que se pretenden

alcanzar. Se tiene que mencionar que no hay nada de que preocuparse, que el medio y la situación estarán bajo el control de ambos.

- Una vez que el paciente ha entendido el proceso que se implementará, se continúa con el entrenamiento en relajación.
- Elaboración de una jerarquía. Se debe elaborar un listado de 15 a 25 situaciones aproximadamente, de la menor a la mayor. Una forma de iniciar la jerarquía es identificar la situación a la que más teme el paciente y a partir de ésta identificar aquellas de menor temor. Una vez identificadas se pide al paciente que las ordene de manera ascendente asignando el último número a la situación de mayor temor. El terapeuta pide al paciente que describa detalladamente cada situación, después puede elaborar tarjetas que lo vayan guiando durante la sesión para que no deje escapar ningún detalle relacionado con la situación temida y logre la desensibilización. Además de construir escenas temidas, es conveniente elaborar una escena neutra placentera, la cual será utilizada entre cada estímulo de la jerarquía para dar pie a la relajación.
- Desensibilización. Siempre y cuando el paciente haya aprendido a relajarse, el paso siguiente es imaginar la escena neutra, al paso de unos segundos se pide al individuo que imagine la primera situación de la jerarquía por poco tiempo, luego se interrumpe la imagen con la escena neutra. Si con el primer elemento de la jerarquía no muestra ningún signo de miedo se sigue con la siguiente situación de la jerarquía. Por el contrario, si el paciente muestra mucho miedo, se recurre a la escena neutra y si aún así no se tranquiliza, se regresa al estímulo anterior de la jerarquía hasta que se logre la extinción de la ansiedad. Al terminar la sesión se comenta con el paciente lo sucedido y se le explica que pueden presentarse dificultades, pero que eso no significa que no pueda superar su problema.

Las situaciones de la jerarquía elegida por el terapeuta suelen obtenerse mediante la información proporcionada por el niño, los padres, maestros y otros significativos, además de las observaciones realizadas en escenarios naturales. Es importante que se tome en cuenta el tiempo de exposición y la intensidad de la interacción con el estímulo temido. Los niños pueden escribir

las situaciones en las que experimentan temor y ordenarlas de menor a mayor nivel de ansiedad (Méndez, et al., 2001).

En relación con los principios que subyacen al cambio conductual, se ha descubierto que para que la exposición proporcione efectos no es primordial recurrir a procesos de inhibición recíproca (elemento central para que el contra-condicionamiento aparezca). Así pues, la relajación o cualquier otra conducta incompatible a la respuesta de miedo no son tan fundamentales para llevar a cabo la exposición. Por tanto, no en todos los casos el contra-condicionamiento explica los efectos de la exposición. De hecho, la relajación está actualmente contraindicada en combinación con la exposición (Barlow, et al., 2004), pues es importante que la persona experimente las emociones asociadas con el estímulo ansiógeno.

Como alternativa, la extinción podría explicar los mecanismos inmersos en la exposición. Ésta aparece cuando después de varios ensayos, la respuesta de ansiedad deja de producirse en la presencia del estímulo condicionado. También, la extinción genera un reforzamiento negativo, dado que se experimenta una disminución de la ansiedad incluso en presencia del estímulo condicionado. De modo similar, sucede la habituación cuando el individuo se encuentra repetidamente con un estímulo o situación que provoca ansiedad, hasta que finalmente el nivel de activación deja de inducir un malestar elevado (Kendall, et al., 2005).

Respecto a los mecanismos cognitivos que proporcionan argumentos para la exposición, se tiene que tomar en cuenta que las teorías cognitivo-conductuales contemporáneas se sustentan en los principios de aprendizaje que proporcionan una explicación del proceso de las representaciones internas de los estímulos, de las conductas y las consecuencias, además de las asociaciones entre estos aspectos. Al existir una asociación de un estímulo con una consecuencia desagradable, se abarca tanto la información sobre el estímulo como el significado de la posible respuesta (Bouchard, et al., 2004).

El cambio cognitivo puede ocurrir como consecuencia de la exposición, pues induce al paciente a la reinterpretación de su reacción a situaciones de ansiedad, de las diferentes formas de percibir los propios recursos, la revaloración de la amenaza real de la situación y la confrontación de sus pronósticos iniciales con lo que realmente resulta cuando se expone al estímulo. Este cambio también se puede observar cuando en la exposición, el niño desarrolla habilidades de afrontamiento y cuando su percepción para afrontar las situaciones mejora su ansiedad disminuye (Kendall, et al., 1997). Tal vez la mejoría del afrontamiento tenga que ver con la oportunidad que tienen los niños de re-evaluar su auto-eficacia al dominar las situaciones que les provocaban malestar o que incluso tenían que evadir. Para que se rompan las asociaciones disfuncionales de amenaza con los estímulos o situaciones, es necesario practicar los ejercicios varias veces hasta que se vuelvan monótonos. Esto también implica que en la medida en la que aumente las experiencias de control y auto-eficacia del niño, sus esquemas cognitivos se modificarán y sus conjeturas negativas se minimizarán hasta ser opuestas (Bouchard, et al., 2004).

Es importante resaltar que la exposición (imaginaria o en vivo) se puede realizar sin seguir la jerarquía de menor a mayor. Aunque en el caso de los niños con ansiedad es conveniente iniciar con el nivel menor para propiciar que el tratamiento sea tolerable y que el niño con sus logros se impulse a dominar las situaciones más temidas (Compton, et al., 2004). Se sugiere empezar a practicar gradualmente con las exposiciones imaginarias en vez de las exposiciones en vivo, el terapeuta se puede apoyar con historias narradas o escritas. Pero antes se puede emplear la representación de papeles entre el terapeuta y el niño para que este último aprenda y ponga en práctica habilidades de afrontamiento (Bouchard, et al, 2004).

Una opción reciente para llevar a cabo la exposición es de forma virtual sin necesidad que sea en vivo, incluso se sugiere realizar a la par ambos modos (Bouchard, et al., 2004).

También, se sugiere propiciar la generalización de las habilidades y de la extinción de la respuesta de ansiedad, mediante la práctica en varios escenarios y con diferentes actores o mediante un cambio general en los esquemas cognitivos (Treadwell & Kendall, 1996).

Específicamente, en la fobia social en niños, las técnicas de exposición (en vivo o imaginada) son un elemento necesario para el tratamiento (Olivares, et al., 2004). Pero se tiene que tener presente que las sesiones de exposición tienen que planearse y dirigirse adecuadamente.

Es esencial que el terapeuta al aplicar la técnica considere todos los elementos necesarios para el procedimiento como incluir las características de cada paciente, la opinión de éste, los objetivos de la terapia e incluso del apoyo de los padres en el caso de los niños.

Modelamiento

Así como los niños aprenden a tener ansiedad al observar la reacción de otros y de las consecuencias de las acciones de otros, se pueden aplicar los principios del modelamiento para enseñar a los niños a afrontar de forma positiva las situaciones que les provocan ansiedad. El modelamiento es una técnica que puede facilitar la extinción de la respuesta ansiosa. Se trata de que el niño observe a un modelo enfrentarse al estímulo que causa ansiedad, ejecutando conductas de interacción con dicho estímulo y ver de qué manera maneja tal suceso, sin que haya consecuencias aversivas. Cuando el terapeuta termine el proceso, el paciente debe intentar repetir dicha conducta. El modelamiento se puede utilizar de diferentes formas, ya sea simbólicamente mediante videos, imágenes o muñecos, o por medio de modelos reales (Buela-Casal, et al., 2001; Ollendick & King, 1998).

Entre las distintas modalidades de modelamiento, según una revisión realizada por Ollendick y King (1998), el modelamiento asistido (en el que el terapeuta ayuda al niño a afrontar la situación de ansiedad) es el que promueve

mejores resultados, seguido por el modelamiento en vivo y el modelamiento en videos (Albano & Chorpita, 1995). Se ha demostrado que esta técnica, en los niños es más efectiva cuando los modelos son parecidos en el nivel de miedo, edad y sexo, ya que ante estos modelos los niños suelen responder mejor (Caballo, 1995).

Ollendick y Cerny (1981) plantean un procedimiento de modelamiento para personas ansiosas denominado “tag along” (imitar o seguir el ejemplo) en el que el terapeuta al exponerse a un estímulo o situación que provoca ansiedad modela una conducta de afrontamiento, y después el niño tiene que imitar la conducta del terapeuta. De forma similar, Kendall, et al., (1992) definen un proceso que han nombrado “modelamiento de afrontamiento”, en el cual el terapeuta actúa como un modelo sobre cómo afrontar una situación que provoca ansiedad. En esta ocasión el terapeuta describe verbalmente una interpretación distorsionada de la situación, y exhibe un comportamiento inadecuado, al mismo tiempo trata de corregir esos errores. Por ejemplo, el terapeuta explica las sensaciones de ansiedad y muestra alternativas para afrontar la situación. Se pretende que cuando el niño los observe adquiera las habilidades necesarias para responder eficazmente ante ciertas situaciones de la vida real. Kendall y sus colaboradores agregan que el moldeamiento debe utilizarse de acuerdo con el caso particular del niño, y según sus necesidades cognitivas y conductuales.

Buela-Casal, et al. (2001) proponen los siguientes pasos para su aplicación:

- Explicar la utilidad de la técnica de modelamiento al paciente.
- Enfatizar la importancia de que el paciente realice diversas conductas que se consideran negativas y desagradables, pero que lo hará con el apoyo cercano del terapeuta.
- Seleccionar las conductas a realizar dependiendo del caso y de las características del paciente.
- Cerciorarse de que el paciente observa todo lo que hace el terapeuta.

- Realizar la conducta lentamente, se puede apoyar con autoinstrucciones.
- Invitar al paciente a realizar la conducta.
- Repetir el procedimiento las veces que sea necesario para que el paciente aprenda y ejecute las conductas de aproximación e interacción.
- Realizar una segunda conducta, aumentando el nivel de miedo.

El modelado en vivo implica exhibir una conducta de aproximación a la situación temida, ya sea frente al niño (modelado individual) o frente a un grupo de niños (modelado grupal), que observa el comportamiento modelado. La naturaleza aversiva del procedimiento se minimiza empleando una graduación de las conductas a realizar, a fin de que el niño o el grupo consigan alcanzar un nivel de esfuerzo e interacción cada vez mayor (Méndez, et al., 2001).

Una ventaja importante del modelado en vivo es su flexibilidad, debido a que la retroalimentación constante permite al modelo adaptar su actuación a las características de cada niño. Si al realizar una determinada acción la expresión facial del observador denota miedo intenso, el modelo interrumpe su conducta y repite comportamientos más sencillos hasta comprobar que el temor del niño disminuye, antes de proseguir con comportamientos de aproximación más complejos (Méndez, et al., 2001).

Por otra parte, el modelado simbólico se apoya en métodos audiovisuales. Usualmente, las filmaciones exhiben uno (modelado simple) o varios modelos de diferente edad y sexo (modelado múltiple), en la secuencia siguiente: (1) manifestación de preocupaciones y miedos, (2) adquisición de estrategias de afrontamiento (relajación, respiración, imaginación, autoinstrucción), (3) superación del miedo (Méndez, et al., 2001).

En el caso de los niños, puede ser conveniente que el terapeuta recurra a los padres u otros significativos como los pares, con el fin de mostrar al niño la conducta de acercamiento y de interacción que debe asumir ante la situación fóbica. El terapeuta debe asegurarse de que las personas que participen en el

modelado estén seguros y tranquilos para que no muestren conductas inapropiadas en el proceso (Méndez, et al., 2001).

En general, el empleo de modelos en las prácticas de exposición favorece el enfrentamiento ante los estímulos temidos. Además, acompañar al paciente en la práctica proporciona mejores resultados (Buela-Casal, et al., 2001).

Representación de papeles

La representación de papeles (role-playing) es una técnica que consiste en actuar una situación para que el individuo pueda experimentar diversas soluciones y formas de reaccionar ante tal hecho. Esta técnica ayuda a practicar habilidades aprendidas con anterioridad, además, permite incorporar nuevas habilidades que aún no se han enseñado. Por ejemplo, se puede utilizar para enseñar la relajación, en donde el terapeuta inicia modelando la conducta y va orientando al niño durante el ejercicio, para después el niño tomar el papel del terapeuta y jugar ahora a ser él el guía. Esto permite verificar que el niño esté aprendiendo las habilidades adecuadamente y que las practique lo necesario al punto que se habitúe a su uso (Kendall, et al., 1992).

Un predecesor significativo de la representación de papeles puede ser el modelamiento puesto que el niño se va adaptando a las habilidades que debe exhibir. Durante el ejercicio, es fundamental que el terapeuta vaya corrigiendo los errores cognitivos, emocionales y conductuales, así mismo, debe tratar que el niño exprese sus pensamientos y emociones para que después los compare con los que él manifestó cuando estaba en la misma situación (Kendall, et al., 1992).

Se sugiere graduar la representación de papeles, lo que implica que la actividad vaya de lo sencillo a lo complejo, también, se puede realizar de manera imaginaria. Si la técnica se emplea con niños de corta edad, las

descripciones que el terapeuta emplee deberán ser precisas e intentar que el niño se involucre totalmente en el ejercicio (Kendall, et al., 1992).

Reforzamiento y manejo de contingencia

El aprendizaje por consecuencias es un principio básico del comportamiento. Se han desarrollado diversas técnicas para la modificación de la conducta que se sustentan en los principios del condicionamiento operante. La diferencia entre las técnicas que se explicarán a continuación y otras basadas en el condicionamiento clásico (como la relajación), es que en este caso no se busca disminuir ni controlar la ansiedad antes de exponerse a una situación particular, sino que se pretende que la conducta se modifique dependiendo de las consecuencias que se presenten al estar en tales situaciones (Albano & Chorpita, 1995).

El reforzamiento es una técnica para modificar directamente la conducta ansiosa mediante el manejo de contingencias. Asimismo se puede usar como un complemento en otras técnicas, al reforzar la práctica de las habilidades que se enseñan al niño en el tratamiento. Por ejemplo, si el niño contribuye en otras de las actividades del tratamiento (modelamiento, ejercicios de relajación, entre otros), o si realiza las tareas que el terapeuta asigna entre una sesión y otra, se sugiere reforzar esa conducta (Kendall, et al., 1992).

Diversos tipos de reforzadores se pueden otorgar dentro y fuera de la sesión terapéutica, como son los reforzadores tangibles (premios como un dulce, un juguete pequeño, la acumulación de puntos para adquirir un objeto más grande, etc.), reforzadores verbales (decir palabras que animen al niño para seguir adelante, reconocer verbalmente su esfuerzo o su éxito, etc.), y reforzadores sociales (salir a jugar con amigos, ir a algún evento recreativo, etc.) (Kendall, et al., 1992).

Pero también, durante el tratamiento es favorable enseñar al niño a auto-reforzarse, ya que se espera que el niño ponga en práctica las habilidades que

va aprendiendo cuando enfrente situaciones fuera de la sesión de tratamiento. Previo al auto-reforzamiento, se debe entrenar al niño en habilidades de auto-evaluación. Si bien los niños ansiosos tienden a auto-evaluarse de manera espontánea y sus estándares suelen ser irreales o perfeccionistas. Por esta razón, el terapeuta debe enseñarles a hacer evaluaciones más realistas y positivas de tal forma que después se auto-refuercen. Este procedimiento se facilita al dividir una meta en unas más pequeñas, y al enseñar al niño a auto-reforzarse en proporción de sus logros. Así, cuando el terapeuta o los padres no estén presentes, el niño deberá auto-reforzarse con el propósito de fomentar la práctica las habilidades aprendidas (Kendall, et al., 1992).

En los niños con ansiedad o con fobias, el manejo de contingencias consiste, por un lado, en aplicar reforzamiento positivo cuando el niño muestre una conducta de acercamiento hacia la situación o estímulo temido. El reforzamiento se puede dar por aproximaciones sucesivas en el caso de que la conducta deseada sea compleja, o en el caso en el que el niño no puede realizar la conducta de una sola vez. Por otro lado, en ignorar sistemáticamente conductas de evitación u otras conductas relacionadas con los trastornos de ansiedad (Albano & Chorpita, 1995).

Para que el manejo de contingencias tenga un mejor efecto se puede crear un programa, sustentado en un análisis funcional, para cada caso. De esta forma, se podrá saber el momento en que la conducta de ansiedad del niño está siendo reforzada y cuál es el reforzador. Precisamente, el análisis funcional permite conocer los factores que mantienen la respuesta de ansiedad, y da la pauta para elegir los elementos que deben eliminarse para que la respuesta se extinga. Por otro lado, el análisis funcional también favorece la selección de los reforzadores para las conductas deseadas y el conocimiento de los momentos adecuados para su administración (Ollendick, et al., 2004; Ollendick & King, 1998).

2.3 Otras estrategias terapéuticas

Psicoeducación

Dentro de la terapia cognitivo-conductual la psicoeducación es un elemento típico que se puede usar no sólo en diferentes trastornos, sino también en diferentes poblaciones. Desde una perspectiva psicológica tal estrategia consiste en enseñar al paciente la forma en que algunos factores influyen en su trastorno y lo que implica el tratamiento que va a recibir. Es así que el proceso para las personas que padecen trastornos de ansiedad implica que el terapeuta de a conocer la naturaleza de la ansiedad, cómo se aprende y se mantiene tomando en cuenta otros elementos que puedan servir de apoyo (Veltig, et al., 2004).

De modo similar, cuando se trata de individuos con fobia social la psicoeducación se implementa en una sesión de grupo. Durante esta sesión, los pacientes reciben información sobre su sintomatología, etiología y los aspectos de la terapia. En las sesiones del tratamiento para fobia social se enseñan habilidades sociales con el fin de hacer que los pacientes las adquieran y practiquen. Además, debido a que los sujetos con fobia social a menudo piensan que nadie comprende su malestar, la sesión de psicoeducación proporciona una oportunidad para que los participantes conozcan a otras personas que tienen el mismo trastorno (Turner, Beidel & Flood, 2003).

A los niños también se les explican las técnicas y estrategias del tratamiento antes de llevarlas a cabo. Se les informa que es lo que van a aprender, lo que se planea lograr mediante las técnicas y la importancia de su ejecución. Las explicaciones que se proporcionen deben ser adecuadas al vocabulario del niño para que comprenda con claridad el proceso terapéutico. Así, la psicoeducación es un elemento que va a estar presente desde el inicio del tratamiento hasta el final del mismo. Puesto que los padres juegan un papel fundamental en el origen, mantenimiento y tratamiento del trastorno de sus

hijos, es conveniente que el terapeuta les explique los mismos puntos que se trabajarán en el procedimiento (Veltig, et al., 2004).

Enseñar al paciente la contribución de los componentes cognitivo, emocional y conductual en los síntomas que experimenta, así como el tipo de tratamiento que se tendrá que desarrollar, es de gran utilidad para que la persona adquiera un mayor conocimiento de las razones de la intervención y así asegurar la comprensión de los objetivos de la terapia hacia un compromiso mutuo entre paciente y terapeuta necesario dentro de la terapia. Sin embargo, la psicoeducación por sí sola no produce cambios duraderos. Su empleo siempre deberá ir acompañado del de otras técnicas como la exposición.

Entrenamiento en habilidades sociales

En algunas ocasiones, más que pensamientos distorsionados, los pacientes presentan déficits de conducta, lo que sugiere la necesidad de recurrir a estrategias de intervención encaminadas a dotarles de las habilidades que les permitan interactuar satisfactoriamente con el estímulo fóbico. Tal es el caso del entrenamiento de habilidades sociales, en el caso de la fobia social.

El proceso de esta técnica incluye instrucciones respecto a las actividades que se tienen que realizar, modelado por parte del terapeuta, ensayo de conducta del paciente, refuerzo positivo y retroalimentación para corregir la acción. Así se tendrá que iniciar de nuevo la secuencia las veces que sea necesario hasta lograr una buena actuación (Olivares, et al., 2004).

El entrenamiento de habilidades sociales aborda áreas en cuanto al déficit de habilidades: a) darse cuenta del ambiente social, b) habilidades interpersonales y, c) habilidades para hablar en público. Dentro de cada área se enseñan habilidades específicas, que incluyen desde presentarse, iniciar y mantener conversaciones, dar y recibir cumplidos, ser asertivo, escuchar a los demás, recordar información y presentar una exposición oral. Es importante puntualizar que, además, de abordar en el entrenamiento un contenido verbal,

también se tienen que tomar en cuenta los componentes no verbales de las habilidades sociales como el tono y volumen de voz, la postura corporal y el contacto ocular. Para concluir, las sesiones de entrenamiento en habilidades se pueden poner en práctica con tareas para casa (Turner, Beidel & Flood, 2003).

Prevención de recaídas

Para el final del tratamiento, se toman medidas para la prevención de recaídas. Este es un elemento que trata de fortalecer el aprendizaje de las habilidades que se enseñaron a lo largo del tratamiento, promover la generalización y mantener los beneficios obtenidos en el tratamiento. La prevención de recaídas es esencial en la terapia cognitivo-conductual, pues ésta es frecuentemente una terapia más o menos breve, donde se toman medidas con el fin de mantener los resultados. Algunas maneras de lograr esto es proporcionar o pedir al niño que utilice una libreta o un diario en donde anote algunos aspectos y ejercicios importantes del tratamiento que le sirvan como apoyo para un futuro, espaciar las sesiones hacia el final del tratamiento y programar algunas de refuerzo después de varios meses o hacerlo vía telefónica (Veltig, et al., 2004). También, es importante explicar tanto al niño como a los padres que pueden ocurrir recaídas, lo cual no es motivo para discontinuar la aplicación de las técnicas aprendidas, sino todo lo contrario, se les induce para que sean consistentes en su aplicación.

Las técnicas de la terapia cognitivo-conductual proporcionan una gran cantidad de habilidades y recursos al paciente, además son muy dinámicas y flexibles, pues su aplicación se puede adecuar dependiendo del caso y el contexto. Es importante tener en cuenta que las técnicas cognitivo-conductuales son necesarias más no suficientes, pues no pueden proveer todos los mecanismos necesarios para un tratamiento. En este capítulo se abordaron las características de un manual, los pros y contras de su uso en psicoterapia, además de las precauciones que se deben tener antes de llevarlo a la práctica para certificar su eficacia. Con lo cual se busca proteger la integridad del paciente y la imagen de la psicología mediante el uso

responsable de los manuales además de proveer una gran contribución tanto en la psicoterapia como en el propio terapeuta. Si bien, los manuales psicoterapéuticos se integran de un tratamiento, es por ello que en el siguiente capítulo se describirán algunas intervenciones terapéuticas, así como su eficacia para el control de la ansiedad, tal como la terapia cognitivo-conductual cuya introducción en el uso de manuales de tratamientos es amplia y que en el presente trabajo será uno de los aspectos centrales.

3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA ANSIEDAD EN NIÑOS

En este capítulo se mencionará y se pondrá mayor énfasis en la intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la ansiedad en niños (con la opción de incluir a los padres en el tratamiento), pues es la intervención con mayor cantidad de datos que sustentan su eficacia, dan a conocer sus limitaciones, además de sus importantes ventajas. No obstante, se mencionarán brevemente los tipos de tratamiento más empleados, para conocer en qué difieren de la terapia cognitivo-conductual y por qué esta última brinda mayores beneficios.

3.1 Tratamiento psicodinámico

La tendencia psicodinámica toma como base algunos elementos del psicoanálisis. Aborda la ansiedad, miedos subyacentes, la resolución de problemas de separación, independencia y autoestima. En ocasiones se propone a los padres trabajar sus propios temores de separación, o bien, otros causantes de ansiedad (Bernstein, Borchardt & Prewien, 1996; Bernstein & Kinlan, 1997).

Al inicio de este tipo de tratamiento para la ansiedad en niños, se tienen que recabar detalles referentes al surgimiento y el contexto en el que se da el trastorno. Es necesario, que la información reunida incluya aspectos del desarrollo del niño, la presencia de posibles somatizaciones, la relación con los cuidadores primarios, el modo en que expresa sus emociones, especialmente, la ansiedad, cómo influyen los padres en los problemas de los niños, entre otros aspectos (Solloa, 2001). En el tratamiento psicodinámico se debe tener presente la edad del niño, la posible participación de los padres y su disposición, el diagnóstico diferencial para que se elija entre el psicoanálisis o una terapia psicoanalítica breve.

Como el propósito de esta intervención consiste en “analizar y modificar los principales mecanismos de defensa y producir cambios estructurales en el yo y superyó, los conflictos inconscientes se llevan a la conciencia, y una vez que el del niño se ha fortalecido con la relación terapéutica, será capaz de manejar con mayor adecuación sus conflictos y de encontrar en la realidad soluciones más adaptativas para ello” (Solloa, 2001, p.223).

Algunas de las técnicas que se pueden emplear durante las sesiones terapéuticas son las siguientes (Muratori, Picchi, Bruni, Patarnello & Romagnoli, 2003):

- *Actividades lúdicas.* El juego es un elemento psicodinámico, en donde el niño puede expresar su ansiedad y reelaborar sus preocupaciones excesivas. El terapeuta puede optar por la modalidad del juego libre o bien dirigido para que perciba de manera rápida y directa las preocupaciones que tiene el niño. Los mecanismos de defensa de éste son adecuados cuando juega normalmente. Pero si sus mecanismos son deficientes, la angustia puede provocar que no tenga la paciencia suficiente para aprender un juego nuevo o que se le dificulte concentrarse.
- *El dibujo.* Técnica útil para que los niños representen sus miedos o angustias. El terapeuta pide al niño que explique su dibujo y aprovecha para corregirle sus suposiciones erróneas.
- *Uso de historias metafóricas.* A medida que el terapeuta ayuda al niño a construir una historia, puede dar sugerencias inconscientes de tal forma que el niño manifieste simbólicamente sus temores, por consiguiente ayudarlo a enfrentarlos.

No obstante, los datos a partir de estudios controlados, sobre la eficacia de este tratamiento son escasos (Kronmuller, et al., 2005; Muratori, et al., 2003).

3.2 Psicofarmacología

Es mínima la investigación publicada sobre la eficacia de los medicamentos para el tratamiento de niños con ansiedad (Walkup, Labellarte & Ginsburg, 2002). Hacen falta especialistas entrenados en esta área, además que los medicamentos salen a la venta después de que se han analizado para la población adulta. Aunque existen algunos estudios los resultados no siempre llegan a publicarse (Nauta, 2005).

Los fármacos usados frecuentemente son:

- a. *Antidepresivos*. A partir del conocimiento que se tiene sobre las similitudes entre los trastornos de ánimo y los de ansiedad, se opta por el uso de antidepresivos (Solloa, 2001). Los antidepresivos tricíclicos que se usan actualmente para tratar trastornos de ansiedad de separación, trastornos obsesivo-compulsivos y fobias escolares son la fluoxetina (Prozac) y la imipramina. Los datos respecto a su eficacia en niños son imprecisos, debido a que algunos estudios han mostrado resultados superiores a los de un placebo, pero otros no (Bernstein, Hektner, Borchardt & McMillan, 2001). Además, su empleo en niños implica riesgos dado que los niveles de dosificación no están claros (March, 2002). En cambio, se ha probado la eficacia con otros antidepresivos como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo infantil (Geller, Hoog & Heiligenstein, 2001), trastorno de ansiedad por separación y fobia social (Birmaher, et al., 1994), en comparación con placebos. A pesar de que se acepta la eficacia de los ISRS en el tratamiento de ansiedad en niños, hace falta investigación para evaluar su eficacia a largo plazo, los posibles efectos secundarios (Walkup, et al., 2002), y los posibles efectos adversos en los casos de comorbilidad con depresión (Nauta, 2005). Algunos de los efectos colaterales de los antidepresivos tricíclicos son: mal sabor de boca, pérdida del apetito, náusea, vómito, diarrea, disminución de la movilidad intestinal y espasmos, incremento de la presión intraocular, dificultad para orinar,

falta de coordinación motora, taquicardia sinusal, aumento o disminución de la glucosa, sólo por mencionar algunos (Uriarte, 2005).

- b. *Ansiolíticos*. En este grupo se ubican las benzodiazepinas, que son los fármacos más recetados para tratar la ansiedad. Las benzodiazepinas tienen efectos clínicos positivos al deprimir el sistema nervioso central, en particular el sistema límbico. Su eficacia está comprobada para el tratamiento de ansiedad en adultos (Walkup, et al., 2002). Es frecuente que se usen como sedantes para restablecer el ciclo de sueño y reducir la ansiedad (Kratochvil, Ksutcher, Reitter & March, 1999). La duración de los efectos y de los niveles de sedación en cada tipo de ansiolíticos es diferente (Sheeman, 1996). El uso de estos medicamentos por períodos prolongados puede causar dependencia, además de que paulatinamente pierden su efecto positivo hasta provocar tolerancia (Bernstein & Kinlan, 1997), incluso producen efectos secundarios como confusión, fatiga y somnolencia. En tres ensayos clínicos aleatorios se ha evaluado su uso con niños, pero ninguno ha tenido resultados positivos en comparación con los efectos de un placebo (Bernstein, Garfinkel & Borchardt, 1990; Graae, Milner, Rizzotto & Klein, 1994; Simeon, et al., 1992).
- c. *Betabloqueadores*. Reducen la hiperactividad del sistema nervioso simpático, por consiguiente, disminuyen algunos síntomas como los temblores y el enrojecimiento. Algunos efectos secundarios son mareos, náusea, fatiga, somnolencia y disminución de la presión arterial. Se deben suprimir gradualmente, de lo contrario, se producen efectos parecidos al síndrome de abstinencia (Solloa, 2001).

Aún no existen investigaciones que demuestren la eficacia de los fármacos y los lineamientos específicos aplicados al tratamiento de ansiedad en niños, sin embargo, es común que los psiquiatras los consideren como primera línea de intervención. Son mínimos los datos encontrados y los ISRS parecen ser los fármacos más prometedores en el tratamiento de la ansiedad en niños. No obstante, se debe estar consciente de que todos los fármacos tienen efectos secundarios a nivel neurológico y psicológico, pero sus beneficios se pueden mantener si se asocian con otras intervenciones, en vez de utilizarlos como un sustituto. Si se presentan casos graves, es

recomendable dar medicamentos a los niños cuando la sintomatología los imposibilite para desarrollar sus actividades cotidianas. En todo caso, continúan las preocupaciones sobre los efectos a largo plazo de los medicamentos, por lo que se necesita investigar la duración óptima del tratamiento farmacológico (Walkup, et al., 2002).

3.3 Terapia cognitivo-conductual en comparación con el tratamiento psicofarmacológico

A lo largo de los últimos 40 años, han surgido diferentes intervenciones tanto cognitivo-conductuales como farmacológicas, más minuciosas y sustentadas empíricamente, que abarcan todos los trastornos de ansiedad. Algunos clínicos consideran que las razones por las que es mejor combinar psicofármacos con la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la ansiedad son: 1) cuando el trastorno es muy grave, el integrar dos tratamientos puede acelerar los beneficios; 2) cuando existen comorbilidades, es preferible emplear más de un tratamiento y 3) si se obtiene un resultado parcial a partir de un tratamiento, se puede adicionar otro, de modo que se abarquen más dominios del trastorno y así mejorar los resultados (March, 2002).

Se piensa que aplicar una combinación secuenciada de estos tratamientos, en vez de una simultánea, puede ser más satisfactorio. Dado que aún no hay investigaciones necesarias sobre el uso de psicofármacos para tratar la ansiedad en niños, no se puede sostener que la combinación de tratamientos (farmacológico y psicosocial) ofrece beneficios adicionales en comparación con alguno de los dos tratamientos por separado.

Sin embargo, en investigaciones realizadas con adultos con ansiedad, la combinación de tratamientos farmacológico y psicosocial, no arrojaron mayores ganancias en comparación con alguno de los dos tratamientos por separado (Barlow, et al., 2004; Kendall & Choudhury, 2003). Puede ser que no se generalice este dato en todos los casos, debido a la presencia de comorbilidades en el paciente. Por ejemplo, Jensen, Martin y Cantwell (1997)

encontraron que los niños con un trastorno de ansiedad comórbido con un trastorno por déficit de atención recibían los mismos beneficios al recibir un tratamiento psicosocial (terapia conductual) combinado con un farmacológico, que de un tratamiento farmacológico únicamente. Análisis posteriores de este estudio señalaron que esto sólo aplica para los casos menos graves. Por el contrario, en los casos más graves, la combinación de los tratamientos dio resultados más favorables.

La ventaja de la TCC sobre el tratamiento farmacológico es la mayor duración de su efecto después de haber concluido el tratamiento (Barlow, et al., 2004). Esto se debe al entrenamiento que reciben los pacientes para afrontar las situaciones ansiógenas. En cambio, con los tratamientos farmacológicos se corre el riesgo de que los pacientes usen el medicamento como medio para evitar los síntomas, lo cual implica que al no afrontar su ansiedad, no aprenden a manejar su situación. Aunque existen psicofármacos que alivian algunos síntomas de ansiedad, los tratamientos psicosociales, en especial, la terapia cognitivo-conductual, demuestran mayor eficacia.

3.4 Terapia Cognitivo-Conductual

La evolución de la terapia conductual que se dio a partir de la teoría del condicionamiento clásico y operante, concuerda en la influencia que ejercen las interpretaciones del paciente en la interacción con su entorno. Resalta la importancia que tiene el ambiente sobre la conducta del individuo y la perspectiva cognitiva. También, destaca las emociones y pensamientos como pautas de la conducta. Así, la terapia cognitivo-conductual (TCC) reúne tanto una perspectiva conductual como el cambio de cogniciones. Algunas estrategias de la TCC se enfocan en primer lugar a modificar la conducta para después continuar con los pensamientos y sentimientos. En cambio, con otras estrategias se trata de lograr conductas más asertivas y adaptativas, mediante una re-estructuración más positiva (Bernstein & Kinlan, 1997; Compton, et al., 2004).

Kendall, et al. (1992) aportan una descripción más detallada de la combinación entre el enfoque conductual y el cognitivo para comprender la conducta de los individuos:

1. el sujeto responde a representaciones cognitivas y no al ambiente *per se*;
2. el aspecto cognitivo influye en el aprendizaje humano;
3. existe una interrelación causal entre los pensamientos, sentimientos y conductas;
4. las actitudes del individuo, sus expectativas, atribuciones y otras actividades cognitivas son elementos significativos para crear intervenciones terapéuticas;
5. los procesos cognitivos se integran con paradigmas conductuales. Se puede combinar técnicas cognitivas con técnicas conductuales y manejo de contingencia conductual para tratar a los pacientes con algún trastorno.

La TCC es una compilación de intervenciones que se deben entender y tratar desde una perspectiva de aprendizaje social. Conocer y dominar dichas intervenciones permite al terapeuta planear una terapia según sea el caso e instrumentar las diferentes intervenciones, ante una gran variedad de trastornos, de manera flexible y en la presencia de diversas comorbilidades. Independientemente de la elección de las intervenciones o estrategias específicas que se realice para el tratamiento, la instrumentación profesional y formal de una terapia cognitivo-conductual debe someterse a los siguientes lineamientos (Albano & Kendall, 2002; Compton, et al., 2004; March, 2002):

- a. Adherirse al modelo científico-clínico para seleccionar los tratamientos según datos de investigación o aplicarlos siguiendo un formato de evaluación para determinar su eficacia.
- b. Es fundamental elaborar un análisis funcional de la conducta que se desea modificar, considerando los factores situacionales, cognitivos y conductuales, que la provocaron o la mantienen. Todo comportamiento está regulado por contingencias ambientales (y según la teoría cognitiva,

por emociones y pensamientos), de manera que, la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas es el foco de evaluación y tratamiento. Dentro de este análisis, tanto las conductas mismas, como sus antecedentes y consecuencias se deben definir operacionalmente y medir objetivamente. La conducta difiere de un escenario a otro, por lo que una evaluación a partir de diversos informantes, métodos u dominios, puede ser de gran utilidad.

- c. Enfatizar aspectos psicoeducativos para explicar al paciente la problemática que padece, los factores personales y ambientales relacionados y la orientación del tratamiento para modificarlos.
- d. Instrumentar intervenciones para problemas específicos diseñadas para reducir los síntomas.
- e. Establecer un plan de recaídas y de generalización del tratamiento al final del mismo.

Aunque el desarrollo de trastornos de ansiedad tiene un componente genético, los psicólogos cognitivo-conductuales citan en su tratamiento a los factores de aprendizaje y ambientales que participan, en mayor medida, en el desarrollo de los mismos. Ya que son los factores proximales y los más susceptibles al control en alguna medida. Así, el terapeuta debe considerar la sintomatología del niño según el contexto específico y las limitaciones para su desarrollo normal (el análisis funcional es un elemento que puede ayudar en este proceso) (Albano & Kendall, 2002).

También, la función del terapeuta cognitivo-conductual se puede entender desde una perspectiva de solución de problemas. Primeramente, el terapeuta evalúa los procesos cognitivos disfuncionales del paciente y posteriormente diseña experiencias de aprendizaje para anular esas cogniciones y así eliminar los patrones de conductas y emociones disfuncionales. El terapeuta enseña al paciente un conjunto de habilidades adaptativas para afrontar síntomas específicos, asociados con malestar subjetivo y con disfuncionalidad y, al mismo tiempo que lo guía, trata de extinguir conductas que no favorecen al afrontamiento (Kendall, et al., 1992; March, 2002).

Al emplear un enfoque cognitivo-conductual dentro de la terapia con niños y adolescentes es necesario considerar algunas implicaciones sobre el desarrollo psicológico. Puesto que las cogniciones están en proceso de desarrollo en dicha población, son diversos los factores que influyen en tal proceso, como la familia, los compañeros y la escuela. El reto para la TCC con niños y adolescentes, no sólo es modificar los estilos disfuncionales de pensamiento, sino ayudar en el proceso de desarrollo de cogniciones y creencias funcionales. Tomando en cuenta esta perspectiva, la TCC es un enfoque que considera aspectos del desarrollo. Pues normalmente los niños adquieren y desarrollan competencias socio-emocionales a lo largo del tiempo, además de que el grado en que lo hacen depende de factores ambientales, tal como se planteará más adelante en la teoría de desarrollo de Novak. Es así que al utilizar algunas estrategias específicas de la TCC tienen que ser apropiadas para el nivel de desarrollo del niño. Por ejemplo, en el caso de los niños, es preferible realizar intervenciones conductuales y hacer uso de imaginación, en vez de estrategias puramente verbales (Compton, et al., 2004; Drinkwater & Stewart, 2002).

La eficacia de estos tratamientos en general se ha demostrado desde hace aproximadamente 50 años. Desde la década de los setenta, se comenzaron a dar los datos que apoyan la TCC, específicamente, para los trastornos de ansiedad (Albano & Kendall, 2002; Barlow, et al., 2004). Los psicólogos cognitivo-conductuales han proporcionado literatura representativa, para demostrar que este tipo de intervención es la que proporciona mejores resultados para los trastornos de ansiedad y tiene otras ventajas: su uso es accesible en diferentes escenarios, mantiene los logros a largo plazo y es adaptable a diversas psicopatologías (Albano & Kendall, 2002; Compton et al., 2004).

En términos concretos, la terapia cognitivo-conductual resalta la importancia de integrar la modificación del procesamiento de información y los contextos sociales con estrategias conductuales orientadas a la práctica, al mismo tiempo toma en cuenta las emociones y el involucramiento del paciente en el tratamiento (Kendall, et al., 1992). De modo que esta aproximación se

apoya en diversas técnicas o estrategias cognitivo-conductuales, además de buscar la participación activa del paciente y así cumplir con el propósito establecido. Tales estrategias se pueden apreciar detalladamente en el capítulo anterior.

3.5 Un tratamiento cognitivo-conductual unificado para diferentes trastornos emocionales

En la actualidad, la evidencia sugiere que existen altos índices de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad con los trastornos de depresión, se cree que poseen muchas semejanzas y que sus tratamientos también pueden compartir características similares. Considerando esto, Barlow, et al. (2004) han propuesto la “unificación del tratamiento de los trastornos emocionales” basada en un enfoque cognitivo-conductual. Esta propuesta se ha derivado del modelo tripartita de los trastornos emocionales, formulado por Clark y Watson (1991). Su modelo se derivó a partir de un estudio (Brown, Chorpita & Barlow, 1998) realizado con pacientes que presentaban trastornos de ansiedad y depresión. Mediante los datos obtenidos, se planteó una estructura jerárquica de tres factores: afectos negativos, afectos positivos y activación del sistema nervioso autónomo. Se observó que este último factor presentó una correlación significativa entre los diversos trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de ansiedad generalizada. Además estos trastornos de ansiedad comparten entre sí y con los trastornos depresivos, el factor afectos negativos. Respecto al factor de afectos positivos, su presencia es variable en los individuos con trastornos emocionales, por lo que no se considera que explique dichos trastornos.

Por otra parte, Barlow (2002) propone una teoría para explicar la razón por la cual los trastornos emocionales presentan factores en común, dicha teoría se basa en tres vulnerabilidades:

- *Vulnerabilidad biológica generalizada*. Implica contribuciones genéticas no específicas al desarrollo de la ansiedad y el afecto negativo. Gran parte de la investigación sobre esta vulnerabilidad se ha centrado en temperamento y la inhibición conductual.
- *Vulnerabilidad psicológica generalizada o diátesis*. Implica un conjunto de experiencias relacionadas con la ansiedad y los estados afectivos negativos que producen una sensación de incontrolabilidad sobre el medio ambiente. Si esta vulnerabilidad y la vulnerabilidad biológica generalizada llegan a coincidir, es probable que se origine un trastorno de ansiedad generalizada o depresión.
- *Vulnerabilidad psicológica específica*. Ayuda a explicar el surgimiento de trastornos de ansiedad más discretos como la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico y la fobia específica.

El desarrollo de ciertos trastornos de ansiedad se da por el aprendizaje de determinadas experiencias de ansiedad que se centran en circunstancias específicas de la vida, aunada a la presencia de los dos primeros tipos de vulnerabilidades. La sensación elevada de peligro influye en esas circunstancias vitales, además dependiendo de las experiencias se determina si el individuo percibe como amenaza o no sensaciones somáticas, pensamientos intrusivos, o la evaluación social (Barlow, 2002).

Este enfoque teórico, contempla la posibilidad de plantear un tratamiento unificado para los trastornos emocionales, que comparta componentes centrales. En base a una fase educativa sobre el trastorno y/o el tratamiento común a todos los enfoques psicoterapéuticos existen tres componentes (Barlow et al., 2004):

- a) Corregir los antecedentes cognitivos de apreciación. Este es un proceso intensivo en donde regular las emociones facilitará los procedimientos que sigan. Consiste en evaluar la racionalidad de las evaluaciones negativas que los individuos con trastornos emocionales tienen sobre sí mismos (su auto-eficacia, por ejemplo), el mundo y el futuro y, a su vez, cambiarlas por unas más acertadas a través de una comprobación de

hechos. Con la TCC se fomenta que el paciente ponga atención en dos apreciaciones distorsionadas, la probabilidad de ocurrencia de acontecimientos negativos, la cual suele sobre-estimar y las consecuencias de dichos sucesos en casos de que ocurran, pues suele exagerarlas o catastrofizarlas.

- b) Prevención de la evitación emocional. Este punto se refiere a lo que no se debe hacer, durante el tratamiento. Técnicas como la relajación muscular y la respiración diafragmática (definidas anteriormente), pueden tener efectos contraproducentes en el tratamiento. El terapeuta debe cerciorarse de que el individuo entienda que al hacer uso de tales estrategias se busca reducir emociones negativas y el malestar subjetivo. Es decir, que se deben utilizar como medidas que ayuden a afrontar las emociones, y no para evitar las sensaciones o emociones paralelas a la ansiedad.
- c) Generar acciones incompatibles con la emoción trastornada, ya sea ansiedad o depresión, mediante la activación neuro-muscular como medio de regulación emocional. Esta activación puede provocar la expresión de ciertas emociones cuando se asocia a claves situacionales, internas y somáticas.

Es claro que un tratamiento como el anterior puede ser benéfico no sólo con la presencia de un trastorno de ansiedad, sino con comorbilidades con otros trastornos emocionales como la depresión. También está visto que en el tratamiento presentado vuelven a manifestarse las ventajas y la funcionalidad de la Terapia cognitivo-conductual.

3.6 La participación de la familia en el tratamiento

La mayoría de los estudios que evalúan la eficacia de los tratamientos para la psicopatología infantil sugieren que la intervención se realice con la inclusión de los padres o cuidadores principales. La línea de investigación que ha indagado los factores psicológicos predictores de la psicopatología infantil señala consistentemente factores relacionados con el desarrollo o no de dicha

psicopatología a edades muy tempranas como el funcionamiento familiar y la crianza por parte de los padres (Fristad & Clayton, 1991; Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991; Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002).

Debido a que la familia desempeña un papel muy importante en el desarrollo normal y patológico de los niños, en los últimos años, los procesos familiares como el ambiente familiar, las prácticas de crianza y las relaciones de apego, han pasado a formar parte del interés de algunos terapeutas por incluirlos en las intervenciones. Ya se ha discutido sobre la asociación entre algunos de los factores de riesgo derivados del entorno familiar como el conflicto marital, el parentaje coercitivo, y la expresión persistente de afectos negativos y los trastornos psicológicos. Los terapeutas deben evaluar los factores de riesgo y posteriormente diseñar una intervención que incluya factores protectores, o bien procesos que contrarresten las causas del trastorno (Liddle, 1999).

En la actualidad, se diseñan intervenciones cognitivo-conductuales con la participación activa de la familia para evaluar los beneficios potenciales que proporcionan al tratamiento directo con los niños o adolescentes. Varios meta-análisis han concluido que estos tratamientos son tan eficaces como otras terapias, y más eficaces que la ausencia de tratamiento (Shadish & Baldwin, 2002).

Desde el punto de vista de algunos, el campo tanto teórico como práctico de las intervenciones con las familias es totalmente ecléctico y se ha flexibilizado en gran medida, lo cual podría aumentar la precisión y especificidad del proceso terapéutico (Josephson & Serrano, 2001). Desde el aspecto práctico, el tipo de intervención puede ser individual o grupal y no es necesario que todos los miembros de la familia estén presentes. Desde el aspecto teórico, se integra el tratamiento de la familia con Terapia cognitivo-conductual, o con psicofarmacoterapia. En concreto, al referirse a la terapia con la familia, se puede considerar como un entrenamiento de los padres, la aplicación de modelos psicoeducativos o como terapia familiar *per se*.

El papel que desempeñen los padres en el tratamiento puede ser múltiple, ya que pueden participar como modelos para la enseñanza de nuevas habilidades, como co-terapeutas, o bien como apoyo para que el niño ponga en práctica las habilidades que esté aprendiendo, especialmente en las tareas de exposición de la terapia cognitivo-conductual.

Actualmente, muchos de los investigadores de terapia familiar han reemplazado las interpretaciones de la teoría sistémica por un enfoque transaccional, multidimensional o ecológico. Un ejemplo de ello es la Terapia Familiar Multifuncional (Liddle 1992; 1999), que aunque está orientada al tratamiento de adolescentes con varios problemas, sirve para ilustrar perspectivas contemporáneas del tratamiento familiar. Se basa en el desarrollo psicológico tanto del adolescente como de la propia familia. Además, mediante una perspectiva ecológica, trata de abordar los contextos y procesos que puedan estar provocando el trastorno o disfuncionalidad. Se considera que son diferentes los factores que intervienen dentro de uno o varios periodos de desarrollo que, con el tiempo, ejercen un impacto acumulativo. A través de la Terapia Familiar Multifuncional varios dominios en los que el funcionamiento es deficiente se convierten en el objetivo terapéutico. Se intenta detener el efecto que surge de la interacción entre factores y procesos de riesgo para el desarrollo del individuo. Una forma de lograr un cambio puede ser mediante la modificación del estilo de vida.

También, se han planteado tratamientos para modificar los factores del ambiente familiar involucrados en los trastornos, con base en las explicaciones teóricas que se revisarán más adelante acerca del desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad en niños. Un ejemplo de esto, es la vinculación que se ha dado continuamente de la crianza sobrecontroladora y sobreprotectora, con la ansiedad elevada. Con el propósito de abordar tales factores de riesgo, Diamond, Reis, Diamond, Siqueland e Isaacs (2002) desarrollaron una intervención a la que denominaron Terapia Familiar Basada en el Apego, la cual promueve la independencia del niño o del adolescente, incrementa la tolerancia de los padres con respecto a la autonomía de sus hijos, permite reflexionar sobre sus creencias respecto a la seguridad y

competencias de sus hijos, mejora la comunicación entre padres e hijos, fomenta las habilidades de solución de problemas, y minimiza el conflicto marital relacionado con la crianza de los hijos. Dependiendo de la calidad de los cuidados y las interacciones durante la infancia es que el niño aprenderá a interpretar y afrontar las diversas situaciones que experimente, frecuentemente siguiendo como modelo la conducta de sus padres y aquellas personas significativas (Hernández-Guzmán, 1999).

Asimismo, el modelamiento de los padres y su sistema de reforzamiento (de conductas ansiosas, como la evitación) son factores de riesgo que mantienen la ansiedad. De tal modo que dentro de la intervención se puede entrenar a los padres para que refuercen al niño contingentemente. Kendall, Kane, Howard y Siqueland (1989) diseñaron una intervención familiar conductual que permite enseñar a los padres a manejar su propia ansiedad, reforzar la conducta de afrontamiento de sus hijos, a extinguir la conducta excesivamente ansiosa con técnicas de la terapia cognitivo-conductual, y a desarrollar nuevas habilidades para solucionar los problemas de comunicación.

El propósito de este capítulo fue proporcionar un panorama de las investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales, específicamente, para los trastornos de ansiedad en niños. No obstante, se tomó en cuenta algunas de las demás intervenciones, de tal modo que se pueda establecer una comparación entre ellas y por ende, tener un amplio criterio de qué tratamiento es el más eficaz de acuerdo con las características de cada uno de ellos. Aunque el tratamiento psicofarmacológico cuenta con algunos datos sobre su eficacia en la intervención de ansiedad en niños, claro está, que dichos datos no son convincentes, ya que no siempre se ha demostrado su superioridad sobre los placebos, ni su superioridad con respecto a la terapia cognitivo-conductual (Bernstein, et al., 2001; Bernstein, et al., 1990; Graae, et al., 1994; Simeon, et al., 1992). Añadiendo a esto, los posibles efectos secundarios de los medicamentos y los efectos que se limitan a un periodo no mayor en que se toma el medicamento. Desde la perspectiva psicológica la TCC, actualmente, es el único tratamiento que puede considerarse como una intervención confiable y eficaz de la ansiedad en niños

(APA, 2006). Ya que es un enfoque concordante tanto en lo teórico como en lo práctico y entre ambos aspectos. Además de que no limita al terapeuta a abordar unos cuantos aspectos del trastorno y permite proponer nuevas alternativas como la inclusión de la familia en el tratamiento. Siendo un enfoque accesible pero cuidadoso, que se sustenta en la investigación, en donde la compatibilidad de la perspectiva cognitiva como la conductual, permiten potenciar los resultados favorables. Una vez explicados los criterios para la elaboración de manuales psicoterapéuticos y teniendo un panorama general de las diferentes intervenciones, en el siguiente capítulo por ser un aspecto central de esta tesis se abordarán los manuales cognitivo-conductuales elaborados para el tratamiento de la ansiedad (manuales únicamente para niños y manuales con la participación de la familia). La información se limitará sólo a presentar la estructura de cada uno de los manuales exclusivos para niños que se han elaborado en algunos lugares del mundo, incluyendo los avances de la manualización en México.

4. MANUALES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA TRATAR LA ANSIEDAD INFANTIL

En este capítulo se describirán los manuales cognitivo-conductuales para tratar la ansiedad infantil que se han elaborado en algunos lugares del mundo. Como se podrá observar, dentro de la práctica de la psicología clínica, cada día aumenta el empleo de manuales de tratamiento y en México este gran avance y contribución también se ha hecho presente.

4.1 Manuales de tratamiento para niños

Entre los manuales que se han usado con mayor frecuencia y cuentan con mayor cantidad de datos que respaldan su eficacia se encuentra el *Coping Cat* (Kendall & Hedtke, 2006) y en el *FRIENDS* (Barrett, 2000).

Coping Cat (versión individual)

La aplicación de este manual permite enseñar a los niños a reconocer y analizar cogniciones y reacciones somáticas relacionadas con la ansiedad, y usar estas cogniciones y reacciones como indicaciones para usar las estrategias con el fin de controlar la ansiedad, además de tener un afrontamiento adaptativo ante las situaciones que la provocan.

Kendall y sus colaboradores (1989) elaboraron la primera edición de este manual, aunque no fue publicada, hasta que en 1990, se publicó la primera edición. Otra edición actualizada (Kendall & Hedtke, 2006) aparte de contar con la misma estructura y estrategias terapéuticas que las ediciones anteriores, incluye consejos para el terapeuta acerca de la flexibilidad en el uso del manual y con pacientes con problemáticas determinadas.

Estructura y contenido del manual:

- Consta de 16 sesiones, de 50-60 minutos cada una.
- Modalidad individual.
- Contiene un cuaderno de trabajo con ejercicios relevantes para el aprendizaje, y se le proporciona al paciente con el fin de facilitar el aprendizaje de las estrategias que se enseñan en cada sesión. En el cuaderno de trabajo, se asigna una o dos “STIC” al término de cada sesión, las cuales se revisan al inicio de la sesión siguiente. Este material tiene como personaje principal un gato, el cual va acompañando al paciente en su proceso terapéutico.
- Uso en el tratamiento de ansiedad generalizada, ansiedad por separación en niños y adolescentes jóvenes y fobia social.
- Las estrategias que se abordan son: secuencia graduada en ejercicios de práctica y en tareas, representación de papeles (role-playing), modelamiento de afrontamiento, tareas para elaborar entre sesiones, en la casa o la escuela (nombradas STIC – *show that I can*), educación sobre emociones, reconocimiento de las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad, entrenamiento en relajación, identificación y modificación de auto-diálogo ansioso en auto-diálogo de afrontamiento, reforzamiento contingente y auto-reforzamiento, práctica de las estrategias aprendidas por medio de ejercicios graduales de exposición en vivo e imaginación.

Principalmente el tratamiento implica:

- a. Identificar emociones y reacciones somáticas de ansiedad.
- b. Confrontar los pensamientos que se presentan ante situaciones de ansiedad (atribuciones o expectativas irreales).
- c. Desarrollar alternativas para afrontar la situación (cambiar el auto-diálogo ansioso por un auto-diálogo de afrontamiento, y designar las acciones que podrían ser efectivas para controlar la ansiedad).
- d. Evaluar el éxito de las estrategias seleccionadas, que se llevaron a cabo, además, aplicar el auto-reforzamiento adecuado.

Además, de que las estrategias se enseñan y practican gradualmente durante las sesiones, en cada sesión se asigna una tarea que conlleva a la práctica de alguna o varias de las estrategias en otros escenarios (en la casa o en la escuela,) para garantizar que el niño aprenda y generalice las habilidades. A medida, que el niño pone en práctica estas habilidades o hace un esfuerzo por practicarlas, el terapeuta refuerza al niño, y le enseña a auto-reforzar su esfuerzo y progresos.

Los autores dividen la aplicación del manual en dos partes. La primera parte identificada como “segmento psico-educativo” o de entrenamiento se compone por las sesiones 1 a 8. Este segmento consiste en desarrollar el denominado plan *FEAR* cuyas siglas en inglés constituyen un recordatorio de las estrategias de afrontamiento que se aprenden y practican gradualmente sesión tras sesión. A continuación se describe el significado de dichas siglas:

- **F = Feeling Frightened?** (¿Te sientes asustado?) Mediante esta pregunta se pretende que el niño o adolescente identifique pensamientos, emociones y sensaciones corporales relacionados con la ansiedad.
- **E = Expecting bad things to happen?** (¿Esperas que sucedan cosas malas?) Esta pregunta sirve para identificar pensamientos automáticos negativos o auto-diálogos de ansiedad.
- **A = Attitudes and Actions that can help** (Actitudes y acciones que pueden ayudar) en este punto se modifican los pensamientos ansiosos identificados anteriormente, por pensamientos realistas y se elabora un plan de afrontamiento para la situación (con base en la estrategia de solución de problemas).
- **R = Results and Rewards** (Resultados y recompensas) Por último, se pone a prueba el plan diseñado, se evalúan sus resultados y se auto-refuerzan las conductas de afrontamiento.

La segunda parte la conforman las sesiones 9 a 16, en las cuales se pone en práctica las estrategias aprendidas, junto con ejercicios de exposición gradual imaginada y en vivo.

Aunado a esto, el tratamiento con el niño incluye dos sesiones informativas de media hora tanto para los padres como para el terapeuta. A los padres se les explica lo que se está haciendo en terapia, se contesta sus dudas y al mismo tiempo, el terapeuta recaba más información sobre las situaciones relacionadas con la ansiedad del niño con el fin de conocer más a detalle la situación del niño. Además se les pide su apoyo y participación en las tareas que se asignan a los niños entre sesiones.

Considerando que el tratamiento se dirige a niños y adolescentes jóvenes, se busca que sea una experiencia positiva para ellos, y que se diviertan. Así que desde la primera sesión de tratamiento se implementa un plan de reforzamiento para el niño a corto y mediano plazos. A corto plazo, se asignan 10 minutos al final de cada sesión para que el niño haga algo que le guste aunque no tenga nada que ver con el tratamiento. Los autores sugieren actividades como navegar en internet o hablar sobre programas de televisión. Incluso, se podrán proponer juegos de mesa, sólo que se tiene que tomar en cuenta las limitaciones del tiempo. A mediano plazo, se hace un “banco de puntos”. El niño o adolescente ganan puntos cuando cumple con las tareas programadas después de cada sesión. Al finalizar determinadas sesiones el paciente podrá cambiar los puntos acumulados por algún premio. En las primeras sesiones se acuerda el número determinado de puntos necesarios para canjear los premios.

Coping Cat (versión grupal)

Flannery-Schroeder y Kendall (1996) diseñaron un manual de tratamiento para aplicarse de forma grupal. La estructura es la misma que el *Coping Cat* original y contiene las mismas estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad en niños. A excepción de que las 16-20 sesiones son de 90 minutos en lugar de 50-60. Flannery-Schroeder y Kendall (2000) lo pusieron a prueba con grupos de 2 a 4 niños.

Coping Koala Workbook (versión individual)

Barrett, Dadds y Rappe (1996) hicieron una adaptación australiana del *Coping Cat* (Kendall, 1990) conocida como *Coping Koala Workbook*. En ésta versión se abordan las mismas estrategias cognitivo-conductuales del *Coping Cat*, aunque difiere en el personaje que es un koala en lugar de un gato y en el formato que abarca 12 sesiones de 60-80 minutos.

Las primeras 4 sesiones son de entrenamiento en procedimientos para el control de la ansiedad. El terapeuta realiza la representación de papeles para enseñar los procedimientos que son: identificación de pensamientos positivos y negativos, técnicas de relajación, auto-diálogo de afrontamiento, auto-evaluación realista, y estrategias de reforzamiento y auto-reforzamiento. En las últimas 8 sesiones el niño practica las estrategias mediante ejercicios de exposición imaginaria y en vivo, con situaciones de menor a mayor nivel ansiedad.

En Holanda, también se ha utilizado este manual, incluyendo algunos cambios (Nauta, et al., 2001; 2003; 2005). Tales cambios fueron: traducción al holandés, reducción de 12 sesiones en lugar de 16 a 20, los ejercicios de exposición empiezan en la cuarta sesión en lugar de la novena. Por lo tanto, se redujo la primera fase del tratamiento en el manual. Por su parte, Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu & Sigman (2006) instrumentaron el mismo manual de tratamiento, pero con una versión más corta, en la que la primera fase del tratamiento que constaba de 1 a 8 sesiones se redujo a 4 sesiones

Coping Koala (versión grupal)

El *Coping Koala* también se ha adaptado para la versión grupal, aunque emplea las mismas estrategias terapéuticas que el *Coping Cat* individual. Cuando se ha aplicado de forma grupal (Cobham, Dadds & Spence, 1998; Mendlowiz, et al., 1999) se han disminuido las sesiones a 10, pero cada una con mayor duración (de 90 a 120 minutos). En la investigación de Dadds,

Spence, Holland, Barret y Laurens (1997) se puso en práctica con grupos de 5 a 12 niños. Muris, Meesters & van Melick (2002) también emplearon este manual en su adaptación grupal, con grupos de 3 a 5 niños, y aumentaron el número de sesiones a 12, pero con duración aproximada de 30 minutos cada una.

Manual de tratamiento de la ansiedad en niños por módulos

El objetivo del manual con enfoque cognitivo-conductual (Chorpita, et al., 2004) es crear un cambio cognitivo y así corregir las interpretaciones de amenaza de los niños, de tal modo que se reduzca su ansiedad. Esto se consigue mediante la psicoeducación y ejercicios de exposición. El manual enfatiza el cambio directo de las cogniciones y conductas del niño, además toma en cuenta su ambiente social, debido a que son influencias que pueden mantener o intensificar su experiencia de ansiedad.

El manual está constituido por 13 módulos, cada uno con una técnica o estrategia terapéutica específica: automonitoreo, psicoeducación, exposición, reestructuración cognoscitiva, entrenamiento en habilidades sociales, reforzamiento, manejo de contingencias, “tiempo fuera”, y mantenimiento y prevención de recaídas, la instrumentación de los módulos se basa en las necesidades particulares de cada niño, que mediante un diagrama de flujo se determinan los módulos que deben aplicarse.

Sin embargo, siempre se abordan los siguientes módulos:

- Automonitoreo (“escalera de miedo”). Se diseña una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad y se les califica por grados. Este proceso sirve para evaluar los progresos, y para diseñar los ejercicios de exposición.
- Psicoeducación. Se introduce un lenguaje para que el niño describa sus pensamientos y sentimientos. Se explica qué es la ansiedad y cómo a veces es una falsa alarma.

- Exposición (imaginada y en vivo). Se toman situaciones de la “escalera de miedo” para realizar ejercicios de exposición. Algunos se hacen durante la sesión y otros se asignan como tarea.
- Mantenimiento y prevención de recaídas. En este último módulo se revisan las habilidades enseñadas, con el fin de propiciar que el niño perciba sus logros.

El manual, también, contiene estrategias terapéuticas que se pueden aplicar en los casos de comorbilidad con problemas de conducta y en los que se detecte poca motivación para el tratamiento. Aunque la participación de la familia no está prevista, se le puede incluir en los ejercicios de exposición.

FRIENDS for children

Si bien, el *Coping Koala* surgió como una adaptación del *Coping Cat*, posteriormente, las modificaciones dieron origen a otro manual de tratamiento en modalidad grupal que actualmente se conoce como *FRIENDS for children* (Barrett, et al., 2000). Este material es una fusión del *Coping Koala* y de una intervención denominada Manejo de la Ansiedad Familiar (MAF). El objetivo del programa *FRIENDS* es ayudar a los niños a afrontar y manejar la ansiedad de manera grupal, no obstante, también se puede administrar de forma individual. En la última edición (Barrett, 2006) se plantean 10 sesiones, después de 1 y 3 meses de finalizar el tratamiento se hacen dos sesiones de refuerzo y 2 sesiones con los padres, aunque se han hecho adaptaciones de 4 sesiones con los padres (Barrett & Turner, 2001).

Se establecen sesiones de 60 minutos en modalidad individual y hasta 2 horas en sesión grupal. La duración de las sesiones depende del escenario en donde se implemente el tratamiento y la modalidad del mismo. Los grupos deben constar como máximo de 12 niños de edades similares. El manual tiene instrucciones diferentes para el tratamiento en escuelas y el tratamiento en escenarios clínicos. El hecho de que se incluyan instrucciones para el tratamiento en escuelas, es porque hay datos (Barrett & Turner, 2001;

Bernstein, et al., 2001) que sustentan su aplicabilidad en dichos escenarios, e incluso la posibilidad de que sean maestros quienes dirijan el tratamiento (Barrett & Turner, 2001).

Además, el terapeuta se basa en un manual para el líder del grupo, para llevar a cabo el tratamiento. Aparte, a cada niño se le proporciona un cuaderno de trabajo con actividades para reforzar el aprendizaje en terapia. Durante las sesiones se necesita también de un pizarrón y marcadores. En dado caso, que sean maestros quienes tienen a cargo el grupo de terapia, se les proporciona un CD opcional con actividades extra.

Las estrategias terapéuticas, se desarrollaron mediante un modelo teórico que aborda procesos cognitivos, fisiológicos y conductuales que interactúan en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. Para cada tipo de proceso se instrumentan las siguientes estrategias:

- Los procesos fisiológicos se regulan a través de técnicas como identificación de sensaciones fisiológicas, ejercicios de respiración diafragmática y de relajación muscular progresiva.
- Para modificar los procesos cognitivos, se identifican los pensamientos disfuncionales, se enseña a generar un auto-diálogo positivo, se confrontan y modifican los pensamientos negativos, se enseñan estrategias de autoevaluación y auto-reforzamiento.
- Para la modificación de patrones conductuales aprendidos se enseñan técnicas en exposición gradual, habilidades de afrontamiento, reforzamiento de conductas de afrontamiento, solución de problemas, identificación de modelos positivos, apoyo de pares y la identificación de experiencias satisfactorias.

Las estrategias anteriores se enseñan como parte del plan “*FRIENDS*”, que es sentirse seguro y valiente. Las siglas *FRIENDS* se utilizan como claves para el tratamiento y su significado es el siguiente:

- **F = Feelings (Sentimientos)**. El propósito es ayudar a los niños a identificar los sentimientos de ansiedad y usar estos sentimientos para continuar el siguiente paso.
- **R = Remember to Relax (Recuerda Relajarte)**. Ayuda a los niños a recordar las técnicas de relajación que pueden utilizar cuando se sienten ansiosos.
- **I = I can do it! I can try my best (¡Yo puedo hacerlo! ¡Puedo intentar mi mejor esfuerzo!)**. Estas expresiones tienen el propósito de ayudar a los niños a sentirse seguros de sí mismos y a incitarlos a sentirse valientes en situaciones difíciles.
- **E = Explore solutions and coping step plans (Explora soluciones y pasos del plan de afrontamiento)**. Con este paso se recuerda a los niños a afrontar las situaciones de ansiedad de una manera más positiva y a crear un plan que les ayude a afrontarla.
- **N = Now reward yourself! You've done your best! (¡Ahora, prémiate a tí mismo! Has hecho tu mejor esfuerzo)**. Con este paso se les recuerda a los niños que no siempre se tiene éxito al afrontar una situación difícil, sin embargo el hacer el mejor esfuerzo merece una recompensa.
- **D = Don't forget to practice (No olvides practicar)**. Es un recordatorio para los momentos en que los niños estén preocupados o tensos, para que practiquen el plan.
- **S = Smile! Stay calm for life! (¡Sonríe! Permanece calmado de por vida)**. Es un recordatorio de que han aprendido formas de manejar las situaciones difíciles y que pueden usar por siempre.

Por ser este manual una versión grupal, muchas de las actividades están diseñadas para que se lleven a cabo en grupos pequeños de 2 a 4 participantes. La autora refiere a los procesos grupales como parte central del aprendizaje. El entrenamiento grupal o con pares es efectivo, ya que las personas aprenden mejor al observar a otros, ayudando a otros y en situaciones reales. Por lo tanto, aprender en un contexto con pares ofrece las oportunidades para que los niños practiquen las habilidades que aprenden en un ambiente seguro. Por otro lado, al estar en un grupo, tanto el terapeuta como los niños aportan conocimiento y experiencias de aprendizaje. Cuando se

trate de grupos grandes, (como en escuelas), es recomendable formar sub-grupos heterogéneos, para que se puedan practicar las habilidades con personas con características diferentes, y que los sub-grupos se roten en cada sesión.

En el caso de las dos sesiones que se tienen con los padres, el proceso es flexible porque se puede revisar el contenido de las mismas en menos o más sesiones, según las necesidades de cada grupo. Además, se propone a los padres y hermanos practicar todos los días de 10 a 15 minutos, junto con los niños, algunas de las estrategias terapéuticas que se les han enseñado a los niños en terapia. Para que los padres conozcan las estrategias y las puedan poner en práctica con la familia, se les puede incluir los últimos minutos de las sesiones terapéuticas cuando se revisan las metas de esa sesión.

Como se puede observar en los manuales de tratamiento para la ansiedad en niños, el *Coping Cat* fue el primer manual elaborado (Kendall, et al., 1989), publicado posteriormente (Kendall, 1990) y del cual se derivan otras ediciones como el *Coping Koala* (Barrett, et al., 1996) y el *FRIENDS for children* (Barrett, et al., 2000). Los manuales de tratamiento contienen estrategias cognitivo-conductuales similares (técnicas de relajación, modelamiento, reestructuración cognoscitiva, exposición en vivo e imaginación, representación de papeles, modelamiento, por mencionar algunas) y algunas otras estrategias (psicoeducación, prevención de recaídas, tareas para casa) que permiten dar continuidad al tratamiento. Algunos de los aspectos en que difieren son la participación de los padres (mediante la psicoeducación), las técnicas de reforzamiento (*FRIENDS*, Barrett, 2004) y la prevención de recaídas (Chorpita, 1998). Además de las diferentes modalidades tanto individual como grupal, por consecuente el número y duración de las sesiones. El número de sesiones varía de 10 a 20 sesiones y algunos de ellos tienen flexibilidad para que se puedan agregar sesiones, según el caso. Y la duración de las sesiones grupales (60-120 minutos) en comparación con las individuales (60-80 minutos), se puede deber al tiempo requerido para cada niño, ya que son más los integrantes y las necesidades. Los datos de dos investigaciones (Flannery-Schroeder & Kendall, 2002; Manassis, et al., 2002) que comparan

directamente ambas modalidades, parecen indicar que los niños obtienen beneficios semejantes de los tratamientos en cualquiera de las dos modalidades. Aunque hace falta realizar estudios para verificar esta suposición. La modalidad grupal, por su parte, puede ayudar a que los niños comprendan que su padecimiento no es único y que al observar a los demás niños con el mismo trastorno realizar las actividades establecidas por el terapeuta, les de mayor confianza. Una posible desventaja del tratamiento grupal serían las limitaciones del tiempo, de la supervisión dada a cada niño y para quien imparte el tratamiento. Por otra parte, para algunos niños puede ser más conveniente un tratamiento grupal que uno individual o viceversa. Sin embargo, el objetivo de ambas modalidades es neutralizar los trastornos de ansiedad y promover en los niños habilidades para enfrentar de manera adaptativa su padecimiento.

Además de que los manuales presentados son flexibles, lo cual se refleja en la reducción de las sesiones y en la posibilidad de que el terapeuta pueda adecuar las distintas sesiones y técnicas a las características del niño. Estos manuales a pesar de ser formales y de contar con un soporte teórico-práctico, son dinámicos y no pierden la creatividad. Por último, es importante resaltar que su aplicación debe ser mediante un terapeuta profesional capacitado.

4.2 Manuales de tratamiento elaborados en México para ansiedad en niños

Es importante mencionar que en México, también se cuenta con avances en la creación de manuales de tratamiento para la ansiedad en niños. A excepción de los manuales anteriormente descritos, los manuales que se describirán a continuación, se enfocan a un trastorno de ansiedad en específico (fobia específica, fobia social y trastorno por estrés postraumático). Dichos manuales ya se han puesto a prueba, y se espera que este mismo año los manuales se publiquen.

Manual de Intervención para Niños con Fobia Social

En la actualidad, Gil-Bernal y Hernández-Guzmán (no publicado) adaptaron un manual de intervención para la fobia social en niños en edad escolar de 7 a 12 años de edad, con el objetivo de modificar las conductas, los pensamientos y las emociones problema del niño para establecer relaciones con sus pares en sus actividades cotidianas, a través del entrenamiento en técnicas efectivas. Se basó en el manual elaborado, para adolescentes, por Olivares (2005). La modalidad del tratamiento es grupal, consta de una sesión de diagnóstico, las etapas de intervención se llevan a cabo de 8 sesiones de 90 a 100 minutos de duración cada una y las estrategias que integran el manual derivan del modelo cognitivo-conductual. A continuación se describen brevemente el contenido de cada sesión:

Sesión 1. Presentación de los miembros del grupo, psicoeducación sobre fobia social, concretar los objetivos individuales.

Sesión 2. Identificar y modificar pensamientos irracionales, mediante la reestructuración cognoscitiva.

Sesión 3. Entrenamiento en estrategias para iniciar, mantener y terminar conversaciones (hacer preguntas, despedirse).

Sesión 4. Continuación del entrenamiento en mantener conversaciones, y entrenamiento en asertividad.

Sesión 5. Conversar con personas desconocidas; decir “no” ante figuras de autoridad. Entrenamiento sobre cómo recibir y hacer cumplidos.

Sesión 6. Conversar con personas del sexo opuesto. Juego de roles para resistir la presión grupal.

Sesión 7. Desarrollo de habilidades verbales y no verbales para hablar en público, desarrollo de estrategias para preparar una presentación oral. Exponer frente al grupo.

Sesión 8. Consolidar las estrategias para hablar en público. Prevención de recaídas.

Dentro de este manual, se proponen varios ejercicios de exposición, se utilizan diferentes materiales (disfraces, marionetas, ilustraciones, por ejemplo)

a fin de hacer dinámica la intervención, se refuerza a los niños verbalmente en cada sesión y cada vez que los niños realizan determinadas actividades se les proporcionan sticks para que al final del tratamiento los intercambien por un obsequio, además se asignan tareas que el niño debe realizar fuera de las sesiones de tratamiento, las cuales se revisan en la siguiente sesión.

Manual de Tratamiento Conductual de una Sesión para la Fobia Específica en Niños

Öst (1989) desarrollo un tratamiento al que llamo "Tratamiento Conductual de Una Sesión para la Fobia Específica" (animal, situacional, ambiental, etc.) que se aplicó en adultos. Posteriormente Öst y Ollendick (1999) adaptaron el manual del protocolo de "Tratamiento Conductual de Una Sesión para la Fobia Específica" para aplicarse con niños. Su aplicación fue exitosa en el tratamiento de diversas fobias en niños (Muris, Merckelbach, van Haaften & Mayer, 1997; Öst, Alm, Brandberg & Breitholtz, 2001; Öst, Svenson, Hellström & Lindwall, 2001).

En México, Bermúdez-Ornelas y Hernández-Guzmán (2008), ha retomado el tratamiento de Öst y Ollendick (1999) para someterlo a prueba, por primera vez con niños mexicanos. El enfoque del manual es conductual primordialmente, y cognitivo de manera secundaria, enfocado al tratamiento de la fobia específica en niños de 6 a 12 años de edad.

La estructura del manual consta de tres fases descritas a continuación:

- 1) *Fase de evaluación.* La evaluación se realiza una o dos semanas antes de la sesión de tratamiento. Las sesiones asignadas a la evaluación, que pueden ser una o dos, dependen del problema del niño. El objetivo es realizar la evaluación y diagnóstico de la fobia específica por medio de una entrevista al niño y a sus padres, además de la aplicación de instrumentos de autoinforme. Se explica a los padres en qué consiste el tratamiento y se les pide su participación en algunas actividades.

También se proporcionan elementos psicoeducativos al niño y a los padres.

- 2) *Fase de tratamiento.* La sesión de tratamiento se realiza una o dos semanas después de la o las sesiones de evaluación. La duración es de 3 horas como máximo. El objetivo de la realización de esta fase es que por medio de la aplicación del protocolo de tratamiento para niños de entre 6 y 12 años el niño supere y aprenda a controlar y manejar las situaciones relacionadas con su fobia y pueda volver a realizar sus actividades individuales y familiares sin considerar el objeto o situación fóbica. En primera instancia se hace un ejercicio para diferenciar pensamientos, sentimientos y conductas. Se habla con el niño y se plantea la oportunidad que representa el tratamiento para superar su miedo. Después, se pasa a los ejercicios de exposición basados en una jerarquía de miedo (por medio de aproximaciones sucesivas) establecida previamente. Todos los ejercicios de aproximación son modelados primero por el terapeuta, y después se permite que el niño se aproxime al objeto fóbico de forma gradual. Se refuerza verbalmente al niño cada vez que afronte con éxito la aproximación.
- 3) *Fase de mantenimiento y prevención de recaídas.* Se realiza durante las cuatro semanas posteriores al tratamiento. Durante esta fase se planean actividades para casa según la fobia del niño. Los padres tienen una participación activa, pues después del tratamiento son ellos quienes ayudarán al niño a cumplir con sus actividades post-tratamiento. El objetivo es proporcionar al niño herramientas y tareas para casa que le ayuden a mantener los resultados del tratamiento. Además, prepararlo e instruirlo en los pasos a seguir para el caso de que exista recaída.

El protocolo de Bermúdez-Ornelas y Hernández Guzmán (2008) es práctico, dinámico y flexible. Además, el tratamiento incluye un elemento adicional que consiste en una fase de entrenamiento para los padres. El protocolo se enfoca en modificar las conductas desadaptativas relacionadas con el trastorno de fobia específica del niño, dichas conductas interfieren tanto con las actividades cotidianas del niño como de la familia.

Intervención para el Trastorno por Estrés Postraumático.

Hernández-Guzmán (2006b) propone un protocolo para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático en niños. La propuesta se sustenta en un modelo conductual, en el principio del condicionamiento clásico como el principal mecanismo en la aparición de este trastorno y en los mecanismos de generalización como explicación de la experiencia traumática. Es así que en el tratamiento se incluyen técnicas que ayudan al individuo a manejar las situaciones en las que se enfrenta a estímulos que causan la re-experimentación del suceso traumático. La exposición (en vivo e imaginada) es un elemento central del tratamiento. La modalidad del protocolo es individual, consta de 14 sesiones, con una duración aproximadamente de 60 minutos, aunque esto podría variar en función del nivel de desarrollo psicológico del niño, sus progresos y dificultades. A continuación se desarrolla brevemente la estructura de las sesiones:

Sesiones 1 y 2. En estas sesiones se emplea la psicoeducación sobre el trastorno, identificación de pensamientos, emociones y conductas relacionadas con el trastorno, ejercicios de respiración y de relajación muscular.

Sesiones 3 y 4. Se realiza entrenamiento en autorregistro de pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas con el trastorno, así como los estímulos que las provocan, se practican ejercicios de relajación y ejercicios de exposición en vivo en situaciones no amenazantes que enfatizan el control del niño sobre la situación.

Sesiones 5 y 6. El objetivo es identificar pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas con el trastorno a partir del autorregistro, practicar ejercicios de relajación, usar la imaginación guiada y detención de pensamientos para el control del enojo, realizar ejercicios de exposición en situaciones no amenazantes en las que el individuo se sienta en pleno control.

Sesiones 7, 8 y 9. Identificar pensamientos, sentimientos y conductas relacionadas con el trastorno a partir del autorregistro, practicar ejercicios de

relajación y de exposición imaginaria a estímulos que se relacionen con el suceso traumático, mediante una jerarquía que indica, gradualmente, los puntos que se deben controlar.

Sesiones 10 a 13. Se realizan varios ejercicios de exposición imaginaria a estímulos que se relacionen con el suceso traumático. Esto se hace a través de una jerarquía que indica, gradualmente, los puntos que se deben controlar y se aplica la prevención de recaídas (explicación de que son las recaídas y qué hacer en caso de que sucedan).

Sesión 14. Se promueve la generalización de estrategias de afrontamiento aprendidas en tratamiento, se aplica prevención de recaídas, se transfiere la responsabilidad del tratamiento al paciente para situaciones cotidianas de aquí en adelante.

A lo largo de las sesiones, se refuerza verbalmente al niño por los logros obtenidos, o por los esfuerzos realizados para mejorar en su proceso terapéutico. Así mismo, se asignan tareas al final de cada sesión, las cuales se revisan y discuten al inicio de la siguiente.

Aunque los manuales de tratamiento para fobia social, fobia específica y trastorno por estrés postraumático aún no son publicados, sí hay investigaciones sobre su eficacia, se puede observar que en todos se abordan estrategias cognitivo-conductuales acordes a las características del trastorno y de los niños. Una técnica común en las tres propuestas anteriores es la exposición, ya sea en vivo o imaginada. Otros elementos comunes son el reforzamiento verbal, la identificación de pensamientos, sentimientos y conductas, la identificación y modificación de pensamientos irracionales, la asignación de tareas y la prevención de recaídas.

En el tratamiento para la fobia social, se resalta la inclusión del entrenamiento en habilidades sociales, estrategias para saber cómo iniciar y mantener conversaciones, para hacer presentaciones orales a un grupo y el entrenamiento en asertividad. El manual de tratamiento de fobia específica por

su parte, tiene la característica de ser breve, y ejemplificar la alta eficacia de uso en un corto tiempo mediante estrategias conductuales. Si bien, los manuales elaborados en México cuentan con un fundamento teórico que está totalmente vinculado al conocimiento del desarrollo y mantenimiento de cada uno de los trastornos que tratan. En el siguiente capítulo se abordará el trastorno de la fobia social, si bien, la propuesta es establecer un algoritmo general para trastornos internalizados, con el cual se pretende se pueda llevar a la práctica en un manual de tratamiento para la fobia social. Para algunas que no están informadas en el tema puede parecer que es un trastorno que no tiene consecuencias graves para la persona o que no tiene efecto alguno en sus actividades cotidianas, pero esto es erróneo, así que el tema se centrará en dicho trastorno por ser una de las fobias que más interfiere con el funcionamiento social de quien la padece, provocando efectos negativos en sus diversos contextos.

5. FOBIA SOCIAL

En este capítulo se aborda la fobia social, puesto que es un trastorno que en los niños interfiere con su funcionamiento social, en el contexto de los compañeros o pares, el escolar y el familiar, además suele incapacitar a quien la padece, pues experimentan ansiedad y malestar ante ciertas situaciones sociales, lo cual provoca el aislamiento social. Los niños con fobia social no aprenden habilidades sociales nuevas y no pueden poner en práctica las ya adquiridas (Hernández-Guzmán, González y López, 2002). Por tanto, dicho trastorno merece atención. Para tener un panorama más amplio de la fobia social se tratarán temas como las fobias en la infancia, el origen y relevancia de la fobia social, el concepto y criterios de diagnóstico, el papel que desempeñan los padres en el trastorno y la investigación sobre los tratamientos de la fobia social infantil.

5.1 Las fobias en la infancia

Como ya se mencionó anteriormente el miedo es una emoción que se experimenta a lo largo de la vida, aunque las situaciones temidas varían con la edad (Spence, 1997). No obstante, el miedo puede llegar a constituir un trastorno fóbico, generar malestar clínicamente significativo y repercutir negativamente en las áreas personal, familiar, escolar y/o social (Bernstein, 1991).

El término *fobia* proviene de la palabra griega *phobos* (miedo, pavor) y se utiliza en psicología para categorizar aquellos trastornos que implican la reacción de miedo intenso, acompañado de evitación, que presentan algunos individuos ante estímulos o situaciones que objetivamente no justifican tales respuestas ansiosas (Bernstein & Garfinkel, 1988; Bernstein, Svingen & Garfinkel, 1990; Wagner, 1998). Una fobia es un temor persistente e identificable que resulta excesivo e irracional y que se desencadena por la presencia o anticipación de un objeto específico. Los niños que padecen una o

más fobias experimentan una constante ansiedad cuando se exponen al objeto o a la situación específica. Entre las fobias comunes se encuentran el temor a los animales, la sangre, las alturas, los espacios cerrados y a volar (Öst & Sterner, 1987; Van Zuuren, 1985). En los niños el temor debe durar por lo menos seis meses para ser considerado una fobia y no un temor transitorio (DSM-IV, 1994).

En general, las fobias se dividen en tres tipos:

- a) *Fobia específica*: Temor acusado y persistente que es excesivo e irracional, provocado por un objeto o una situación específicos (como volar, las alturas, animales, inyecciones, etc.)
- b) *Fobia social* (trastorno de ansiedad social): Se caracteriza por un miedo extremo y persistente al conocer nuevas personas o avergonzarse ante los demás, sentirse juzgado y humillado. Esta fobia en particular se limita a situaciones sociales específicamente.
- c) *Agorafobia*: Literalmente significa miedo a los espacios abiertos. Se caracteriza por la ansiedad que aparece en sitios de los que resulta difícil escapar u obtener ayuda. Se incluyen en él no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como las multitudes y la dificultad de poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar).

5.2 Origen y relevancia de la fobia social

Aunque la fobia social no se incorporó dentro de la nomenclatura diagnóstica hasta la publicación del DSM-III (1980), las primeras descripciones de timidez, ansiedad social y evitación social se remontan a tiempos de Hipócrates (Heckelman & Schneier, 2000; Olivares, et al., 2004). Durante todo este tiempo, los problemas de interacción social han recibido diferentes nombres, cada uno con distinto matiz en cuanto a su significado: timidez, inhibición social, ansiedad social, miedo a hablar en público, ansiedad de

evaluación, ansiedad interpersonal, miedo escénico, por nombrar algunos (Botella, Baños & Perpiñá, 2003).

Fue en 1903 cuando el francés Janet utilizó el término fobia social (*phobie des situations sociales*) para describir a los pacientes que temían ser observados mientras hablaban, tocaban el piano o escribían (Olivares, et al., 2003). Desde entonces, la comunidad científica ha considerado la relevancia de este trastorno recientemente, así, Marks y Gelder (1966) fueron los primeros en proponer la fobia social como una categoría diagnóstica y clínica; clasificando como fobias sociales los miedos a ruborizarse, comer, hablar o escribir en presencia de otras personas, incluso a temblar cuando se es el centro de atención. Y como se mencionó anteriormente, este reconocimiento como entidad diagnóstica con significación clínica se da en la tercera edición del DSM en 1980. En esta edición la característica principal de la fobia social era el miedo excesivo e irracional a la observación por parte de los demás en situaciones sociales específicas tales como hablar en público, escribir o usar baños públicos delante de otras personas (Olivares, et al., 2003).

La fobia social muchas veces permanece sin ser diagnosticada, no obstante, en los últimos años se incrementado el interés por este trastorno. Estudios epidemiológicos indican que este trastorno constituye un problema de salud pública grave que padece o ha padecido alguna vez en su vida el 9.5% de la población (Olivares, et al., 2004; OMS, 2001).

De acuerdo con una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil y adolescente, llevada a cabo por Olivares, et al. (2003), son pocos los trabajos sobre su incidencia en esta población. En México, los estudios epidemiológicos han señalado una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 2.2 y el 4.7% en población adulta (Medina-Mora, et al., 2003). Por su parte, Gil-Bernal (2004), en un estudio que realizó en escuelas públicas de la ciudad de México, con base en un punto de corte calculado a partir de los criterios diagnósticos para la fobia social según el DSM-IV (APA, 1994) encontró que el 18.65% de la muestra cumplía con el diagnóstico. De los cuales el 40.8% eran hombres y el 59.2% eran mujeres.

La edad media de inicio de la fobia social se sitúa entre los 14 y los 16 años, sin embargo algunos estudios han encontrado edades más tempranas de inicio (Fehm, Pelissolo, Furmark, & Wittchen, 2005; Magee, 1999; Rapee & Spence, 2004). Otros estudios epidemiológicos indican que la edad de inicio es entre los 12 y los 16 años (Degonda & Angst, 1993; DeWit, et al., 1999; Faravelli, et al., 2000; Lépine & Lellouch, 1995), dentro de este intervalo se sugiere que de los 5 a los 9 años es un periodo de alto riesgo en cuanto al inicio del trastorno (Schneier, Jonson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992).

La relevancia de conocer este trastorno en la niñez radica en que su desarrollo se da desde los primeros años del niño (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2005).

5.3 Concepto de fobia social y criterios de diagnóstico

La APA no incluyó ningún criterio específico para el diagnóstico de la fobia social en niños hasta 1994, con la versión del DSM-IV. En dicha edición se señala que la ansiedad ante las situaciones sociales no sólo se limita a la población adulta, sino que también está presente en los niños. Se indica que la ansiedad en el niño puede traducirse en llanto, berrinches, inhibición o abrazos y que puede faltar el reconocimiento de que el miedo es irracional y excesivo. También se establece que la duración de las respuestas de ansiedad social deben mantenerse durante un mínimo de 6 meses, aunado a esto la población infantil debe presentar los demás criterios utilizados para la población adulta (Olivares, et al., 2004).

La definición y los criterios para el diagnóstico de la Fobia Social según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994) son:

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte

de los demás. El individuo teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. En los niños la ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches o inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en las situaciones sociales o actuaciones en público temidas interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones académicas o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos.

La fobia social se define básicamente como el miedo a la evaluación negativa que puedan realizar los demás del comportamiento propio en situaciones sociales (Olivares, et al., 2004). Los niños con fobia social sienten que los demás los observan y los evalúan independientemente de que esto sea cierto. Además, piensan que es probable que la evaluación tenga un resultado

negativo, por lo tanto que sean consecuencias negativas para ellos (Kendall & Warman, 1996). A pesar de que los niños en su vida diaria se exponen continuamente a situaciones sociales, la ansiedad no disminuye. Y aún con la sola anticipación de la situación ansiógena puede desencadenar los mismos síntomas fisiológicos. Así que esto favorece el aislamiento social y malestar significativo durante la interacción de los niños con sus pares (Botella, et al., 2003; Dinnel, Kleinknecht & Tanaka-Matsumi, 2002).

5.4 El papel que desempeñan los padres

Cada niño nace con características únicas que determinan en gran medida su desarrollo futuro, no obstante, los padres estructuran la mayor parte del repertorio conductual durante la infancia. A través de las interacciones padres-hijo, se educa y guía al niño, estas interacciones pueden o no ayudar a su desarrollo sano; la calidad estará regulada por las prácticas parentales que los padres empleen con sus hijos (Hernández-Guzmán, 1999). Es así que los padres juegan un papel importante tanto en el surgimiento como en el mantenimiento de la ansiedad de los niños (Kendall, et al., 1992).

Si bien, el niño desarrollará un mundo propio, a partir, del contacto continuo con sus cuidadores principales, y su comportamiento dependerá de las características de la díada. Las consecuencias de la interacción ocurrirán de manera inmediata, además, el efecto se verá reflejado más adelante en la adolescencia, incluso en la edad adulta. Por lo tanto, si dicha interacción no es de calidad se pueden originar daños físicos, psicológicos y sociales (Johnson & Medinnus, 1974; Repetti, Taylor & Seeman, 2002; Sroufe, Cooper & De Hart, 1996).

Aparte de la calidad de las relaciones familiares, también, las pautas de apego percibidas por los niños y los estilos de crianza empleados por los padres se relacionan con el ajuste personal, escolar y/o social. Además, se relacionan con los trastornos de ansiedad en particular (Hernández-Guzmán, 1999).

La relación de apego madre-hijo tiene una función evolutiva para proteger al niño de daños físicos y psicológicos. El niño desarrolla su modelo del mundo a partir de su estilo de apego. Un apego seguro es el resultado del apoyo y responsabilidad consistentes por parte de la madre ante las necesidades de su hijo, de tal forma que el niño tendrá una seguridad de sí mismo y del ambiente, además de una autonomía. Por el contrario, el niño con apego inseguro se caracteriza por experimentar ansiedad elevada, ya que no confía en recibir apoyo y protección de su cuidador. De modo que tendrá una mayor tendencia a desarrollar psicopatología (Bretherton, 1997).

Los estilos de crianza como el control parental y la intrusividad limitan la autonomía del niño (Gruner, Muris & Merckelbach, 1999). Los padres, también, pueden propiciar en los niños la conducta de evitación cuando los enseñan a afrontar los problemas ignorándolos o evitándolos. Cuando son sobreprotectores con sus hijos y no permiten que se expongan a las situaciones ansiógenas, el aprendizaje para afrontar situaciones estresoras se ve limitado (Pollock, Rosenbaum, Marrs, Miller & Biederman, 1995).

Otra forma en que los padres pueden influir en el niño es a través de la psicopatología, ya sea genéticamente, indirectamente por modelamiento o por prácticas de crianza deficientes, pues si alguno o ambos padres padecen un trastorno de ansiedad pueden influir en el niño para que aprenda a qué temer, cómo expresar la ansiedad y cómo afrontar las situaciones de ansiedad. El niño aprenderá a interpretar y afrontar las diversas situaciones que se le presenten, frecuentemente tomando como modelo la conducta de sus padres y aquellas personas significativas, lo cual dependerá de la calidad de los cuidados y las interacciones (Hernández-Guzmán, 1999).

La interacción actual con los padres o cuidadores principales implica riesgos y factores protectores, que pueden afectar el resultado del tratamiento. Si la valoración se basa en las interacciones del niño en diferentes contextos, como el familiar, la planeación del tratamiento puede tomar en cuenta las circunstancias que rodean al trastorno. En el caso de los niños, el papel que desempeñan los padres, ya sea exacerbando o deteniendo el curso de un

trastorno, no deben ignorarse (Kortlander, Kendall & Panichelli-Mindel, 1997; Turner, Beidel, Roberson-Nay & Tervo, 2003).

Es así que en el caso de un niño, el contexto familiar, es una variable cardinal en el proceso de cambio terapéutico y su mantenimiento a lo largo del tiempo. Por ejemplo, un terapeuta que ignore la naturaleza de la interacción familiar y las relaciones de un niño agresivo, con todos los contextos que le rodean, no sólo se enfrentará a fuerzas opuestas a los cambios que su intervención promueva, tal vez, al interior de la familia, sino que no podrá dotar al niño de las estrategias para contrarrestarlas (Hernández-Guzmán, 2005).

5.5 Investigación sobre los tratamientos de la fobia social infantil.

Son diversos los tratamientos para la fobia social, cada uno cuenta con diferentes herramientas terapéuticas, enfocadas a diferentes aspectos de los factores relacionados con el establecimiento y mantenimiento de dicho trastorno (Jacobson & Truax, 1998). A continuación, se describirán los principales tratamientos para la fobia social de acuerdo a la literatura de investigación.

Tratamiento farmacológico de la fobia social

En los últimos años, los investigadores han examinado la eficacia de diversos tipos de medicamentos para la fobia social, incluidos los inhibidores de la monoamino oxidasa (*IMAO*), inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (*ISRS*), benzodiacepinas, beta-bloqueantes, y otros más como la buspirona, clonidina, bupropion (Antony, 1997; Olivares, et al., 2004).

Uno de los primeros medicamentos que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la fobia social son los *IMAO* irreversibles (fenelzina y tranilcipromina), sin embargo producen intensos efectos secundarios que ser

considerados, como la somnolencia, los mareos y el aumento de peso, además de inconvenientes restricciones dietéticas (Antony, 1997; Olivares, et al., 2004).

Por su parte, los *ISRS* (fluoxetina, fluvoxamina) han mostrado resultados más notorios para el manejo de la fobia social, los efectos secundarios son mínimos (náuseas, dolor de cabeza). Sin embargo, se están realizando estudios que buscan corroborar la eficacia de este grupo de fármacos para el manejo de este trastorno (Black, Uhde & Tancer, 1992; Den Boer, Van Vliet & Westenberg, 1994).

Las benzodiazepinas (alprazolam, clonazepam, bromazepam), pueden ser una alternativa a los IMAO y a los ISRS, pues reducen las respuestas de ansiedad rápidamente, no obstante, una de las desventajas de su uso es que son contraindicadas para personas con alcoholismo (Pollack, 1999). El alprazolam parece reducir los síntomas, pero la tasa de recaídas es muy alta cuando se deja de tomar el fármaco (Gelernter et al., 1991). Lo mismo ocurre con el clonazepam, que además provoca como efectos secundarios un efecto sedante excesivo, dificultades de concentración, problemas sexuales y problemas de coordinación (Davidson, Ford, Smith & Potts, 1991; Ontiveros & Fontaine, 1990). Por último, el bromazepam también tiene problemas de efectos secundarios tales como somnolencia y problemas de memoria (Versiani, Nardi & Mundim, 1989).

Respecto al uso de inhibidores reversibles de la monoamino oxidasa (IRMA), específicamente la brofaromina y la monclobemida, aunque se obtienen mejorías significativas, se ha observado que al interrumpir la medicación la tasa de recaídas ha llegado al 88 % de los pacientes que habían mejorado (Schneier, Goetz, Campeas, Fallon, & Liebowitz, 1998).

Dentro de los betabloqueantes más usados se encuentra el propanolol, pero no se ha probado su eficacia para la fobia social. Si bien, los betabloqueantes disminuyen algunas respuestas del sistema nervioso autónomo (sudor, palpitaciones, etc.), pero no reducen la ansiedad a nivel del sistema nervioso central (Den Boer, et al., 1994).

En relación a los antidepresivos tricíclicos como la imipramina y la clomipramina, no cuentan con ningún dato que justifique su uso en el tratamiento de este trastorno (Liebowitz, et al., 1984). Lo mismo sucede con la buspirona, por lo que algunos autores han sugerido que su empleo podría servir de reserva para los pacientes que no hayan mejorado con otros tratamientos (Schneier, Juster, Heimberg & Liebowitz, 1996).

A pesar de que el objetivo de los tratamientos farmacológicos es controlar las reacciones fisiológicas relacionadas con la fobia por medio del bloqueo de ciertas actividades en el sistema nervioso central. El número de estudios controlados son escasos, y la mayor parte de ellos se han realizado con poblaciones adultas (Olivares, et al., 2004).

Tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social

Son numerosos los estudios que han confirmado que la terapia cognitivo-conductual es eficaz para personas con fobia social (Antony & Barlow, 1997; Turner, Cooley & Beidel, 1996). En la terapia cognitivo-conductual, los objetivos son reducir la influencia del pensamiento disfuncional; por lo que se pretende modificar los sistemas disfuncionales de creencias, incrementar la solución activa del problema; y construir una perspectiva de afrontamiento adaptativa, apoyándose en experiencias conductuales de implicación emocional (Kendall, 1997).

Específicamente, los aspectos a tratar en este tipo de tratamiento son:

1. Los aspectos cognitivos, ya que se modifican los pensamientos distorsionados asociados a las situaciones que provocan la evitación y se facilita en último término la exposición;
2. Los aspectos conductuales relacionados con la evitación que mantiene el malestar del niño. Se incluye principalmente la técnica de exposición en vivo y en imaginación para reducir la ansiedad que genera la interacción social. Aunque esta técnica es necesaria,

puede resultar insuficiente por sí sola debido a diversas dificultades técnicas como la naturaleza imprevista y el carácter de brevedad de muchas interacciones sociales, lo cual puede impedir que se mantenga la situación hasta que se produzca el descondicionamiento tal y como sucede en la exposición.

La terapia cognitivo-conductual contiene una combinación de técnicas cognitivas orientadas a la modificación de pensamientos distorsionados, técnicas conductuales para modificar las conductas de evitación y técnicas de relajación dedicadas a disminuir las respuestas fisiológicas (Grave & Blissett, 2004; Hazlett-Stevens & Craske, 2002; Kazantzis, Deane & Ronan, 2000). La inclusión de dichas estrategias en el tratamiento dependerá de las características de cada paciente (Heimberg, Juster, Hope & Mattia, 1995).

De acuerdo con las técnicas y estrategias del tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social, las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales incluyen el modelado por parte del terapeuta, ensayos de conducta, corrección o retroalimentación de aquello que se puede mejorar, reforzamiento social y práctica entre una sesión y otra (Heimberg, 2002).

Se ha encontrado que las técnicas más recomendables de la terapia cognitivo-conductual para la fobia social son la reestructuración cognitiva, el entrenamiento de habilidades sociales y la exposición (Botella, et al., 2003; Olivares, García-López, Beidel, Turner, Albano & Hidalgo, 2002).

En los estudios que ponen a prueba los programas de entrenamiento en habilidades sociales como tratamiento de la fobia social no presentan resultados significativos respecto a su eficacia (Mersch, Emmelkamp, Bögels & Van der Sleen, 1989; Öst, Jerremalm & Johansson, 1981; Trower, Yardley, Bryant & Shaw, 1978). En general los estudios revisados muestran que el entrenamiento en habilidades sociales presenta una cierta eficacia en el tratamiento de la fobia social, pero no se ha podido demostrar empíricamente que este entrenamiento por sí solo sea superior a una condición control, ya que en el único estudio en el que se incluye un grupo control adecuado, el

entrenamiento en habilidades sociales no fue superior (Marzillier, Lambert & Keller, 1976).

En cuanto a la exposición, son varios los estudios que indican su eficacia como tratamiento único para la fobia social como Alström, Nordlund, Persson, Harding & Ljungqvist, 1984; Biran, Augusto & Wilson, 1981; Butler, Cullington, Munby, Amies, & Gelder, 1984; Emmelkamp, Mersch, Vissia & Van der Helm, 1985; Mattick & Peters, 1988; Mattick, Peters, & Clarke, 1989; Turner, Beidel & Jacob, 1994; Wlazlo, et al., 1990. Pero en otros estudios, los autores consideran que adicionar técnicas cognitivas al tratamiento de exposición puede beneficiar el mantenimiento de los logros terapéuticos (Butler, et al., 1984; Heimberg, 2001). Algunos autores sugieren que la fobia social se puede abordar mejor con la combinación de la exposición y la terapia cognitiva (Butler, 1985).

También, existe una amplia literatura de investigación que ha estudiado la eficacia de las técnicas cognitivas de manera aislada, para el tratamiento de la fobia social (Emmelkamp, et al., 1985; Jerremal, Johansson, & Öst, 1986; Kanter & Golfried, 1979; Mersch, et al., 1989). Aunque algunos estudios sugerían que la mejoría de la terapia cognitiva no resultaba superior a la conseguida con la exposición (Biran, et al., 1981; Emmelkamp, et al., 1985), estos no contaban con un grupo control, lo que los limitaba metodológicamente.

En un estudio realizado por Heimberg, Becker, Goldfinger y Vermilyea (1985), combinaron exposición con imaginación guiada, juegos de rol, reestructuración cognitiva y tareas para casa. Los resultados mostraban reducciones evidentes en ansiedad social, ansiedad general y al miedo a la evaluación negativa tanto en el post tratamiento como en el seguimiento a los seis meses.

Posteriormente, Heimberg, et al. (1990) aplicaron un protocolo cognitivo-conductual integrado por distintas técnicas como psicoeducación, reestructuración cognitiva, modelamiento, exposición en vivo y tareas para casa, con una condición control (placebo), encontrando una mejoría

significativa en el tratamiento combinado. Además las mejorías aumentaron en el seguimiento a los seis meses y a los cinco años (Heimberg, Salzman, Holt & Blendell, 1993).

En otra investigación, Schooling & Emmelkamp (1993) estudiaron, también, la eficacia de la combinación de tratamientos cognitivos con conductuales, en este trabajo compararon la eficacia de tres condiciones de tratamiento: 1) exposición en vivo, 2) terapia cognitiva seguida de exposición y 3) terapia cognitivo-conductual que combinaba e integraba la exposición y la reestructuración cognitiva. Los resultados indicaron que los tres grupos fueron eficaces en aspectos como el miedo, la evitación y las creencias disfuncionales.

La literatura de investigación indica que son más eficaces las intervenciones que contienen mayor número de horas y sesiones de tratamiento y se aplican en grupo (Barrett, 1998; Botella, et al., 2003; Méndez, et al., 2001; Olivares, et al., 2002; Otto, Smits y Reese, 2004).

Está claro que algunas técnicas ya sean cognitivas o conductuales por sí solas no son tan eficaces como en conjunto, sin embargo su unión provee de mejores resultados en el tratamiento de la fobia social, no sólo durante el proceso de la intervención sino después de que éste ha concluido.

Terapia cognitivo-conductual vs. Tratamiento farmacológico

En la actualidad tanto la terapia cognitivo-conductual (TCC) como los tratamientos farmacológicos han sido comparados para confrontar su eficacia en la fobia social. En los apartados anteriores se describieron algunos estudios que demuestran la eficacia de cada uno de estos, enseguida se mencionarán brevemente otros estudios que comparan ambos tratamientos.

Las revisiones meta-analíticas de la terapia cognitivo-conductual para la fobia social sugieren que producen mayores beneficios que el placebo y otras

intervenciones (Chambless & Hope, 1996). Pues las ganancias obtenidas por los pacientes son evidentes, enseguida del tratamiento y también en las evaluaciones de seguimiento (Chambless & Hope, 1996; Fedoroff & Taylor, 2001; Gould, Buckminster, Pollack, Otto & Yap, 1997).

En un estudio, Turner, Beidel y Jacob (1994) compararon la eficacia de una combinación de una intervención cognitiva-conductual en cuanto a la del beta-bloqueante atenolol y un placebo en fóbicos sociales. Los resultados mostraron que la TCC proveía de mejores resultados, además que éstos se mantenían a los seis meses.

Heimberg, Juster, Brown et al. (1994) examinaron la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual con uno farmacológico, los resultados sugieren que 1) el fármaco (fenelzina) empleado produce una respuesta más rápida que la TCC, con efectos positivos a las seis semanas de tratamiento, 2) la TCC y el fármaco fueron superiores al placebo, 3) durante el seguimiento sin tratamiento, los pacientes sometidos a la TCC mantuvieron sus logros en contraste los pacientes que emplearon el fármaco retrocedieron.

Dos investigaciones meta-analíticas también han comparado estos dos tipos de intervención. Gould et al. (1997) encontraron que la TCC y el tratamiento farmacológico producían mejorías significativas y equivalentes después del tratamiento, pero la TCC era menos costosa que la farmacoterapia. Por su parte, Fedoroff y Taylor (2001) informaron que las benzodiazepinas, pero no los IMAO ni los ISRS, eran superiores a la mayoría de las intervenciones con TCC en base a autoinformes.

Por su parte, Blomhoff et al. (2001) al examinar la eficacia de estos tratamientos encontraron que después de un año de haber recibido el tratamiento, los pacientes que expuestos a la TCC continuaban mejorando, mientras que los pacientes que habían recibido el tratamiento farmacológico empeoraron.

A manera de conclusión, los datos de los estudios con seguimientos a largo plazo indican que las intervenciones psicológicas han permitido un mantenimiento de los beneficios, mientras que los sujetos que han recibido sólo tratamiento farmacológico tienden a recaer tras la finalización de la terapia.

Aunque algunos estudios señalaban que en el postest los tratamientos farmacológicos presentan un tamaño del efecto superior a los psicológicos, en el seguimiento esta relación se invierte. En el estudio de Gould y sus colaboradores indican que los tratamientos cognitivo-conductuales implican menos costos en relación costo/beneficios que los tratamientos farmacológicos, especialmente en el seguimiento, lo que denota la mayor eficacia de los primeros.

Por otra parte, los tratamientos farmacológicos han carecido a menudo de instrumentos de evaluación específicos para la fobia social, o, en su caso, la mejora de los sujetos ha sido evaluada a través de medidas de autoinforme (Olivares, et al., 2004). Y aunque estos tratamientos han mostrado ser eficaces en algunos estudios pero en otros no ha sido así. Además debe de haber precaución al usar fármacos con los pacientes, en especial con los niños.

La terapia cognitivo-conductual se reconoce como el tratamiento más eficaz de la fobia social (APA, 1995), tanto en la adultez (Méndez, Sánchez y Moreno, 2001), como en la infancia y la adolescencia (Olivares, Caballo, García-López, Rosa & López-Gollonet, 2003).

Los tratamientos cognitivos-conductuales cuentan con más datos que demuestran su eficacia, aporta mayores herramientas al paciente para que este haga frente al trastorno que padece y no lo evite, además que los beneficios se mantienen o continúan incrementándose al terminar la intervención a diferencia del tratamiento farmacológico que sólo alivia por un tiempo determinado, además que la TCC no tienen efectos secundarios negativos para el paciente. Finalmente, en el siguiente capítulo se describirá la propuesta de esta tesis, resultado de la investigación. Para así, terminar de entrelazar los componentes del presente trabajo y por tanto obtener la comprensión total de su elaboración.

6. DEL ALGORITMO AL MANUAL DE TRATAMIENTO

La literatura de investigación revisada a este punto aporta los suficientes datos útiles para proponer un algoritmo que sienta las bases para la elaboración de un manual de tratamiento de la fobia social. La investigación básica contribuye con los datos que apoyan el uso de técnicas conductuales. Por otra parte, la investigación aplicada proporciona la información necesaria que fundamenta la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. El algoritmo propuesto no sólo representa el punto de partida para la elaboración de un manual de tratamiento para la fobia social, sino para cubrir todo el espectro de los problemas internalizados, ansiedad y depresión.

Barlow et al. (2004) y Chorpita et al. (2004) sugieren que el tratamiento cognitivo-conductual dirigido a los trastornos emocionales, ansiedad y depresión, coinciden en gran parte de uno a otro. Mencionan que, entre los trastornos de ansiedad existe una notable similitud y que lo que varía entre ellos es la valoración cognitiva asociada a un contexto o una situación que da lugar a respuestas de evitación. Es decir, que a los trastornos emocionales subyacen componentes comunes que superan a los que no comparten.

Un estudio reciente de Hernández Guzmán y cols. (en prensa) en niños mexicanos encontró que el conjunto de trastornos de ansiedad en la infancia (ansiedad de separación, ansiedad generalizada, fobia específica, fobia social y pánico/agorafobia) correlacionan entre sí y subyacen a un factor de orden superior de ansiedad general. Este hallazgo coincide con los resultados obtenidos por Spence (1997, 1998) en población infantil australiana y con los de Barlow et al. (2004) en adultos.

De acuerdo con Barlow et al. (2004), en cada uno de los trastornos emocionales, incluyendo la depresión, se sobreestima la probabilidad de que ocurra un evento negativo y se exageren las consecuencias en el caso de que

este evento negativo ocurriese. En la fobia social se evita la actuación-interacción social. En el caso de la fobia específica se evitan estímulos, objetos o situaciones específicos. En el trastorno de pánico y agorafobia se evitan sensaciones somáticas (experiencias emocionales). En cuanto al estrés postraumático la evitación se da ante estímulos asociados con el trauma. Los rituales cognitivos y conductuales aparecen como estrategias de evitación en el trastorno obsesivo compulsivo. Mientras que, en el trastorno de ansiedad generalizada se emplean conductas de preocupación y perfeccionismo negativo y desadaptado como estrategias de evitación de la ansiedad. La evitación, en el trastorno de ansiedad de separación ocurre con conductas de aferrarse a la persona de apego. Recientemente, se ha reconocido también que en el caso de la depresión, se recurre al aislamiento y la inactividad como estrategia para evitar interacciones y contextos que provoquen afecto negativo.

Barlow et al. (2004) han documentado que los trastornos de ansiedad, específicamente el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada, comparten con la depresión los afectos negativos y la activación del sistema nervioso autónomo. Lo que ha dado lugar a tratamientos manualizados cuya eficacia para tratar indistintamente los diversos trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, se ha demostrado ampliamente (Barrett, et al., 1996; Bögels & Siqueland, 2006; Chorpita, et al., 2004; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Lumpkin, Silverman, Weems, Markham & Kurtines, 2002; Medlowitz, et al., 1999; Muris, Meesters & van Melick, 2002; Nauta, Schooling, Emmelkamp & Minderaa, 2001, 2003, 2005). Sin embargo, respecto al tratamiento de la depresión, existen algunas divergencias que se señalarán por separado donde resulte pertinente. En algunos casos, se pondrá una sección que sólo corresponda a la depresión, en otros simplemente se hará la aclaración respectiva en una nota.

6.1 Jerarquización de situaciones o estímulos asociados con la ansiedad

De acuerdo con este planteamiento, se ha elaborado el presente algoritmo, cuyo primer proceso es precisamente identificar las diversas preocupaciones y fuentes de evitación asociadas con el trastorno del que se trate. Es factible trabajar individualmente o en grupo. Dentro de este contexto, la tarea del terapeuta consiste en establecer, junto con el paciente, una jerarquía de situaciones o estímulos. En el caso de los niños, se sugiere crear una situación de juego que propicie el establecimiento de esta jerarquía. Es posible trabajar individualmente o en grupo. Se ha propuesto que se utilice algún tipo de metáfora, por ejemplo, una escalera (Chorpita, et al., 2004) para que los niños ubiquen en los distintos peldaños de la escalera sus diferentes miedos y sus preocupaciones. Lo que les produzca mayor ansiedad en la parte más alta de la escalera y los menos ansiógenos en la parte más baja. Otro ejemplo, es usar un termómetro para que el niño vaya colocando sus miedos a lo largo de la escala del termómetro, a mayor “temperatura” más miedo. Para facilitar al niño la jerarquización de sus miedos se mencionan una a una las situaciones y estímulos que él mismo y/o sus padres hayan expresado en la entrevista inicial. Para los niños con depresión se puede utilizar el termómetro del ánimo en lo cual a mayor “temperatura” mayor nivel de tristeza o irritabilidad.

También se utiliza la información manifestada en la aplicación de las diversas pruebas psicológicas (SCAS, Spence, 1998; CES-D, Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque & Chartt-León 1999). Este material desempeña un papel esencial en el desarrollo de las fases que se describen a continuación, pues es la información básica con la que se trabaja. Una vez establecida la jerarquía, el siguiente paso en el algoritmo es educar al niño acerca de la ansiedad. (Nota: En el caso de la depresión, se prescinde de la jerarquización de situaciones o estímulos. No obstante, resulta muy importante indagar acerca de las emociones, por un lado, y los pensamientos, por el otro, que el niño esté presentando).

6.2 Psicoeducación

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

Educación sobre ansiedad: La falsa alarma

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

Se puede utilizar como ejemplo: “¿Qué pasaría si en este momento entrara un tigre?” Lo más probable es que los que estamos aquí sintamos un miedo inmenso, porque el tigre representa un verdadero peligro. Podría atacarnos y matarnos, por eso nuestro organismo responde con una alarma que es el miedo. Esa alarma nos alertará para que nos pongamos a salvo. En cambio, si entra una hormiguita, muchos no sentiremos absolutamente nada, porque la hormiguita no representa ningún peligro para nosotros. Pero, si un

niño se asusta mucho y grita cuando entra la hormiguita, quiere decir que se le ha encendido la alarma. Aunque realmente la hormiguita no hace nada, el organismo de ese niño le está enviando una falsa alarma. Es él mismo, quien sin darse cuenta está activando la falsa alarma“.

La metáfora de la falsa alarma sirve para educar al niño acerca de la ansiedad, acerca de la idea de que muchas veces tendremos pensamientos absurdos, de que algo nos va a hacer daño o de que algo va a suceder sin que verdaderamente haga daño o verdaderamente pueda suceder.

Una vez educado el niño acerca de lo que es la ansiedad, cómo es que nosotros mismos nos hacemos muy malas jugadas y a veces sentimos miedo de cosas de las que no deberíamos sentir miedo, el siguiente paso, para seguir con la psicoeducación, es ayudar al niño a distinguir entre emociones, pensamientos y conductas.

Psicoeducación sobre depresión: El detective de las emociones

La psicoeducación para la depresión difiere ligeramente de la de los trastornos de ansiedad. Como ya se indicó, se prescinde de la jerarquización de estímulos y situaciones, para comenzar directamente con la educación acerca de la depresión. A los niños deprimidos se les puede explicar que cuando estamos deprimidos nos sentimos muy tristes. “La depresión es una reacción normal que sentimos todas las personas cuando perdemos a alguien o algo que queremos mucho, cuando nos pasa algo que no queríamos que pasara, cuando por más que tratamos no logramos lo que queremos. Es normal que nos deprimamos cuando muera alguien a quien amamos mucho. Pero hay veces que no ha pasado nada malo, o no es tan malo lo que pasó, o ya pasó mucho tiempo, y de todas formas nos sentimos deprimidos. Esa

depresión no es normal y debemos investigar lo que está ocurriendo. Debemos averiguar qué pensamos.

Se discute con el niño acerca de las emociones como la tristeza, el enojo o el mal humor y se le ayuda a identificar en qué circunstancias se siente así, qué piensa cuando se siente así y qué hace o deja de hacer cuando se siente así. Cuando estamos deprimidos sentimos tristeza, no tenemos ganas de hacer nada. ¿Qué sientes cuando estás deprimido?

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

- Tristeza. “Hay situaciones, como cuando los compañeros o amigos no quieren jugar con nosotros, o cuando estamos enfermos, etc. que nos producen pensamientos que nos entristecen mucho. Cuando nos sentimos tristes dejamos de hacer cosas que antes nos gustaba hacer. ¿Sientes tú tristeza? ¿Cómo es tu tristeza? ¿Dónde la sientes, en el pecho, en el estómago, en las piernas? ¿Qué sientes, dolor, como vacío? ¿Qué piensas cuando te sientes triste?”
- Enojo. “A veces nos enojamos sin que realmente haya pasado nada que deba enojarnos. Simplemente estamos de mal humor”. ¿Te sientes de mal humor? ¿Qué piensas cuando te sientes de malas? ¿Qué haces?”
- Pesimismo. Las personas deprimidas piensan que les van a pasar cosas malas, no creen que sus problemas se resuelvan, ni que el futuro vaya a ser mejor para ellos, que nunca tendrán amigos. ¿Tú qué piensas?”

¿Cómo crees que vaya a ser tu futuro? ¿Crees que ya no vas a sentirte triste? ¿Cómo vas a ser cuando seas más grande (mayor)?

- Fracaso. A algunas personas deprimidas les da miedo equivocarse, y por eso mejor no intentan hacer cosas (actividades) nuevas. ¿Quieres aprender algo nuevo? ¿Tienes miedo de equivocarte cuando estás aprendiendo algo nuevo?
- Pérdida de placer. Para los niños que se deprimen, hay juegos que antes les parecían divertidos, pero de repente ya no. ¿Te pasa eso a ti? ¿A qué jugabas antes y que ahora ya no juegas?
- Culpa. Cuando estamos deprimidos sentimos que tenemos la culpa de lo malo (las cosas malas) que pasa. ¿Tú sientes culpa? ¿De qué te sientes culpable?
- Castigo. Cuando estamos deprimidos sentimos como cuando nos castigan. ¿Te sientes tú castigado?
- Disgusto personal. Cuando estamos deprimidos no nos sentimos bien con nosotros mismos. Nos sentimos decepcionados de lo que hacemos, de cómo somos. Sentimos que nadie nos quiere, que somos aburridos o tontos. ¿Cómo piensas que eres tú? ¿Te dices cosas feas en tu mente? ¿Qué te dices?
- Llanto. Las personas deprimidas lloran mucho. ¿Lloras a veces? ¿Mucho? ¿Qué piensas cuando lloras?
- Sueño. Algunas personas que se deprimen a veces tienen problemas para dormir o duermen mucho. Tienen sueño todo el tiempo. ¿Duermes casi todo el día? ¿Quisieras quedarte durmiendo todo el día? ¿No duermes bien? ¿Te despiertas por la noche y ya no puedes dormir?
- Concentración. ¿Puedes poner atención en la escuela? ¿Te distraes en clase?
- Energía. ¿A veces te das cuenta que no tienes ganas de hacer nada? Dime, ¿qué piensas cuando no quieres hacer nada? ¿Te sientes cansado? ¿Se te quita el hambre?

- Evitación. ¿Te pasas mucho tiempo sin hacer nada? ¿Tratas de no pensar en tus problemas? ¿Si una tarea te parece difícil ya no la haces?
- Síntomas físicos ¿Sientes dolores aunque no estés enfermo? ¿Te sientes enfermo?

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

Emociones, pensamientos y conductas

Uno de los componentes más importantes de la psicoeducación es, que el niño aprenda, primeramente a distinguir entre las emociones, los pensamientos y las conductas. Posteriormente, identificará la conexión que existe entre éstos. Para iniciar la discriminación entre estos tres elementos que son piezas básicas para lograr la psicoeducación, tanto de la ansiedad como de la depresión, puede valerse de juegos. Se puede trabajar, por ejemplo, con tres recipientes claramente distintos entre si, que pueden ser una canasta, un bote y una caja. Cada recipiente corresponde a cada uno de los componentes, por ejemplo, los pensamientos irían en la canasta, las emociones en el bote y las conductas en la caja. El juego consiste en que, tanto el terapeuta como los

niños, reciban un papelito que contenga un pensamiento, una emoción o una conducta, lo lean en voz alta y lo introduzcan en el recipiente que le corresponda. Por ejemplo, en el papelito estará escrito “soy muy listo”, el niño tendrá que identificar si es una emoción, una conducta o un pensamiento. El niño deberá meter el papelito en la canasta. Existen variedades de este juego. Los niños más pequeños tal vez requieran que el terapeuta se refiera a las emociones como “lo que siento”, a los pensamientos como “lo que pienso” o “lo que me digo en mi mente”, y a las conductas como “lo que hago”.

Son distintos los juegos que puedan utilizarse para enseñar a los niños a discriminar entre sus emociones, sus pensamientos y sus conductas. Se puede emplear un juego tipo Monopoly, donde van echando dados y van avanzando y caen en una casilla en donde se le pide al niño que represente una emoción o que la mencione y en otra casilla una conducta. De esta manera, los niños jugando aprenderán a distinguir entre emociones, pensamientos y conductas, lo cual es un requisito importante para el siguiente paso.

Distinción de pensamientos negativos o absurdos

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

importante que el niño identifique, tanto los pensamientos asociados con las emociones desagradables, como con las agradables.

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

6.3 Restructuración cognitiva

El enfoque cognitivo-conductual se apoya en gran parte en la premisa de que los pensamientos, las emociones y la conducta se entrelazan e influyen mutuamente. La forma en que la persona percibe o evalúa una situación ejerce una influencia sobre sus respuestas emocionales y su conducta, las que a su vez afectan la apreciación de nuevas situaciones. El tratamiento cognitivo-conductual implica enseñar a los niños, en este caso, acerca del ciclo

pensamientos-emociones-conducta y modificar junto con ellos sus pautas de pensamiento de tal forma que afronten con mejores recursos las situaciones desafiantes a futuro. El tratamiento incluye la asignación de tareas que los niños se llevan a casa.

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

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

Alto y pienso

La reestructuración cognitiva enfocada a los niños es más sencilla que la que se trabaja con adultos y niños mayores. En este caso, después de que el niño identifique claramente cuáles son los pensamientos negativos que le provocan emociones negativas, se le enseña la técnica “alto y pienso” como parte de la tarea de romper el rayo maligno (Kendall, 1994). Puede complementarse con el ejercicio del superhéroe, en el que se explica a los niños que trabajarán en el superhéroe que se dedica a romper el ciclo de pensamientos negativos – emociones molestas – conducta. Puede describirse como un anillo de rayos malignos que sólo él (el superhéroe) puede romper con

su visión láser muy poderosa. Su tarea consiste en encontrar los pensamientos negativos que hacen sentir sufrimiento y malestar y romper el rayo maligno. Su siguiente tarea será crear un rayo positivo que una pensamientos buenos que le hagan sentir bien. Cada vez que el niño tenga un pensamiento negativo se le enseña a decir “alto y pienso”. “Yo tengo el control de mis emociones y que ya sé que si pienso eso, tendré esa emoción que tanto me molesta. Alto, rompo el rayo, se detiene el pensamiento”. Paralelamente, se trabaja con el niño una lista de pensamientos agradables que le hagan sentir bien. Se enseña al niño no sólo a detener el pensamiento negativo, sino a evocar uno de esos pensamientos agradables que le hacen sentir bien. Este ejercicio de reestructuración es mucho más sencillo que la alternativa: la de someter a prueba la evidencia.

Someter a prueba la evidencia

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

Este ejercicio se plantea como un juego en el que el niño protagoniza a un detective y tiene que investigar, que indagar si los hechos realmente confirman ese pensamiento en particular. ¿Qué tantos hechos o que tanta evidencia encuentra que apoyen el pensamiento? Si un niño no entiende la tarea, se puede usar alguna historia no necesariamente relacionada con su problema. Inicialmente, el terapeuta puede contarle una historia acerca de un personaje, cuyos chocolates han desaparecido y su pensamiento fue: “Mi primo es el culpable”. Su tarea es buscar pistas para decidir si realmente fue su primo

el culpable. Pone atención a las pistas, observa, hace preguntas, hasta encontrar al culpable. Por ejemplo, el protagonista de la historia repite continuamente: “No debo sacar conclusiones sin haber investigado bien los hechos”. Así, el protagonista de la historia observa y descubre que una de sus hermanas tiene manchada la boca, huele a chocolate, no comió casi a la hora de la comida. Cuando preguntó a su tía, ella vio salir a su hermana de la habitación donde guardaba los chocolates. En cambio, su primo no tenía manchada la boca, no olía a chocolate, comió muy bien y recuerda que estuvo todo el tiempo jugando con él. El terapeuta apunta en una columna los hechos que corroboran la culpabilidad de los distintos personajes y, en otra columna, los que no la apoyan.

El terapeuta puede buscar otras historias similares que le ayuden a que el niño entienda que investigar los hechos es lo que le sirve para tomar una decisión acerca de qué tanto corroboran o no un pensamiento. Cuando el niño haya comprendido la tarea, seguirá protagonizando al detective junto con el terapeuta para identificar, en su lista de pensamientos automáticos negativos (elaborada por el terapeuta), los sucesos o hechos que corroboren un pensamiento en particular, y cuáles son los hechos que no lo corroboran. Es decir, el terapeuta ayudará al niño a evaluar cada pensamiento en términos de la evidencia que apoye o no un pensamiento dado. En este punto es muy importante ayudar al niño a analizar con cuidado esta evidencia.

El resultado de este ejercicio son dos listas para cada pensamiento trabajado, una lista de los hechos que apoyan un pensamiento y otra de los hechos que no lo apoyan. Se invita, entonces, al niño a identificar o decidir qué tan absurdo o que tan negativo es ese pensamiento. Dentro de este mismo contexto, se aprovecha para que el niño verbalice el pensamiento que sí se apoye en los datos o hechos. Por ejemplo, como parte de su tarea como detective, el niño sometió a prueba el pensamiento “nadie me quiere”, de los datos que dio para apoyar el pensamiento que le producía una emoción desagradable, indicó que no le daban permiso de ver la televisión en ciertas ocasiones, que lo castigaban y que sus hermanos le molestaban. Con los datos

que dio que no apoyaban ese pensamiento dijo, por ejemplo, que sus papás le leían cuentos antes de irse a la cama, que su mamá le hacía la comida que a él le gustaba, que lo llevaban de paseo a los juegos, que lo llevaban de viaje, de vez en cuando iban a Acapulco, y que sus hermanos lo cuidaban cuando su mamá salía. El terapeuta hace preguntas al niño que le induzcan a verbalizar hechos que contradigan un pensamiento negativo determinado. Posteriormente, ambos evalúan la lista, y analizan qué tan absurdo resultó el pensamiento y que en realidad no hay tantos hechos que lo corroboren. En ese momento el terapeuta ayuda al niño a crear un pensamiento alternativo que sí se ajuste más a los hechos. Por ejemplo, “bueno mis papás sí me quieren, aunque a veces tienen que corregirme, y mis hermanos, a veces me molestan, pero también juegan conmigo”. Los pensamientos positivos alternativos, son muy importantes, pues son los que evocará el niño cada vez que tenga los pensamientos automáticos negativos. Es importante cubrir con este procedimiento los pensamientos automáticos negativos más relevantes, ya sea durante la sesión o como una tarea que se lleve el niño a casa.

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

6.4 Exposición

La exposición emplea el principio de desensibilización sistemática de la terapia conductual, en el que la exposición continua a un estímulo temido (al mismo tiempo que se prevengan las conductas de evitación o escape del

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

Exposición imaginaria

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

Es muy importante recordar que no toda la gente que se expone a una situación difícil va a desarrollar ansiedad o depresión. A pesar de que mucha gente puede experimentar síntomas de desagrado después de una situación traumática, sólo un porcentaje muy bajo desarrollará ansiedad. La idea de la exposición es romper con el círculo vicioso que se crea cuando el paciente evita constantemente las situaciones que le producen ansiedad. La evitación se refuerza y entonces el paciente nunca aprende que esas emociones, pensamientos, recuerdos e imágenes no son peligrosos, y como resultado, la ansiedad no disminuye. La sensación original de miedo y las creencias distorsionadas acerca de éste, nunca se procesan conscientemente. Como resultado, muchos de estos recuerdos, pensamientos, sensaciones, emociones, y situaciones relacionadas con éstos, no se pueden abordar y resolver mediante aprendizaje nuevo. La utilización de la exposición tanto imaginada como en vivo, ayuda al paciente a reactivar los recuerdos, en el caso, por ejemplo del estrés postraumático, del trauma original, o de pensamientos problemáticos, o de situaciones con las que ha asociado el trauma, y a tomarlos como un reto y a disminuir la evitación relacionada con la ansiedad.

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

En el caso de los niños es muy importante explicarles, por qué es importante exponerse a esos estímulos o esas situaciones que suele evitar. (Nota: En el caso de la depresión se deben realizar actividades contrarias a la inactividad propia de la depresión). También, se recomienda el uso de metáforas relacionadas con hacerle frente a un enemigo imaginario, al que hay que vencer y que la única forma de vencerlo es enfrentándolo. Se le debe

explicar cómo este método va a ayudarle a reducir los niveles de ansiedad y de sufrimiento. La explicación que reciba el paciente acerca de qué esperar de la aplicación de esta técnica proporcionará un marco de referencia muy claro para la terapia. Un ejemplo de explicación sería: “Hoy hablaremos acerca de algunas reacciones que la gente tiene ante ciertos sucesos, ante ciertas cosas que pasan, ante ciertos objetos, o ante lo que siente. Las personas creen muchas veces que se están volviendo locas o que no tienen control, cuando tienen pensamientos raros, imágenes o sensaciones que les hacen sentir mal. Esta sensación puede causar todavía mucho más sufrimiento y más ansiedad y miedo. A veces los niños a los que les pasa eso tratan de no pensar, de no tener esos pensamientos, esas imágenes, esas sensaciones, pero entre más los evitan peor se sienten, podrían sentir malestar, sufrimiento, que no están ahí o que quisieran salir corriendo. Lo que haremos es destruir esas emociones. Ya vimos que esos pensamientos que nos producen esas emociones, no son reales, son falsas alarmas. Destruiremos esas falsas alarmas pensando en ellas. Al principio, tal vez sientas mucho miedo (o te sientas muy mal) y te parezca que no vas a poder tolerarlo, aun la idea de hablar de ello tal vez te dé miedo. Aquí conmigo estás seguro, estás en un lugar seguro, aquí no pasa nada, aquí tú tienes control de todo lo que te pase. Yo te diré algunas ideas para que tú las veas en tu mente y tú me vas a poder decir si quieres que lo diga yo más despacio o que me detenga”.

Debemos recordar también, que el paciente estará listo para este procedimiento dependiendo de qué tan efectivas hayan resultado la psicoeducación y la reestructuración cognitiva. También es importante la fuerza con la que se haya establecido una buena alianza terapéutica con el niño y qué tanto control sienta sobre lo que está ocurriendo dentro de la sesión. Es por eso tan importante empezar con el mínimo sufrimiento o miedo y progresar a los más intensos, de tal manera que el niño sienta que su control va en aumento conforme progresen las sesiones. Al introducir al paciente a la exposición imaginaria el terapeuta debe hacer referencia a la psicoeducación. Se le debe recordar, como es que ciertos pensamientos suyos se asocian con sensaciones o emociones de sufrimiento o miedo, que realmente funcionan

como una falsa alarma. No hay ningún peligro real en la situación en la que se encuentra en este momento. Para informarse del progreso del paciente, en este punto, puede usarse nuevamente la escalera o el termómetro, para que el niño identifique en unidades la intensidad de su sufrimiento o miedo, y que tan tolerable es esta.

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

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

Exposición en vivo

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

6.5 Entrenamiento en habilidades sociales

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

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

6.6 La inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas

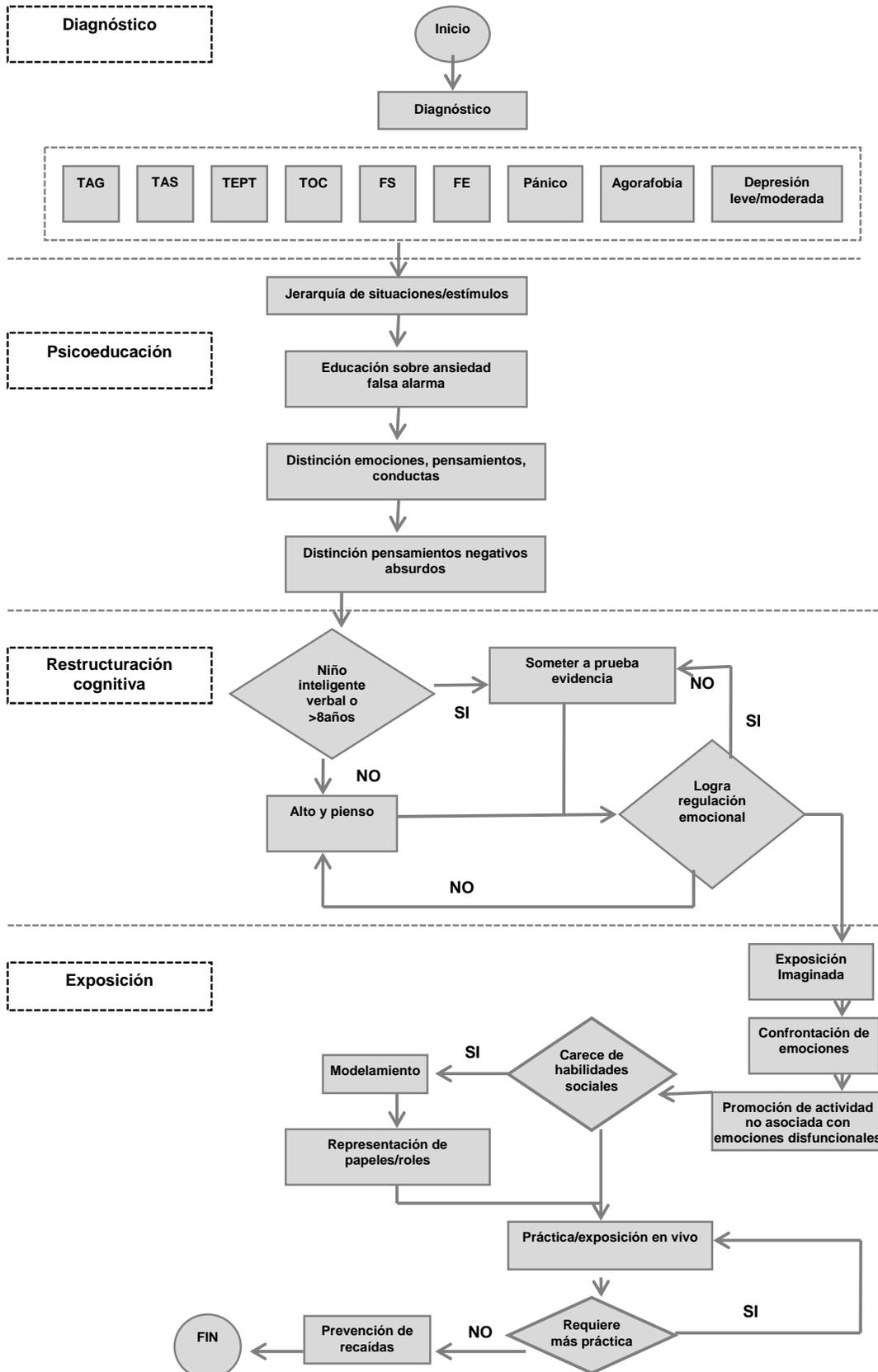
La inoculación ante el fracaso consiste en prevenir al niño que podrían darse circunstancias en las que podría volver a experimentar el miedo o el sufrimiento que ya venció. Debe comprender que esto es posible y que no significa que todo se ha perdido. Se repasa con él las estrategias de reestructuración cognitiva y de exposición que ya conoce. Se recomienda que el terapeuta utilice la imaginación guiada para que el niño se visualice sintiendo miedo o tristeza en alguna situación, que verbalice “no importa, yo tengo el control, aplico las técnicas que ya conozco para destruir esas emociones.” La inoculación ante el fracaso ayuda a prevenir las recaídas, pues el niño identifica las señales de que podría sentir nuevamente el sufrimiento y la ansiedad. Se induce al niño a recordar las herramientas que ya utiliza, a someter a prueba la evidencia, o a detener sus pensamientos negativos, para hacer frente a nuevas

situaciones que podrían ponerlo en una posición de vulnerabilidad. Consiste en hacer un repaso de todo lo que se ha hecho y preparar al niño para que en un momento dado, si fracasa o si siente que está teniendo alguna recaída, pueda echar mano de esas herramientas. Es importante que el niño sepa, que puede volver a sentir miedo, que puede en un momento dado volver a sentir malestar, que si ya los venció antes, podrá vencerlos nuevamente. El terapeuta comunica al niño que será mucho más fácil hacerlo, puesto que, ya tiene todas las herramientas y todas las armas necesarias para vencer. Se sugiere citar al paciente en sesiones posteriores de evaluación y de seguimiento después de 3 ó 6 meses, para verificar si ha habido recaídas. Aunque el niño y sus padres no informen sobre recaídas, se sugiere reforzar la inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas.

La presentación del algoritmo responde a la necesidad de elaborar manuales muy bien cimentados en la literatura de investigación. Es evidente, que el algoritmo descrito es producto de la investigación profesional psicológica, además está conformado por bases sólidas y ecuanímes, por una estructura concordante y un planteamiento sustentado empíricamente. Además de que proporciona un avance sustancial al campo profesional de la psicología y por ende es una herramienta más que sirve de apoyo para el psicólogo en la psicoterapia.

A continuación se incluye el diagrama del algoritmo propuesto:

ALGORITMO GENERAL PARA TRASTORNOS INTERNALIZADOS (ANSIEDAD, DEPRESIÓN)



TAG= Trastorno de ansiedad generalizada. TAS= Trastorno de ansiedad por separación. TEPT= Trastorno por estrés posttraumático. TOC= Trastorno obsesivo compulsivo. FS= Fobia social. FE= Fobia específica.

III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Partiendo de la propuesta de Barlow et al. (2004) y Chorpita et al. (2004) que entre los trastornos de ansiedad existen semejanzas y que varían en la valoración cognitiva asociada con un contexto o una situación que promueve respuestas de evitación, se elaboró un algoritmo general para el tratamiento de trastornos emocionales (ansiedad o depresión) sustentado en principios de la conducta y técnicas cognitivo-conductuales, a partir del cual se pueda derivar la elaboración de un manual para el tratamiento de la fobia social infantil. El resultado obtenido es producto de la investigación psicológica. El algoritmo propuesto posee una estructura correctamente planificada e integrada por un planteamiento congruente e integral acorde al enfoque terapéutico en que se basa, siendo este el cognitivo-conductual. Se puede observar que el planteamiento del algoritmo se caracteriza por ser dinámico, creativo y fácil de digerir, lo cual se ve reflejado en el uso de ejemplos, juegos y metáforas.

El paciente inicia identificando las situaciones o estímulos temidos por medio del establecimiento de jerarquías y posteriormente continúa con la psicoeducación. Es importante que el paciente se integre completamente al tratamiento, por lo que debe comprender qué es la ansiedad/depresión y lo que implica el trastorno, para poder así identificar los pensamientos automáticos negativos causantes de las emociones desagradables. También, reconoce las falsas alarmas, las diferencias y el vínculo entre los pensamientos, sentimientos y conductas que le provocan malestar. Todo esto va seguido de una técnica esencial, la reestructuración cognitiva, para que el paciente identifique sus cogniciones, emociones y conductas disfuncionales a fin de someterlas a prueba y modificarlas. Como técnica que ayuda al paciente a confrontar y prevenir conductas de evitación de los estímulos/situaciones temidos, la exposición forma parte fundamental de este algoritmo. Como en algunas ocasiones los pacientes rehúsan exponerse a cierta situación, el algoritmo incluye un apartado sobre el entrenamiento en habilidades sociales. Finalmente para concluir con la propuesta se aborda la inoculación ante el fracaso y la prevención de recaídas.

Este algoritmo general puede representar una estrategia eficaz en el tratamiento de los trastornos emocionales (ansiedad/depresión). Así, el diseño no sólo contempla el cambio cognitivo, sino que busca prevenir la conducta de evitación y promover que el paciente se exponga y enfrente la situación o estímulo temido.

De acuerdo con lo que la investigación sugiere hasta el momento, es posible emplear el mismo algoritmo para tratar varios trastornos de ansiedad. Aunque las características de los trastornos de ansiedad difieren con respecto a las de la depresión, el presente algoritmo toma en cuenta estas divergencias e incluye apartados exclusivos para la depresión.

Este algoritmo no deja de ser flexible, sus elementos no son normas estrictas a seguir. Además de que impulsa la participación activa del paciente, permite al terapeuta adecuar la intervención al contexto, sin limitar su toma de decisiones. Se logra así desarrollar y poner en práctica las competencias terapéuticas. No obstante, es importante que antes de iniciar con su aplicación se cuente con un diagnóstico debidamente establecido. Además, esta propuesta al implementarse en un manual puede facilitar la práctica de la psicoterapia lo cual se verá reflejado en un proceso terapéutico ágil y activo.

Es imprescindible que sólo un psicólogo profesional clínico se capacite y familiarice con su uso. Por lo que es fundamental restringir su uso a especialistas. Es decir, el terapeuta que lo utilice debe conocer a profundidad el trastorno a tratar y los principios y técnicas que conforman la intervención.

Aunque basado en datos de investigación, el algoritmo aplicado en un manual de tratamiento para la fobia social en niños debe someterse a prueba y determinarse empíricamente su eficacia.

Para estudios posteriores relacionados en el uso del algoritmo en un manual de tratamiento se sugiere:

- Proceder a la elaboración de un manual de tratamiento para la fobia social infantil con la inclusión del algoritmo, siguiendo los lineamientos establecidos.
- Conducir investigaciones con diversas poblaciones de niños para comprobar la eficacia del uso del algoritmo y del manual como tal.
- Plantear y/o establecer propuestas sobre las restricciones de manuales de tratamiento psicoterapéuticos acerca de su uso al público general.
 - Proponer lineamientos que garanticen y supervisen la difusión del uso de manuales y de la inclusión del algoritmo dentro de éstos.

IV. REFERENCIAS

- Albano, A. M., & Chorpita, B. F. (1995). Treatment of anxiety disorders of childhood. *The Psychiatric Clinical of North America*, 18(4), 767-783.
- Albano, A.M., & Kendall, P.C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134.
- Alström, J. E., Nordlund, C. L., Persson, G., Harding, M. & Ljungqvist, C. (1984). Effects of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 97-110.
- American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3a. ed.) México, D. F.: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a. ed.) México, DF: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (APA). (2006). *Empirically supported treatments. Childhood disorders*. Recuperado de http://www.apa.org/divisions/div12/rev_est/index.html Septiembre, 2006.
- Antony, M. M. (1997). Assessment and treatment of social phobia. *Can J Psychiatry*, 42, 826–834.
- Antony, M. M. & Barlow, D. H. (1997). Social and specific phobias. In: A. Tasman., J. Kay & J. A. Lieberman (Eds.), *Psychiatry*. Philadelphia:WB Saunders; 1997. p 1037–59.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd.ed.). New York: The Guildford Press.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety. *Journal of Clinical and Children Psychology*, 27(4), 459-468.

- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family Treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 333-342.
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000). *FRIENDS program for children*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. USA: Basic Books.
- Benjet, C., Hernández-Guzmán, L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A. & Chartt-León, R. M. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes. *Revista Mexicana de Psicología, 16*(1), 175-185.
- Bermúdez-Ornelas, G. & Hernández-Guzmán, L. (2008). Tratamiento de una sesión de la fobia específica a las arañas en niños. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*(3), 779-791.
- Bernstein, G. A. (1991). Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 43-50.
- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., & Prewien, A. R. (1996). Anxiety Disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*, 1110-1119.
- Bernstein, G. A., Garfinkel, B. D., & Borchardt, C. M. (1990). Comparative studies of pharmacology for school refusal. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 773-781.
- Bernstein, G. A., Hektner, J. M., Borchardt, C. M., & McMillan, M. H. (2001). Treatment of school refusal: one-year follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 206-213.
- Bernstein, G. A., Svingen, P. H., & Garfinkel, B. (1990). School phobia: Patterns of family functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 24-30.
- Bernstein, G. A., & Garfinkel, B. (1988). Pedigrees, functioning, and psychopathology in families of school phobic children. *American Journal of Psychiatry, 145*, 70-74.
- Bernstein, G.A., & Kinlan, J. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety

- disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1639-1641.
- Biran, M., Augusto, F. & Wilson, G. T. (1981). In vivo exposure vs. cognitive restructuring in the treatment of scriptophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 525-532.
- Birmaher, B., Waterman, G. S., Ryan, N., Cully, M., Balach, L., Ingram, J., Brodsky, M. (1994). Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 993-999.
- Black, B., Uhde, T. W. & Tancer, M. E. (1992). Fluoxetine for the treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 293-295.
- Blomhoff, S., Haug, T. T., Hellstrom, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P. & Wold, J. E. (2001). Randomized controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy, and combined treatment in generalized social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 179, 23-30.
- Bögels, S.M. & Siqueland, L. (2006). Family Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Clinical Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 134-141.
- Bögels, S. M., & Tarrier, N. (2004). Unexplored issues and future directions in social phobia research. *Journal of Clinical Psychology Review*, 24(7) 731-736.
- Botella, C., Baños, R. M., & Perpiñá, C. (2003). *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. México: Paidós
- Bouchard, S., Mendlowitz, S. L., Coles, M. E., & Franklin, M. (2004). Considerations in the use of exposure with children. *Cognitive research and Behavioral Practice*, 11, 56-65.
- Boyce, W. T., Frank, E., Jensen, P. S., Kessler, R. C., Nelson, C. A., Steinberg, L., & The MacArthur Foundation research Network on Psychopathology and Development. (1998). Social context in developmental psychopathology: recommendations for future research from the MacArthur network on psychopathology and development. *Development and Psychopathology*, 10, 143-164.
- Bretherton, I. (1997). Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child Psychology and Human Development*, 28, 33-43.

- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 179-192.
- Buela-Casal, G., Sierra, J. C., & Vera-Villarreal, P. (2001). Evaluación y tratamiento de fobias específicas y fobia social. En G. Buela-Casal & J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 189-217). España: Biblioteca Nueva.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 651-657.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. & Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 642-650.
- Caballo, V. E. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 139-205). España: Siglo Veintiuno Editores.
- Caballo, V. E., Olivares, J. R., López-Gollonet, C., Isurtia, M. J., & Alcázar, A. I. R. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: Algunos datos empíricos. *Psicología Conductual, 11*(3), 539-562.
- Canino, G. (2004). Are somatic symptoms and related distress more prevalent in hispanic/latino youth? Some methodological considerations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 272-275.
- Castañeda, Y. M. (1987). *Análisis del aprendizaje de conceptos y procedimientos*. México: Trillas.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Chambless, D. L. & Hope, D. A. (1996). Cognitive approaches to the psychopathology and treatment of social phobia. En P. M. Salkovskis (dir.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 345-382). Nueva York, NY: Guilford.
- Chorpita, B. F. (1998). *Modular cognitive behavior therapy for child and adolescent anxiety disorders: Therapist Manual*. Manuscrito no publicado.

- Chorpita, B. F., Taylor, A. A., Francis, S. E., Moffitt, C., & Austin, A. A. (2004). Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy, 35*, 263-287.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103-116.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 893-905.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R. & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: and Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*, 930-959.
- Dadds, M. R., Seinen, A., Roth, J. & Harnett, P. (2000). *Early intervention for anxiety disorders in children and adolescents*. Vol. 2 in R. Kosky, A. O'Hanlon, G. Martin & C. Davis (Series Eds.), Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health. Adelaide: The Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland., D. E., Barret, P., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 627-635.
- Davidson, J. R. T., Ford, S. M., Smith, R. D. & Poots, N. L. S. (1991). Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *Journal of Clinical Psychiatry, 52* (Supl. 11), 16-20.
- Den Boer, J. A., Van Vliet, I. M., & Westenberg, H. G. M. (1994). Recent advances in the psychopharmacology of social phobia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 18*, 625-645.
- Degonda, M. & Angst, J. (1993). The Zurich Study XX. Social phobia and agoraphobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 243*, 95-102.
- DeWit, D. J., MacDonald, K. & Offord, D. R. (1999). Childhood stress and symptoms of drug dependence in adolescence and early adulthood:

- Social phobia as a mediator. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- Diamond, G. S, Reis, B. F, Diamond, G. M, Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1190-1196.
- Dinnel, D. L., Kleinknecht, R. A., & Tanaka-Matsumi, J. (2002). A cross-cultural comparison of social phobia symptoms. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 24(2), 75-84.
- Drinkwater, J., & Stewart, A. (2002). Cognitive behaviour therapy for young people. *Current opinion in Psychiatry*, 15, 377-381.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfreid, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 107-126.
- Echeburúa, O. E. (1998). *Trastornos de ansiedad en la infancia* (pp. 22-28). España: Pirámide.
- Edelmann, R. J. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology. The Wiley Series in Clinical Psychology* (pp. 1-18). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Edmund, J. & Bourne, D. (1994). *The anxiety, phobia workbook*. USA: New Harbinger Publications.
- Emmelkamp, P. M. G., Mersch, P. P. A., Vissia, E. & Van der Helm, M. (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 365-369.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Vivani, B., Salmoria, R. & Perone, A. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 311-324.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. & Wittchen, H. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 453-462.

- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual for group treatment*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 251-278.
- Fristad, M. A. & Clayton, T. L. (1991). Family dysfunction and family psychopathology in child psychiatry outpatients. *Journal of Family Psychology*, 5(1), 46-59.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimbolic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E. & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 38, 938-945.
- Geller, D. A., Hoog, S. L., & Heiligenstein, J. H. (2001). Fluoxetine treatment for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a placebo-controlled clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 773-779.
- Gil-Bernal, F. (2004). *Un instrumento para medir fobia social*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gil-Bernal, F. & Hernández-Guzmán, L. (2006). Manual de tratamiento para fobia social, no publicado. Facultad de Psicología, UNAM
- Goldbeck, L., & Schmid, K. (2003). Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1046-1054.
- Goldfried, M. R., & Powers Goldfried, A. (1993). Métodos de cambio cognitivo. En: Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
- Graae, F., Milner, J., Rizzotto, L., & Klein, R. G. (1994). Clonazepam in childhood anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 372-376.

- Grave, J. & Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 24*(4), 399-421.
- Gruner, K., Muris, P., & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry, 30*, 27-35.
- Hallam, R. (1992). Counselling for anxiety problems. Counselling in practice (pp. 1-16). England: SAGE Publications Ltd.
- Hazlett-Stevens, H. & Craske, M. G. (2002). *Brief cognitive-behavioral therapy: Definition and scientific foundations*. En F. W. Bond & W. Dryden (Eds.), *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (pp. 1-19). Chichester, U.K: John Wiley & Sons.
- Heckelman, L. R., & Schneier, F. R. (2000). Cuestiones sobre el diagnóstico. En R. G., Heimberg., M. R., Liebowitz., D. A., Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 15-31). España: Martínez Roca.
- Heimberg, R. G. (2001). Current status of Psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry 62*(Suppl 1), 36-42.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry, 51*(1), 101- 108.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K. & Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*, 236-345.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. & Becker, R. E. (1990). Cognitive-behavioral group treatment of social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 1-23.
- Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, E. J., Holle, C., Makris, G.S., Leung, A. W., Schneier, F. R., Gitow, A. & Liebowitz, M. R. (1994, noviembre). *Cognitive-behavioral versus pharmacological treatment of social phobia: Posttreatment and follow-up effects*. Ponencia presentada en la reunión

- annual de la Asociación para el Avance de la Terapia de Conducta (Association for Advancement of Behavior Therapy), San Diego, CA.
- Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A. & Mattia, J. I. (1995). Cognitive-behavioral group treatment: Description, case presentation, and empirical support. En: M. B. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 293-322). Washington, DC, EE. UU.: American Psychiatric Press.
- Heimberg, R. G., Montgomery, D., Madsen, C. H. & Heimberg, J. S. (1977). Assertion training: A review of the literature. *Behavior Therapy*, 8, 953-971.
- Hernández-Guzmán, L. (1985). *El cuidado de la salud mental de menores en situaciones de desastre: Manual de procedimientos*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología, México: Imprenta Universitaria.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología, México: Imprenta Universitaria.
- Hernández-Guzmán, L. (2001). Psicopatología y tratamiento del trastorno de estrés postraumático. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (pp. 121-138). Madrid: Pirámide.
- Hernández-Guzmán, L. (2005, febrero). La investigación de resultados. En L. Hernández-Guzmán (Presidenta), *Terapia cognitivo-conductual: Intervenciones basadas en investigación*. Simposio efectuado en el 4to. Congreso de Cerebro y Mente: La integración. Realizado del 27 de febrero al 2 de marzo de 2005 en la ciudad de Acapulco-Guerrero.
- Hernández-Guzmán, L. (2006a). *Desarrollo de la psicopatología infantil y adolescente*. Manuscrito no publicado.
- Hernández-Guzmán, L. (2006b). Trastorno por estrés postraumático. En: Caballo, M. (en prensa).

- Hernández-Guzmán, L., González, S. & López, F. (2002). Effect of guided imagery on children's social performance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(4), 471-484.
- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 8(1 y 2), 83-90.
- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (2006). Comunicación personal.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, N. S., Foilette, W C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. En A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 521-538). USA: American Psychological Association.
- Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1065-1079.
- Jerramalm, A., Janson, L. & Öst, L.-G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 171-180.
- Johnson, R. C. & Medinnus, G. R. (1974). *The family and its influence on development*. (pp. 191-216, 341-395). London: John Wiley & Sons.
- Josephson, A. M., & Serrano, A. (2001). The integration of individual therapy and family therapy in the treatment of child and adolescent psychiatric disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 10, 431-450.
- Kanter, N. J. & Goldfried, M. R. (1979). Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety. *Behavior Therapy*, 10, 472-490.

- Kazantzis, N., Deane, F. P. & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189-202.
- Kendall, P.C. (1990). *The coping cat workbook*. EUA: Temple University.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P. C. (2000). *Childhood disorders*. UK: Psychology Press.
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing into a manual: flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 177-198.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P. C., Kane, M., Howard, B., & Siqueland, L. (1989). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Treatment Manual, Revised*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Kortlander, E., Chansky, T. E., Ronan, K., Kane, M., Sessa, F., Kim, R. S., & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth. Cognitive-behavioral interventions*. USA: Allyn and Bacon.
- Kendall, P. C., Robin, J. A., Hedtke, K. A., Suveg, C., Flannery-Schroeder, E., & Gosch, E. (2005). Considering CBT with anxious youth? Think exposures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 136-148.
- Kendall, P. C., & Choudhury, M. S. (2003). Children and adolescents in cognitive-behavioral therapy: some past efforts and current advances, and the challenges in our future. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 89-104.
- Kendall, P. C. & Hedtke, K. A. (2006). *Cognitive-Behavioural Therapy for Anxious Children: Therapist Manual. Coping Cat*. USA, Ardmore: Workbook Publishing, Inc.

- Kendall, P. C., & Hollon, S. D. (1989). Anxious self-talk: development of the anxious self-statements questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research, 13*, 81-93.
- Kendall, P. C. & Ronan, K. R. (1990). Assessment of children's anxieties, fears and phobias: Cognitive-behavioral models and methods. En C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C., & Warman, M. J. (1996). Anxiety disorders in youth: diagnostic consistency across DSMIII-R and DSM-IV. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 453-463.
- Kortlander, E., Kendall, P. C. & Panichelli-Mindel, S. M. (1997). Maternal expectations and attributions about coping in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(3), 297-315.
- Kratochvil, C., Ksutchter, S., Reitter, S., & March, J. (1999). Pharmacotherapy of pediatric anxiety disorders. En: Russ, S. & Ollendick (Eds). *Handbook of psychotherapies with children and families*. New York: Plenum.
- Kronmuller, K. T., Pstelnicu, I., Hartmann, M., Stefani, A., Geiser-Elze, A., Gerhold, M., Hildergard, H., & Winklermann, K. (2005). Efficacy of the psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 54*, 559-577.
- Lang, P. J. (1977). Fear imagery: An information processing analysis. *Behavior Therapy, 8*, 862-886.
- Lépine, J. P. & Lellouch, J. (1995). Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clinical Neuropharmacology, 18*, 515-526.
- Lerner, R. M. (1998). Theories of human development: Contemporary perspectives. En W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (5ta. ed., pp. 1-24). New York: J. Wiley.
- Liddle, H. A. (1992). A multidimensional model for treating the adolescent who is abusing alcohol and other drugs. En: Snyder & Ooms (Eds). *Empowering families, helping adolescents: Familycentered treatment of*

- adolescents with alcohol, drug abuse and other mental health problems.*
US: Department Of Health and Human Services.
- Liddle, H. A. (1999). Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology, 28*, 521-532.
- Liebowitz, M. R., Quitkin, F. M., Steward, J. W., McGrath, P. J., Harrinson, W., Rabkin, J., Tricamo, E., Markowitz, J. S., & Klein, D. F. (1984). Phenelzine versus imipramine in atypical depression: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry, 44*, 669-677.
- Lumpkin, P. W., Silverman, W. K., Weems, C. F., Markham, M. R., & Kurtines, W. M. (2002). Treating a heterogeneous set of anxiety disorders in youth with group cognitive behavioral therapy: A partially nonconcurrent multiple-baseline evaluation. *Behavior Therapy, 33*, 163-177.
- Luterek, J., Eng, W., & Heimberg, R. G. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: Teoría y práctica. *Psicología Conductual, 11*(3), 563-581.
- Magee, W. J. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Psychiatric and Psychiatric Epidemiology, 34*(7), 343-351.
- Manassis, K. (2000). Childhood anxiety disorders: Lessons from the literature. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*(8), 724-730.
- Manassis, K., Mendlowitz, S., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., Monga, S., & Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1423-1430.
- March, J. S. (2002). Combining medication and psychosocial treatments: an evidence-based medicine approach. *International Review of Psychiatry, 14*, 155-163.
- Marks, I. M. & Gelder, D. (1966). The classification of Phobic Disorders. *The British Journal of Psychiatry, 116*, 377-386.
- Marzillier, J. S., Lambert, C. & Keller, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. *Behaviour Research and Therapy, 14*, 225-238.

- Mash, E. J. & Graham, S. A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (pp. 29-58). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mattick, R. P. & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L. & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy, 20*, 3-23.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C. Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar, G. S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: *Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental, 26* (4), 1-16.
- Meichenbaum, D. (1988). *Manual de inoculación de estrés*. México: Martínez Roca.
- Méndez, F. X., Olivares, J. & Bermejo, R. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Sánchez, J. & Moreno, P. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un meta-analítico. *Psicología Conductual, 9*, 39-59.
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., & Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*, 1223-1229.
- Mersch, P. P. A., Emmelkamp, P. M. G., Bögels, S. M. & Van der Sleen, J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioural and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 421-434.
- Millenson, J. R. (1967). *Principles of behavior analysis*. New York: MacMillan Company.

- Muratori, F., Picchi, L., Bruni, G., Patarnello, M. & Romagnoli, G. (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 331-339.
- Muris, P., Meesters, C., & van Melick, M. (2002). Treatment of childhood anxiety disorders: A preliminary comparisons between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 143-158.
- Muris, P., Merckelbach, H., van Haaften, H. & Mayer, B. (1997). Eye movement desentization and reprocessing versus exposure in vivo. A single-session crossover study of spider phobic children. *British Journal of Psychiatric*, 171, 82-86.
- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H. & Schouten, E. (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: Factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 89-100.
- Nauta, M. H. (2005). *Anxiety disorders in children and adolescents: assessment, cognitive behavioral therapy, and predictors of treatment outcome*. Países Bajos: Febodruk BV, Enschede.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp P. M. G., & Minderaa, R. B. (2001). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered children in a clinical setting: Does additional cognitive parent training enhance treatment effectiveness? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 330-340.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1278.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp P. M. G., & Minderaa, R. B. (2005). Capítulo 7. Predicting treatment outcome for anxious children: parental characteristics: The myth of strong parental influence. En Nauta, M. H. *Anxiety disorders in children and adolescents: assessment, cognitive*

- behavioral therapy, and predictors of treatment outcome*. Países Bajos: Universidad de Groningen.
- Novak, G. (1998). A behavioral systems theory of development. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 24(2), 181-196.
- Odriozola, E. E. (1998). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. (Dir. y Coord.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en la adolescencia (14-18 años)*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. R., Caballo, V. E., García-López, L. J., Rosa, A. I., & López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11(3), 405-427.
- Olivares, J., García-López, L. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Albano, A. M. & Hidalgo, M. D. (2002). Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (I): Statistical significance. *Psicología Conductual*, 10, 147-164.
- Olivares, R. J., Rosa, A. I., & García-López, L. J. (2004). *Fobia social en la adolescencia: El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. España: Pirámide.
- Ollendick, T. H., Davis, T. E., & Muris, P. (2004). Treatment of specific phobia in children and adolescents. En: Barrett & Ollendick (Ed). *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. US: Jhon Wiley & Sons.
- Ollendick, T. H., & Cerney, J. A. (1981). *Clinical behavior therapy for children*. Nueva York: Plenum Publishing.
- Ollendick, T. H., & Francis, G. (1988). Behavioral assessment and treatment of childhood phobias. *Behavior Modification*, 12, 165-204.
- Ollendick, T. H. & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental and psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51(1), 44-58.

- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 156-167.
- Ontiveros, A. & Fontaine, R. (1990). Social phobia and clonazepam. *Canadian Journal of Psychiatry, 35*, 439-441.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/>
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy, 25*, 397-409.
- Öst, L. G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behavior research and Therapy, 27*(1), 1-7.
- Öst, L. G., Alm, T., Brandberg, M. & Breitholtz, E. (2001). One vs five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behavior Research and Therapy, 39*, 167-183.
- Öst, L. G., Jerrelman, A. & Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 19*, 1-16.
- Öst, L. G., Svenson, L., Hellström, K., & Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 814-824.
- Öst, L. G. & Ollendick, T. H. (1999). *Manual for the 1-session treatment of specific phobias*. Department of Psychology: Stockholm University.
- Öst, L. G. & Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy, 25*, 25-29.
- Otto, M. W., Smits, J. A. J. & Reese, H. E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*(suppl, 5), 34-41.
- Perrez, M. & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping and health. A situation-behavior approach theory, methods, applications*. Seattle, WA: Hogrefe and Publishers.

- Pina, A. A., Silverman, W. K., Saavedra, L. M. & Weems, C. F. (2001). An analysis of the RCMAS lie scale in a clinic sample of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders, 15*, 443-457.
- Pollack, M. H. (1999). Social anxiety disorder: Designing a pharmacology treatment strategy. *Journal of Clinical Psychiatry, 60* (suppl. 9), 20-26.
- Pollock, R. A., Rosenbaum, J. F., Marrs, A., Miller, B. S., & Biederman, J. (1995). Anxiety disorders of childhood. Implications for adult psychopathology. *The Psychiatric Clinicals of North America, 18*, 745-755.
- Racusin, R. J. (2000). Brief psychodynamic psychotherapy with young children. *Jouranlu of the Marican Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*, 791-793.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Journal of Clinical Psychology Review, 24*, 737-767.
- Repetti, R. I., Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin, 128*(2), 330-366.
- Sarafino, E. P. (2006). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. USA: John Wiley & Sons.
- Scaturo, D. J. (2001). The evolution of psychotherapy and the concept of manualization: an integrative perspective. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*, 522-530.
- Schneier, F. R., Goetz, D., Campeas, R., Fallon, B., & Liebowitz, M. R. (1998). Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *British Journal of Psychiatry, 172*, 70-77.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R. & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in a epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282-288.
- Schneier, F. R., Juster, H. R., Heimberg, R. G., & Liebowitz, M. R. (1996). Diagnosis and treatment of social phobia. *Journal of Practical Psychiatry and Behavior Health, 2*, 94-104.

- Scholing, A. & Emmelkamp, P. M. (1993). Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 155-170.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness in psychotherapy: the *Consumer Reports* study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shadish W. R., & Baldwin, S. A. (2002). Meta-analysis of MFT interventions. En: Spunkle, D. H. (Ed) *Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy*. US: American Association for Marital and Family Therapy, pp. 339-370.
- Sheeman, E. (1996). *Cómo combatir la ansiedad y el pánico*. México: Martínez Roca.
- Simeon, J. G., Ferguson, H. B., Knott, V., Roberts, N., Gauthier, B., Dubois, C., & Wignis, D. (1992). Clinical, cognitive and neurophysiological effects of alprazolam in children and adolescents with overanxious and avoidant disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 29-33.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2006). *Código ético del psicólogo*. México: Editorial Trillas.
- Solloa, G. L. M. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño*. México, D.F: Editorial Trillas.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Spence, S. H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 713-726.
- Sroufe, A. L., Cooper, R. G. & De Hart, G. B. (1996). *Child development it's nature and course* (pp. 4-34, 77-111, 200-239, 287-295, 327-345). USA: Mc Graw-Hill.

- Treadwell, K. R. H., & Kendall, P. C. (1996). Self-talk in youth with anxiety disorders: states of mind, content specificity, and treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 941-950.
- Trower, P., Yardley, K., Bryant, B & Shaw, P. (1978). Treatment of social failure: A comparison of anxiety-reduction and skills-acquisition procedures on two social problems. *Behavior Modification, 2*, 41-60.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Flood, A. M. (2003). El tratamiento de adultos con fobia social: Desarrollo y resultados de la terapia para la eficacia social. *Psicología Conductual, 11*(3), 583-598.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. & Jacob, R. G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 350-358.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Roberson-Nay, R. & Tervo, K. (2003). Parenting behaviours in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and therapy, 41*(5), 541-554. (pp. 22-28). España: Pirámide.
- Turner, S. M., Cooley-Quille, M. R., & Beidel, D. C. (1996). Behavioral and pharmacological treatment for social phobia. En: M. R. Mavissakalian & R. F. Prien (Eds.), *Long term treatments of anxiety disorders* (pp. 343-372). Washington, DC, EE. UU.: American Psychiatric Press.
- Uriarte, B. V. (2005). *Psicofarmacología* (pp. 216-271). México: Trillas.
- Van Zuuren, F. J. (1985). Identity problems among phobics: A continued study. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden, 40*(1), 27-39.
- Veltig, O. N., Setzer, N. J, & Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 42-54.
- Versiani, M., Nardi, A. E. & Mundim, F. D. (1989). Fobia social. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 38*, 251-263.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 34*(4), 506-514.
- Wagner, C. G. (1998). Cures for social phobia. *Futurist, 32*(9), 73-84.

- Walkup, J. T., Labellarte, M. J., & Ginsburg, G. S. (2002). The pharmacological treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psycyhiatry*, 14, 135-142.
- Warren, S. L., & Sroufe, L. A. (2004). Developmental Issues. En: Ollendick & March (Ed). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. NY: Oxford University Press.
- Weissman, M. M. (1990). Evidence for comorbidity of anxiety and depression: Family and genetics studies of children. En J. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 349-365). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 363-375.
- Wlazlo, Z., Schoroeder-Hartwing, K., Hand, I., Kaiser, G. & Münchau, N. (1990). Exposure in vivo vs. social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 181-193.
- Wolpe, J. (1950). Need-reduction, drive-reduction, and reinforcement: A neurophysiological view. *Psychology*, 57, 19.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy* (pp. 151-216). USA: Pergamon Press, Inc.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. C., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 314-321.
- Woods, P. J. & Ellis, A. (1997). Supervision in Rational Emotive Behavior Therapy. En C. E. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision*. New York: John Wiley and Sons, Inc.