



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO DE
ANSIEDAD GENERALIZADA EN PACIENTES DEL PSIQUIATRICO
INFANTIL JUAN N. NAVARRO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ANABEL LÓPEZ FLORES

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ

COMITÉ: DRA. MIRNA GARCIA MÉNDEZ

LIC. JESÚS BARROSO OCHOA

MTA. GABRIELA CAROLINA VALENCIA CHÁVEZ

LIC. JOSÉ MANUEL GARCÍA CORTES





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.

Dedico este trabajo a Dios por permitirme terminar

A la UNAM por ser mi segundo hogar

A mi mamá por estar siempre conmigo

A mi papá porque aunque nunca estuvo físicamente, siempre conté con su apoyo

A A lex por nunca dejarme sola

Y al profesor Lalo por animarme cuando ya no quería continuar.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO 1. ANSIEDAD	9
1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICO-CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	10
1.2 ANSIEDAD VS MIEDO Y FOBIA.....	13
1.3 MANIFESTACIÓN DE LOS MIEDOS SEGÚN EL NIVEL DE DESARROLLO.....	15
1.4 MODELOS Y FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD.....	24
1.4.1 Condicionamiento clásico.....	26
1.4.2 Teoría de la preparación.....	26
1.4.3. El condicionamiento operante.....	26
1.4.4 La teoría de los dos factores.....	27
1.4.5. El aprendizaje vicario o social.....	27
1.5 CLASIFICACIÓN	28
1.5.1 Clasificación según el DSM-IV.....	30
1.5.2 Comorbilidad con otros trastornos de ansiedad.....	33
CAPITULO 2. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	36
2.1 CRITERIOS DSM-IV Y CIE-10 PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	37
2.2 SÍNTOMAS Y PENSAMIENTOS	40
2.2.1 Preocupación en niños y adolescentes.....	42
2.3. ETIOLOGÍA.....	44
2.3.1. Neurobiología del TAG.....	45
2.3.2. Modelos etiológicos del TAG.....	46
2.4 EPIDEMIOLOGIA.....	54
2.5. COMORBILIDAD	55
2.6. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	56
2.7. TRATAMIENTOS PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIDAD.....	60
2.7.1. Farmacoterapia.....	61
2.7.2. Psicoterapias.....	64
2.7.3. Terapia individual.....	67
2.7.4. Terapia Grupal.....	68
CAPITULO 3. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	75
3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	75
3.2. PROCESO TERAPÉUTICO EN EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL.....	77
3.3. DISTORSIONES COGNITIVAS.....	81
3.4. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON TAG	83
3.5. ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS.....	86
3.5.1 Modulo psicoeducativo.....	87
3.5.2 Juego de roles.....	87
3.5.3 Modelamiento.....	88
3.5.4 Reforzamiento y manejo de contingencias	89

3.5.5 Técnicas de respiración controlada y relajación.....	91
3.5.6 Exposición a las situaciones evitadas.....	92
3.5.7. Impedimento de las conductas confirmatorias o de evitación.....	93
3.5.8 Re-estructuración cognoscitiva.....	94
3.5.9 Imaginería.....	95
3.5.10 Autoinstrucciones.....	96
3.5.11 Relajación mental.....	97
3.5.12. Distracción cognitiva.....	97
3.5.13 Técnicas de afrontamiento: entrenamiento en solución de problemas.....	98
3.5.14. Exposición y desensibilización sistemática.....	99
3.6 PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL ESPECÍFICOS.....	102
3.6.1 Programa integral cognitivo-conductual de Kendall.....	103
3.7. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DE SILVERMAN Y KURTINES.....	105
3.8. INTERVENCIÓN FAMILIAR DE BARRETT RAPPE Y DADDS.....	108
3.9. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.....	110
4. MÉTODO.....	113
4.1 OBJETIVOS Y PROPÓSITOS.....	113
4.2 PARTICIPANTES.....	113
4.3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.....	115
4.3.1 Entrevista con los padres.....	115
4.3.2 Valoración o entrevista con el niño.....	116
4.3.3. Orientación para padres de niños ansiosos.....	120
4.3.4. Intervención Terapéutica.....	120
5. RESULTADOS.....	124
5.1. DATOS DEMOGRÁFICOS.....	124
5.2 RESULTADOS DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS CON LA TERAPIA GRUPAL.....	127
5.3 RESULTADOS DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TERAPIA INDIVIDUAL.....	136
5.4. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE AMBOS GRUPOS.....	141
6. CONCLUSIONES.....	143
REFERENCIAS.....	150
ANEXO I.....	152
ANEXO II.....	156
ANEXO III.....	I
ANEXO IV.....	.XXXI

Resumen

Los trastornos de ansiedad son cuadros frecuentes en la población infantil, su existencia repercute en el ámbito personal, escolar, social y familiar. Una de las formas de ansiedad es el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Este trabajo revisa los aportes en relación a los criterios diagnósticos, datos epidemiológicos y los diferentes métodos de intervención para dicha patología. No obstante el objetivo principal es identificar las diferencias que existen al llevar a cabo un programa de terapia individual y otro de terapia grupal con el enfoque cognitivo conductual en una población de 12 niños dividida en dos grupos con una rango de edad de 7 a 13 años con diagnóstico TAG que asisten al Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", para hacer la comparación se aplicó la escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R). Es un instrumento que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes, con una coeficiente de confiabilidad alfa de .80 (Reynolds, 1981). Finalmente los resultados muestran que ambos tipos de intervención producen cambios significativos en las sintomatologías de todos los pacientes, sin embargo la terapia grupal ha demostrado tener mayores ventajas en instituciones como en el Psiquiátrico Infantil.

Introducción

La historia del Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, se remonta al siglo XIV con la fundación del hospital de San Hipólito por las órdenes Religiosas existentes en esa época. Posteriormente el presidente Benito Juárez decreta que todos los hospitales pasen a ser propiedad del gobierno de México, es en 1910 cuando se construye el Manicomio General de México “La Castañeda” albergando en sus pabellones a mujeres, hombres y niños, sin que hubiese una diferenciación de sexo, edad o procesos patológicos.

Al paso de los años se crea la necesidad de dar una atención a los niños con trastornos mentales diferentes al del adulto; un grupo de médicos encabezados por la Dra. Mathilde Rodríguez Cabo inicia la lucha para la reforma integral del nosocomio.

Como resultado de esto, al cierre de “La Castañeda” se separan adultos, niños, agudos y crónicos. Es entonces que se funda el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” el 21 de octubre de 1966.

Desde su fundación hasta la fecha, el Hospital ha evolucionado en su modelo de atención para dar soluciones a los problemas de salud mental que se presentan en la niñez y la adolescencia desde un punto de vista multidisciplinario tomando en cuenta el padecimiento, edad y sexo dando como resultado una atención digna e integral a cada paciente.

Actualmente el hospital cuenta con 4 sectores fundamentales:

1. Enseñanza: Consiste en apoyar en la formación profesional de recursos humanos para la salud en diversas disciplinas afines a la salud mental.
2. Investigación: Impulsar la generación de proyectos que coadyuven al mejoramiento del trabajo clínico.
3. Asistencial: Con los servicios de hospitalización continua, parcial y clínica de consulta externa.
4. Atención integral: A través de equipos interdisciplinarios que proporcionan atención psiquiátrica, psicológica, social y de apoyo a la salud mental. Encargados de habilitar a los pacientes de capacidades que los lleven a un mejor desarrollo para adaptarse mejor a su medio familiar, social y escolar.

En el hospital “Juan N. Navarro” la función del psicólogo es muy importante ya que es el responsable de muchas áreas como son; la terapia psicodinamica, Terapia de familia, Psicodiagnostico, Psicopedagogía, Análisis conductual aplicado y Terapia cognitivo conductual. Aquí se describirá en qué consiste la terapia cognitivo conductual, sus principales técnicas y cuál es su función al trabajar con pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad Generalizada (TAG) demostrando resultados positivos, gracias a que trabaja con pensamientos y conductas.

La importancia de abordar el Trastorno de Ansiedad Generalizada es debido a que actualmente entre el 9 y 21 % de la población total de niños y adolescentes que asisten a la clínica lo padecen. Esto es relevante ya que su evolución natural sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños, interfiriendo de forma importante en el desarrollo. Su identificación puede ser difícil pues, en ocasiones, son expresiones exageradas o temporalmente inadecuadas de lo que se consideran reacciones normales y adaptativas: el miedo y la ansiedad. Las manifestaciones del TAG son polimorfas y desconcertantes en ocasiones (quejas físicas variadas, rechazo a ir al colegio, comportamientos de apego excesivo a los padres o a los principales cuidadores, resistencia a ir a dormir, hiperactividad y oposicionismo, entre otros). La consulta del paidopsiquiatra es el lugar apto para establecer un diagnóstico de presunción, indagar y confirmar el mismo, una vez obtenido el diagnóstico, el paciente deberá tener el adecuado tratamiento. El conocer la sintomatología de los pacientes es significativo ya que el Paidopsiquiatra solamente se encargar de recetar los fármacos necesarios para controlar la emoción, sin embargo el psicólogo es el que enseña al paciente técnicas para manejar esta ansiedad. En este estudio se conoce la sintomatología del trastorno de ansiedad, por ello en el capítulo 1 se retoma a detalle el concepto de ansiedad describiendo los términos con los cuales se relaciona, así mismo se puntualizarán su clasificación y sus factores etiológicos. En el segundo capítulo se puntualiza el Trastorno de Ansiedad Generalizada sobre todo explicando su sintomatología, la forma de evaluar el trastorno, los criterios de diagnóstico del DSM IV principalmente enfocándose más en la población infantil.

En el capítulo tres se presentarán los tratamientos para intervención del TAG, en este especialmente se describen el tratamiento farmacológico la terapia psicodinamica, la terapia individual y la terapia grupal con enfoque cognitivo conductual como técnicas importantes para este padecimiento.

En el capítulo cuatro se abordan la Terapia Cognitivo Conductual, así como las técnicas y los programas de apoyo para la psicoterapia como; la terapia de familia y las técnicas psicosociales. Posteriormente se menciona la evolución y el pronóstico que se puede obtener al trabajar con la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con ansiedad.

En el quinto capítulo se desarrolla el método de la tesina donde se describirán los objetivos, las características de los participantes, las técnicas de la terapia, el análisis de resultados de los dos grupos y las conclusiones obtenidas por la aplicación.

Finalmente en el espacio de los anexos se podrá consultar el formato de entrevista y el instrumento de valoración, CMAS-R que se utilizó en el psiquiátrico infantil con los jóvenes que presentan Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Capítulo 1. Ansiedad

La ansiedad es una emoción normal que cumple una función adaptativa en numerosas situaciones. Todo organismo viviente necesita disponer de algún mecanismo de vigilancia para asegurar su supervivencia y la ansiedad cumple ese papel en numerosas situaciones. Así es normal, y deseable, que un ser humano tenga miedo cuando se avecina un peligro real. De hecho, el organismo está preparado para aprender a sentir miedo y ansiedad en determinadas circunstancias como una forma de prevenir males mayores, (Burns, 2006). En cierta, medida, la educación de menores consiste también en hacerles aprender a sentir miedo o ansiedad ante circunstancias, situacionales o animales que pueden llegar a ser peligrosos. Es deseable que los niños teman a los enchufes eléctricos para prevenirles de la experiencia de sentir una descarga que puede ser mortal. Por esto muchos padres tratan de asustar vivamente a sus hijos cuando acercan unas tijeras abiertas a un enchufe. El niño normalmente, se asusta bastante ante un fuerte grito (¡No toques ahí!) y eso suele bastar para que de alguna forma se asocie en su mente incipiente la relación entre una cajita con dos agujeritos llamativos y una sensación desagradable de desasosiego. En el futuro, los padres esperan que esa experiencia baste.

Que los padres actúen así, no quiere decir que siempre haya alguien para proveer de las experiencias de aprendizaje que conducen a prevenir los peligros. Generalmente, son las circunstancias de la vida las que van disponiendo de la experiencia que hace aprender a temer situaciones, personas, animales o circunstancias relacionadas con peligros reales. Así, no es de extrañar que uno se acerque con cautela a una calle transitada cuando se ha sufrido algún percance en otra calle parecida. Realmente es fascinante la capacidad que se tiene como seres humanos para aprender.

Sin embargo, a veces ocurre que toda esta máquina de prevención de accidentes y demás desastres no funciona debidamente, produciendo falsas alarmas: se dispara la reacción de alarma ante estímulos inofensivos. En este caso se adentra en el amplio campo de los trastornos de ansiedad. (Burns, 2006).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por tener a la ansiedad o el miedo como elementos principales del sufrimiento humano. Cada trastorno se refiere a un conjunto

característico de síntomas y sensaciones que suelen aparecer en la misma persona. Sin embargo antes de describir los principales trastornos de ansiedad es importante retomar mas información respecto el trastorno de ansiedad y se comenzara retomando la evolución conceptual (Luengo, 2003).

1.1 Evolución histórico-conceptual de los trastornos de ansiedad.

La historia de la ansiedad está estrechamente vinculada al concepto clínico de "neurosis". Como en otros casos, el contenido original del término neurosis, establecido por el psiquiatra escocés Cullen en 1769 en su *Synopsis nosologiae methodicae*, no corresponde estrictamente al uso que hasta hace pocos años se ha hecho de tal denominación. Cullen se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento", mezclándose en ella desde síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la amnesia y la manía (Vidal, 1977).

Los distintos trabajos que Freud incluyera en "Las primeras aportaciones a la teoría de las neurosis" fueron publicados entre 1892 y 1899. El cuadro se caracteriza por "la excitabilidad general", un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Además, es característica la "espera angustiosa", que corresponde a expectativas catastróficas respecto de los seres queridos o del paciente mismo: la tos es signo de una enfermedad mortal; si hay gente en la entrada de la casa, es porque ha ocurrido una tragedia, si doblan las campanas, es un ser querido que ha fallecido. Para Freud esta espera angustiosa es el síntoma nodular de la neurosis: una angustia flotante que se halla dispuesta en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada, incluyendo a la locura y a la muerte, pero también que puede mantenerse como una angustia en estado puro sin estar asociada a ninguna representación.

Otra manifestación sobresaliente de la neurosis de angustia es la presencia de "ataques de angustia", los que adquieren distintas formas. Algunos pacientes presentan una perturbación de la actividad cardíaca, como palpitaciones, arritmia o taquicardia; otros, del aparato respiratorio, con disnea y ataques semejantes a los asmáticos. La sudoración, especialmente nocturna, y los temblores son frecuentes, así como también la bulimia y el

vértigo. A lo dicho se agrega el "pavor nocturno de los adultos", consistente en un despertar con angustia, disnea y sudoración.

Pierre Janet en 1909 publica "Las neurosis", texto en el que considera que la idea de "enfermedad funcional" debe entrar en la concepción general de las neurosis, debido a que durante un siglo se ha pensado en medicina fundamentalmente en términos anatómicos y no fisiológicos. "Es necesario tener siempre presente en el espíritu –afirma– la consideración de las funciones mucho más que la consideración de los órganos".

Tal vez el autor que presentó con mayor claridad el grupo de cuadros clínicos que se organizan en torno a las formas de angustia que ahora se ocupan, fue el francés Henry Ey y sus colaboradores Bernard y Brisset 1969. La neurosis de angustia que Freud describiera en 1895, constituye para Ey el tronco común desde el que se organizan las neurosis en sus formas más estables y estructuradas, cuyo elemento central y definitorio es la angustia. Así, divide a las neurosis en "indiferenciadas", que corresponde en su totalidad a la neurosis de angustia, y "diferenciadas", en las que se incluyen la neurosis fóbica, la neurosis histérica y la neurosis obsesiva, incluyendo este segundo grupo diferentes mecanismos de defensa ante la angustia. Así, en la neurosis fóbica o histeria de angustia, la angustia aparece comprometida en un sistema ideoaectivo simbólico; en la neurosis histérica o histeria de conversión, la angustia se neutraliza por su enmascaramiento en expresiones psicósomáticas artificiales, y en la neurosis obsesiva la angustia es reemplazada por un sistema de actos prohibidos o pensamientos mágicos forzados.

Juan José López-Ibor publicó en 1966 un voluminoso texto titulado Las neurosis como enfermedades del ánimo. En él confirma y hace suya la idea de que las neurosis tienen como elemento central y fundamental la angustia. Sin embargo, apoyado en su interpretación de los desarrollos de la filosofía de Hiedegger, sostiene que la angustia es la condición que hace patente que la "existencia es como un haz luminoso recortado sobre la nada". "Este está envuelto por la nada –agrega– constituye la experiencia fundamental de la existencia humana. A esta experiencia fundamental es a la que se llama angustia". Por lo mismo, López-Ibor deduce que la angustia está sostenida en la corporalidad, finita y caduca, aquello que evidencia el inevitable camino a la desaparición en la muerte.

Más adelante, López-Ibor cree poder acercarse a una verdadera diferencia entre la angustia normal y la patológica. El sujeto normal puede experimentar miedo ante situaciones específicas y concretas. Pero, este sujeto también conoce la angustia al aproximarse más profundamente a su propia existencia, esto es, a la condición de finitud inescapable que la constituye, es decir, cuando comprende abiertamente su destinación a la muerte y la nada. Pero no sólo esto, sino también, al aproximarse al desvalimiento, a lo inabarcable e incomprensible. Lo que el enfermo experimenta, es decir, la angustia patológica, es paradójicamente, la angustia normal. "Lo que siente el enfermo –afirma– es su angustia básica, originaria, patentizada por una experiencia concreta. Es una verdadera "revelación"–subraya– del fondo angustioso del ser humano". La revelación de la situación primordial angustiosa puede hacerse por vías diversas, como son situaciones, animales, objetos, etcétera. Lo anormal entonces es, para López-Ibor, "la importancia ansiógena concedida a los objetos, seres o situaciones triviales".

En el DSM-IV los "Trastornos por ansiedad" incluyen: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico con o sin la agorafobia, la fobia social, la fobia específica y, finalmente, el trastorno por estrés post traumático. Llama la atención que esta ordenación no ha variado en lo fundamental durante un siglo. La única diferencia esencial con los conceptos de Freud, Janet, Ey y López-Ibor, es la sorprendente eliminación de la histeria.

Hoy en día existen múltiples investigaciones, que han arrojado datos relevantes para el estudio de este tipo de trastornos, lo que puede llegar a incapacitar al individuo en sus esferas familiares, laborales y sociales (Bobes, 2002). Las clasificaciones que actualmente imperan en el mundo psicológico y psiquiátrico han ayudado a categorizar, reconocer, diagnosticar y presentar pronóstico con base en investigaciones que incluyen la etiología, los factores predisponentes, la morbilidad y comorbilidad, etc. No obstante, el término sigue teniendo diversos significados, dependiendo de las definiciones psicológicas y la teoría que las sustenta. En el siguiente apartado se describirá nuevamente el término de ansiedad sin embargo se hará comparación con los términos miedo, fobia y pánico.

1.2 Ansiedad vs miedo y fobia.

La angustia se define como una emoción que tiene como principal característica el ser displáctela; la palabra angustia proviene de la voz griega *anxios* o *angor*, que etimológicamente significa “estrangulación”, “asfixia”, y del latín *angere* que significa “constreñir” y estos son precisamente los signos somáticos característicos de la angustia. Además de las sensaciones psíquicas displáctelas, la angustia se acompaña de elementos concomitantes somáticos y vegetativos, tales como modificaciones respiratorias, cardíacas, del tono muscular, taquicardia, piloerección, temblor, sequedad de boca y sensaciones de frío y calor. Evidentemente la emoción produce también una intensificación de la secreción adrenal, y este es el elemento biológico correspondiente. (Solloa, 2012).

De la ansiedad se puede decir, al igual que la angustia, que es una vivencia displáctela, sin embargo, Tallafero (1992) establece que clínicamente es relevante diferenciar los términos de angustia y ansiedad; señala que la ansiedad se refiere a un fenómeno afectivo intenso, pero difuso, mientras que la angustia se trata de un estado momentáneo, paroxístico, que se acompaña de síntomas somáticos vegetativos. En esta misma línea, Ajuriaguerra (1973), explica que el término angustia se refiere más bien a las manifestaciones corporales, neurofisiológicas, y el término ansiedad al valor existencial de la experiencia; sin embargo esta autora considera que esta separación no es pertinente en la psicopatología infantil, ya que el niño sentirá la angustia y la ansiedad como un fenómeno conjunto.

Para Spielberger (1972), la ansiedad consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

El concepto de ansiedad también ha estado muy asociado al del miedo, pero se diferencia de este por el hecho de que la ansiedad no existe un elemento real que provoque esta reacción, mientras que el miedo reclama siempre la presencia de algo real que lo desencadene. La ansiedad es un estado semejante a la expectación del peligro y una

preparación mental para el mismo; pero la respuesta ansiosa no es proporcional, es irracional y persistente, se encuentre o no presente el estímulo. (Solloa, 2012)

El miedo es considerado como un fenómeno psicológico normal; es un estado emocional consciente con manifestaciones físicas y psicológicas muy similares a lo que se presenta en la ansiedad y la angustia. Sin embargo, en este, el estímulo está presente, es real, conocido y la respuesta es racional y sus manifestaciones desaparecerán junto con el estímulo. Ajuriaguella (1973) señala que la distinción entre el miedo y la ansiedad no procede en el campo del estudio de la psicopatología infantil, ya que el pensamiento de los niños pequeños se caracteriza por el animismo, y por ello es factible que confundan entre lo real y lo irreal.

A lo largo del capítulo se remarca el concepto de ansiedad como un estado emocional displacentero con manifestaciones físicas, cognitivas y conductuales que pueden variar de un niño a otro. Las manifestaciones somáticas, son: opresión en el pecho, sudoración, taquicardia, pilo erección, hiperventilación e hipertensión; cuando estas manifestaciones físicas se mantienen por largo tiempo, en el individuo presenta ciertas expresiones somáticas como dolores de cabeza y trastornos estomacales. Las manifestaciones cognitivas son fantasías, ideas o aprensiones de lo que puede suceder, o lo que aconteció en el pasado; y las manifestaciones conductuales pueden ser inquietud, distracción, inhibición y aislamiento, entre otras. (Solloa, 2012)

Por otro lado, las fobias son miedos que han adquirido una dimensión patológica. Jiménez (1995) explica que un miedo se considera fobia cuando cumple los siguientes requisitos:

1. Es desproporcionado respecto al peligro de la situación.
2. Se acepta como irracional, pero a pesar de ello, es resistente a las explicaciones o razonamientos lógicos.
3. Es involuntario, pues no está sujeto al control de la persona.
4. Lleva a evitar la situación temida, lo que conduce a una perturbación grave de la vida normal del niño, produciendo inhibiciones en la acción y en la representación.

Las fobias están muy delimitadas a ciertos objetos, seres o situaciones, a diferencia de la ansiedad que es difusa y que no se refiere a una situación particular.

Esta concepción de la fobia no tiene en consideración la posibilidad de que las reacciones de miedo pueden formar parte del desarrollo normal del individuo, ya que los miedos que son transitorios y están vinculados a la edad no deberían ser considerados como fobias (King, Hamilton & Ollendick, 1994). Por esta razón se describirá, cuando un miedo forma parte del desarrollo normal de una persona.

1.3 Manifestación de los miedos según el nivel de desarrollo.

El miedo tal vez constituya el fenómeno más universal, no sólo en la especie humana sino en la mayoría de las especies que habitan sobre la tierra. Todos han tenido experiencias de miedo, del mismo modo que han tenido experiencias del dolor (a veces se ha considerado que el miedo es el equivalente psicológico del dolor). La universalidad y omnipresencia del miedo induce a sospechar que necesariamente debe tener un importante valor adaptativo. El miedo, no obstante, puede ser des adaptativo, crear enorme malestar, y perturbar las actividades cotidianas y, si se trata de niños o adolescentes, dificultar significativamente su desarrollo personal y social, además de crear serios problemas para los padres. El miedo, parece que, por una parte, constituye un componente necesario y unido al difícil desarrollo evolutivo del individuo y, por otra, puede ser el aspecto más insoportable y perturbador de la vida de una persona.

Dado el carácter evolutivo que parece poseer el miedo, es curioso que no se haya estudiado más intensamente las diferentes etapas de desarrollo del mismo, así como sus implicaciones psicopatológicas y terapéuticas. Un determinado miedo puede ser normal a ciertas edades, pero puede ser patológico a otras. Si bien, como diría el profesor Pelechano (1981), más que pensar en los miedos asociados a edades cronológicas concretas habría que hacerlo en relación con “edades funcionales o sociales”; es decir, cada etapa evolutiva (funcional), al suponer nuevos niveles de desarrollo psicobiológico y nuevos retos psicosociales deben también afrontar nuevos tipos de miedo, que surgen tras las nuevas exigencias.

De esta manera el miedo tiene un carácter evolutivo por excelencia, tanto desde el punto de vista filogenético como ontogenético. Normalmente los miedos y fobias se van adquiriendo a medida que el niño se desarrolla. Los seres humanos están predispuesto filogenéticamente para asociar respuestas de miedo a determinados estímulos, siendo estos denominados habitualmente como “estímulos preparados” o estímulos

potencialmente fóbicos (p. ej., serpientes, el mar, arañas, expresiones faciales amenazadoras, las alturas, la oscuridad, la sangre, los extraños, etc.), situaciones estas que suelen implicar peligros para la supervivencia. Por tanto, el aprender a temer a ciertos estímulos, objetos o situaciones (p. ej., a los animales) es un aspecto normal del desarrollo humano, e indudablemente estos miedos son frecuentes durante las edades preescolares, siendo en cambio más raros en personas adultas (Ohman, 1987). Parece pues que los miedos tienden espontáneamente a extinguirse a medida que avanza el curso evolutivo (ontogenético) del niño. Sin embargo, por alguna razón los miedos no desaparecen en algunos niños, o siguen un curso que no se acopla al desarrollo natural de éstos.

Es importante remarcar sobre los aspectos más característicos de los miedos que es su naturaleza evolutiva. El ya clásico trabajo de Jersild y Holmes (1935) refleja, sin lugar a dudas, que los miedos en los niños no son independientes de su proceso evolutivo. Así como también estudiaron la evolución de los miedos durante los primeros 6 años de vida del niño y encontraron diferencias en la frecuencia de tipos de miedos en función de la edad, (tabla1).

Tabla 1. Miedos con tendencia evolutiva que tienden a descender y a incrementarse para edades correspondientes a los 6 primeros años.

Miedos que tienden a descender	Miedos que tienden a incrementarse
Ruido y agentes de ruidos	Ridículo; ladrones; muerte, sueños.
Objetos, situaciones y personas extrañas.	Oscuridad; seres imaginarios en la oscuridad, estar solo/a.
Caer; pérdida de apoyo; lugares altos.	Amenaza o peligro de daño; trafico; ahogarse, fuego, cárcel.
Objetos y situaciones específicos (causa desconocida)	Seres imaginarios

Durante los dos primeros años de vida, los niños parecen exhibir respuestas elevadas de miedo al ruido y a lo desconocido (objetos, situaciones y personas extrañas), y también, aunque en menor grado, a caerse, a la pérdida de apoyo y a los lugares altos. Estos miedos son menos frecuentes entre los dos y los cuatro años, y aun menos entre los cuatro y los seis (si bien no parecen desaparecer totalmente). En contraste, otros miedos, que no son muy frecuentes en fases anteriores, como los asociados a los ladrones, la muerte, estar solo(a), hacer el ridículo, la oscuridad, y los miedos al daño físico (accidentes de tráfico, fuego, cárcel, etc.), se incrementaran notablemente para las

edades de cuatro a seis años. La frecuencia de miedo a los animales se incrementa desde los dos años hasta los cuatro, pero desciende a partir de esta edad.

Los trabajos de Jersild y Holmes, al margen de posibles defectos metodológicos (se basaron únicamente en informes de padres y maestros), construyendo una clara demostración de que los miedos aparecen y evolucionan de forma confusa relacionada con la edad del niño. Posteriormente Sandín, (1996) han llevado a cabo diversas investigaciones sobre el carácter evolutivo de los miedos, evidenciándose algunos aspectos interesantes como los siguientes:

1. Es un fenómeno normal que los niños tengan miedo (aproximadamente entre el 90 % y el 100% de los niños refieren tener al menos un miedo importante; es frecuente que los niños tengan múltiples miedos); a veces se ha sugerido que la incidencia es máxima en torno a los tres años de edad;

2. Las niñas (y adolescentes femeninas) tienden siempre a referir más miedo que los niños (y adolescentes masculinos):

3. Si bien los miedos son un fenómeno común, no es común que persistan a medida que avanza el desarrollo evolutivo; p. ej., tanto el número como la intensidad de los miedos referidos por los niños y adolescentes tienden a disminuir con el paso del tiempo (los más jóvenes refieren más miedo que los menos jóvenes);

4. Después de los 6 años tienden a desaparecer muchos (la mayoría) de los miedos específicos (p. ej., los miedos a la oscuridad, las tormentas, los fantasmas, los monstruos, los animales, etc.);

5. Unos miedos son más comunes y tienen una naturaleza más evolutiva que otros (son miedos altamente evolutivos el miedo a las alturas, a las personas u objetos extraños, y a la separación);

6. El miedo en ciertas etapas del desarrollo tiene un valor adaptativo (aunque el hecho de que un cierto miedo surja en una determinada edad no implica necesariamente que se

asocia a un valor de supervivencia, ya que a veces un tipo de miedo aparece simplemente cuando el niño tiene la suficiente madurez para ello);

7. Los miedos a los animales y los miedos tipo sangre-inyección-daño, aunque suelen observarse en la edad adulta, su comienzo ocurre (generalmente) durante la niñez (habitualmente antes de los cinco años para los miedos a los animales, y antes de los 7 años para los miedos sangre-inyección-daños; estos últimos no suelen menguar con el paso de la edad y parecen tener un alto componente hereditario.

Si bien como se ha visto si los miedos son comunes durante la infancia y adolescencia, al poseer éstos un carácter evolutivo, su incidencia varía en función de las fases de desarrollo. Basándose en las publicaciones atrás mencionadas, y teniendo en cuenta que se trata únicamente de una síntesis en general. Se asume, por tanto, que los tipos de miedos vinculados a cada fase constituyen un fenómeno común (siempre que los miedos no sean excesivos). No serían común, sin embargo, que ciertos miedos, aparte de ser excesivos, sobrepasen ampliamente los límites normales impuestos por los periodos evolutivos. Los miedos asociados a cada fase del desarrollo del niño/adolescente son pues “miedos evolutivos”, que pueden resultar “normales” (no suelen ser muy intensos), específicos de cada etapa y por tanto transitorios. Estos miedos parecen evolucionar de acuerdo con el desarrollo cognitivo del niño.

De acuerdo con Marks (1991), los bebés no suelen experimentar miedos antes de los 6 meses de vida. Es a partir de esta edad cuando comienza a expresar miedos evolutivos importantes, como temor a las alturas, los extraños y la separación. Se ha considerado que estos tres tipos son innatos en gran medida. No obstante, su aparición denota un cierto grado de maduración del bebé. Por ejemplo, el miedo a las alturas no solo depende de la edad sino también del desarrollo locomotor del bebé (esto se ha demostrado con el fenómeno del “acantilado visual” fenómeno equivalente al miedo a las alturas, que suele observarse entre los 4 y 9 meses) (Bertenthal & Campos, 1984).

Marks (1991) ha analizado extensamente el valor evolutivo adaptativo del miedo/ansiedad de separación y del miedo a los extraños (personas, objetos, juguetes, etc.). Según este autor, el miedo a la separación “refleja el peligro evolutivo especial de estar solo, el cual es particularmente grande para los jóvenes”, incluso en la sociedad actual (los niños no

acompañados o vigilados son más vulnerables a sufrir daños, como ser atropellados por el tráfico, ser raptado, quemarse, herirse, etc.; en épocas primitivas el quedarse solo podía significar la muerte por algún depredador). La ansiedad de separación es un fenómeno evolutivo universal, habiéndose detectado incluso en niños ciegos (reconocen la presencia de otra persona por el tacto, la voz u otros sonidos). El temor a la separación parece ocurrir durante situaciones de máxima inseguridad (como ocurre durante las primeras etapas del desarrollo), pudiendo reaparecer en adolescentes o adultos ante situaciones catastróficas: El miedo a los extraños es mayor cuando es a seres humanos que cuando se trata de objetos. La existencia de una selección evolutiva para el miedo a los extraños es sugerida por la frecuencia de infanticidio y el abuso de los bebés entre los mamíferos, incluyendo los monos y los grandes primates. El miedo es mayor y surge antes ante los adultos extraños que ante compañeros extraños de la misma edad, lo cual está de acuerdo con la evidencia de que los adultos son más peligrosos (Marks, 1991). El miedo a los extraños ocurre aunque no exista separación, y el miedo de separación puede darse aunque no haya extraños, si bien ambos tipos de miedo pueden sumarse (p. ej., si el niño es apartado de su cuidador en presencia de una persona desconocida). Ambos tipos de miedo, de separación y a los extraños, presentan ciertas similitudes, ya que surgen (a partir de los seis meses), se intensifican (entre los nueve y los 13 meses) y comienzan a debilitarse (a partir de los dos y dos 1/2 años) de forma casi paralela, lo cual ha llevado a sugerir que estas dos modalidades de miedo pueden estar asociados a un mismo patrón de desarrollo cognitivo.

Con la siguiente fase evolutiva o comienzo de la niñez (uno a dos 1/2 años) se intensifica el miedo a la separación de los padres (en la fase anterior el miedo es más específico a la separación de la madre). Aunque persiste el miedo a los extraños adultos, aparece el miedo a los compañeros extraños (miedo a otros niños extraños). El temor a los compañeros extraños se inicia, pues, más tarde que el miedo a los adultos extraños, y suele desaparecer a partir de los dos años y medio (Marks, 1991). Ambas formas de miedo a los extraños puede perdurar durante la adolescencia y edad adulta en forma de timidez. Se evidencia, por tanto, que durante esta segunda fase aun siguen siendo importantes (aunque con algunas matizaciones) los miedos típicos de la primera etapa, esto es, los miedos asociados a la separación y a los extraños. Surgen, por otra parte, miedos relacionados con peligros como ciertos animales (pequeños animales) y algunos fenómenos naturales (tormentas, etc.), miedos que perdurarán en la fase de preescolar.

La etapa de preescolar (dos 1/2- seis años) transcurre con importantes cambios. Durante el primer año, las fuentes de miedo proceden de cosas que corren en un ambiente inmediato al niño (ruidos, extraños, etc.). En la fase siguiente, el desarrollo cognitivo permite incrementar el rango de estímulos generadores de miedo, si bien aún mantienen una presencia bastante inmediata (tormentas, algunos animales, etc.). Durante la edad preescolar, sin embargo, el desarrollo cognitivo se ha incrementado notablemente y el niño es capaz de experimentar miedo ante estímulos imaginarios globales, tales como la oscuridad, los fantasmas y los monstruos (Bauer,1976; Ollendick & King,1991). La mayoría de los miedos a los animales se desarrollan durante esta etapa (algunos de ellos pueden perdurar hasta edades adultas). El miedo a estar solo (a), que es característico durante el presente periodo evolutivo, puede constituir un proceso evolutivo a partir del miedo a la separación de los padres.

Los niños de edad más avanzada (niñez media, seis-11 años), merced a su progresivo desarrollo cognitivo, pueden diferenciar las representaciones internas de la realidad objetiva, lo cual propicia que los miedos sean ahora más realistas y específicos desvaneciéndose los temores a los seres imaginarios. Tal vez los miedos más representativos de esta etapa sean los temores relacionados con el daño físico (accidentes de tráfico, quemaduras, etc.), la muerte (miedo a la propia muerte o de un familiar) y los miedos médicos (heridas, sangre, inyecciones, etc.). En la serie de publicaciones llevadas a cabo por Ollendick y sus colegas (cf., King et al., 1994; Ollendick & King, 1991^a; Ollendick, King & Frary, 1989) se evidencia de forma sistemática la elevada frecuencia durante estas edades de miedo como ser atropellado por un coche, quemarse, ser invadido por otro país, la gente muerta, etc. Algunos miedos novedosos, como el temor al SIDA y el miedo a la separación o divorcio de los padres, pueden ocurrir durante esta etapa y denotan cambios en las circunstancias del entorno social que rodea al niño; de hecho algunos autores han referido que estos temores se encuentran entre los más frecuentes tanto en estas edades como durante la preadolescencia y adolescencia (Gullone & King,1993). Sin embargo, como señalan estos autores, los niños perciben el SIDA como un fenómeno sobrenatural que causa la muerte, mientras que los adolescentes pueden entender el verdadero significativo de la enfermedad. Por lo demás, merece la pena resaltar que durante la niñez media adquieren gran relieve los temores a la crítica y al fracaso, los miedos asociados al ámbito escolar.

La preadolescencia se asocia a una reducción general de los miedos de tipo animal y a un incremento de los miedos relativos a la crítica y el fracaso (una tendencia que ya se observa al final de la fase anterior). Por otra parte, al suponer el inicio de cambios evolutivos drásticos en la propia imagen (por desarrollo tanto psicológico como corporal), así como también cambios de tipo social e interpersonal, tienen particular relevancia los temores relativos a la autoimagen (p. ej., al aspecto físico), sociales (p. ej., miedo a no tener amigos), económicos y políticos, los temores vinculados al mundo académico (p. ej., fracasar en una examen, exponer una lección en clase, etc.) son frecuentes en esta etapa. Finalmente, se puede decir que en términos generales durante la adolescencia siguen siendo frecuentes los miedos que dominan en la preadolescencia, aunque adquieren especial relieve algunos temores más característicos como los relacionados con el sexo, las relaciones interpersonales y el rendimiento personal (p. ej., miedo al fracaso académico y/o social). Así mismo, durante la adolescencia decaen algo los temores relacionados con la muerte y el peligro (lo cual parece asociarse a la necesidad de abandonar la seguridad que brinda el hogar paterno), a expensas de una intensificación de los miedos vinculados a la crítica, a la evaluación social y al rendimiento personal /popularidad, éxito, rendimiento académico, etc.). Durante la adolescencia se observa una clara tendencia hacia los miedos que se dan en las primeras personas adultas, como son los miedos que conciernen a las relaciones interpersonales con amigos y familiares.

Aun cuando existe abundante evidencia que apoya la idea de que el miedo sigue un proceso evolutivo en el niño y el adolescente, algunos datos recientes tienden a sugerir que a partir de la niñez media, si bien los miedos tienden a reducirse con la edad, las diferencias evolutivas en cuanto al tipo de miedo experimentado no son elevadas. Por ejemplo, basándose en el Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R), el profesor Ollendick y King, (1989), cuando examinaron los tipos de miedos en una muestra de 1185 muchachos entre siete y 16 años de edad, observaron que ocho de los diez miedos más temidos eran los mismos independientemente de la edad, ya que coincidían en los tres grupos de edad estudiados (p.ej., 7-10, 11-13 y 14-16 años). Estos miedos se referían a (por orden en que eran temidos):

- 1) Ser atropellado por un coche o camión
- 2) No poder respirar

- 3) Los bombardeos (que el país sea invadido)
- 4) El fuego o quemarse
- 5) Caer desde lugares altos
- 6) Que un ladrón entre en casa
- 7) Los terremotos
- 8) La muerte o la gente muerta.

Los dos tipos de miedo restantes más frecuentemente referidos fueron “perderse en un lugar desconocido” y “ser enviados al director del colegio”, para el grupo de 7 a 10 años, y “obtener malas notas” y “suspender un examen” para los niños restantes (11-13 y 14-16 años). Así pues, parece evidente que los niños y adolescentes entre los 7 y 16 años refieren tener fundamentalmente miedos específicos y realistas, siendo los ocho miedos más temidos idénticos para este rango de edad. En otras publicaciones, se evidencia en que los siguientes miedos experimentados por los niños más jóvenes (7-10 años) se refieren a la separación y al castigo, mientras que los correspondientes a los niños mayores y a los adolescentes eran de naturaleza social-evaluativa (Ollendick, 1989).

Gullone y King (1993), basándose en una modificación de la FSSC-R, estudiaron también las posibles diferencias en los tipos de miedo en función de la edad en una muestra de niños y adolescentes australianos. Al igual que los anteriores autores, encontraron que los miedos disminuían a medida que los niños eran mayores, y que los más temidos, con escasas excepciones, eran muy semejantes en los diferentes grupos de edad estudiados (7-10, 11-14 y 15-18 años). Los diez miedos más comunes eran los siguientes, y por el siguiente orden: 1) miedo al SIDA, 2) miedo a que muera algún familiar, 3) miedo a la propia muerte, 4) miedo a no poder respirar, 5) miedo a ser amenazado(a) con un arma, 6) miedo a tomar drogas peligrosas, 7) miedo ser raptado(a), 8) miedo a tomar drogas, 9) miedo ser atropellado por un coche o un camión, y 10) miedo a los tiburones.

En cuanto a las excepciones asociadas a la edad, obtuvieron que los miedos relativos a “caer desde lugares altos” y “los terremotos” aparecía entre los 10 más comunes únicamente en los niños de 7-10 años, el miedo a los “dingoes” (un perro salvaje australiano) únicamente en el grupo de 11-14 años, y miedo a los tiburones solo en el grupo de adolescentes (15-18).

Curiosamente, tras aplicar la versión española del FSSC-R, se ha obtenido recientemente resultados muy semejantes a los de estos autores, en concreto casi idénticos a los referidos por el grupo de Ollendick (1989). En la tabla 2 puede apreciarse, los 8 miedos más frecuentes referidos por Ollendick como invariantes a través de distintas edades y países, en una muestra de niños de 10-11 años de edad. Llama la atención la casi exacta correspondencia que existe entre los resultados de la investigación y referidos por Ollendick sobre muestras de niños y adolescentes norteamericanos y australianos. Incluso en culturas distantes como China se han constatado resultados bastante semejantes a estos (Dong, Xia, Lin, Yang & Ollendick, 1995). Por otra parte, merece la pena resaltar la elevada prevalencia de miedos observada en la muestra de niños españoles (dos miedos, ser atropellado por un coche y miedo a la guerra- que el país sea invadido, eran experimentados por más del 80% de los niños).

Tabla 2. Indicación de los diez miedos más frecuentes en niños de 10 y 11 años de edad. Ollendick (1995)

Tipo de miedo (numero de ítem del FSSC-R)	Porcentaje de niños que lo manifiestan
Ser atropellado por un coche o camión	87.3%
Los bombardeos (que tu país sea invadido)	80.6%
No poder respirar	74.0%
La muerte o la gente muerta	67.5%
Caer desde lugares altos	65.6%
Ser enviado al director del colegio	64.6%
El fuego o quemarte	64.6%
Que un ladrón entre en tu casa	62.9%
Los terremotos	62.9%
Los microbios o padecer una enfermedad grave	62.8%

Por tanto, al margen de algunas matizaciones, se evidencia que tanto los trabajos de Ollendick(1989), como el más reciente de Gullone y King, (1993) indican que, para edades a partir de los 10 años, los miedos más frecuentes son semejantes independientemente de la edad. Una vez revisado el curso de los miedos es importante describir las razones principales por las cuales surge la ansiedad. Es por ello describiré brevemente los principales factores etiológicos del trastorno de ansiedad.

1.4 Modelos y factores etiológicos de la ansiedad.

En el origen de los trastornos de ansiedad infanto-juvenil desempeñan un papel importante, por un lado, factores familiares; acontecimientos estresantes como el divorcio de los padres en los periodos críticos de la infancia, el estilo educativo de los padres con los hijos. En concreto, hay una estrecha relación entre la ansiedad materna, la sobreprotección de los hijos y las respuestas de ansiedad por parte de estos. Sin duda, los hijos de padres con trastornos de ansiedad tienen mayor riesgo de padecer un trastorno de ansiedad Biederman, Rosenbaum y cols. (2000).

Beidel y Turner (1997) encontraron que los trastornos de ansiedad eran 54 veces más frecuentes en hijos de padres ansiosos que en los hijos de padres sin trastornos psiquiátricos. También se observa elevadas tasas de trastornos de ansiedad en los padres de niños con ansiedad, Así, Last y cols. (1987) observaron que las madres de niños con trastorno de ansiedad excesiva tenían porcentajes muy altos de trastornos de ansiedad generalizada (45.5%) y los trastornos afectivos (50%), mientras que recientemente Toren y cols. Encontraron que el 46% de las madres de niños con trastorno de ansiedad presentaban un trastorno de ansiedad generalizada.

A pesar de la contundencia de estos datos epidemiológicos, todavía no se han podido establecer los mecanismos genéticos de transmisión de los trastornos de ansiedad infantil. Algunos de los esfuerzos más destacables en este sentido se deben a Topolski y cols. (2001) quienes tras realizar un estudio con gemelos llegaron a la conclusión de que los factores genéticos del trastorno por ansiedad excesiva eran más fuertes que los ambientales, así como a Kendler y cols. (2002) quienes estiman en aproximadamente el 30% de heredabilidad de los trastornos de ansiedad.

En los últimos años, se han acumulado más datos sobre el papel del ambiente familiar en los trastornos de ansiedad infantiles. Así, un trabajo de Messer y Beidel (1996) con 23 niños con trastorno de ansiedad (trastorno por ansiedad excesiva y fobia social) encontró una correlación entre la ansiedad y un mayor grado de control familiar. Un conflicto familiar crónico también puede convertirse en una fuente de ansiedad para el niño y afecta su desarrollo intrapsíquico de forma que posteriores conflictos normales no se resuelvan de manera satisfactoria. No obstante, no se ha podido identificar un patrón de

funcionamiento familiar que diferencie claramente entre niños con trastornos de ansiedad y niños con otros trastornos psiquiátricos.

El temperamento del niño también desempeña un importante papel y refleja la predisposición hereditaria general. Las dimensiones de personalidad de neuroticismo e introversión pueden predisponer al desarrollo posterior de trastornos de ansiedad. Los niños ansiosos tienden a responsabilizarse excesivamente de los fracasos, experimentan dificultades para generar alternativas de actuación y discriminar las que son efectivas de las que no lo son, y por último, suelen ser lentos en la toma de decisiones. Por ello, no es raro la adopción de la evitación como estrategia de afrontamiento. La atención excesiva del niño a sus propias reacciones y a sus propios pensamientos contribuye a desarrollar y mantener la ansiedad.

Para Borkovec, Shadick y Hopkins (1991), los trastornos de ansiedad son eminentemente cognitivo, donde la preocupación crónica patológica desempeña un papel esencial. Esta preocupación se ha definido como un proceso anticipatorio que implica pensamientos repetitivos, intrusivos y no deseados, cuyo contenido se relaciona con amenazas potenciales y sus consecuencias. Los niños y adolescentes, al igual que adultos, pueden tener con frecuencia preocupaciones. En este sentido, Vasey y cols. (1994) señalan la importancia de grado de maduración cognitiva, pues a medida que los niños desarrollan sus habilidades cognitivas poseen una mayor capacidad para experimentar preocupaciones y, por lo tanto, desarrollar ansiedad. De este modo, es posible que la adquisición de habilidades cognitivas, avanzadas incrementemente, paradójicamente, el riesgo de tener preocupaciones.

Para Kendall y Chansky (2001) los niños con trastornos de ansiedad tienen dificultades para controlar sus cogniciones, que son básicamente erróneas, irracionales, catastróficas y negativas. Demostraron que estos niños presentan un exceso de cogniciones de afrontamiento cuando son expuestos a una situación de estas, de forma que es exceso llega a interferir con sus habilidades para manejar la ansiedad.

Todos estos factores internos y externos son los que influyen en la familia y conforman un determinado grado de vulnerabilidad de cada niño con respecto a los trastornos de ansiedad. Muchos de los trastornos de ansiedad en niños no son heredados, sino que son resultado de un aprendizaje que se instala en una fase determinada del desarrollo

evolutivo y que puede ser facilitado por una cierta predisposición biológica. Los principales modelos que explican la adquisición y mantenimiento de los trastornos de ansiedad son:

1.4.1 Condicionamiento clásico.

Consiste en un proceso de aprendizaje asociativo en el que si un acontecimiento indiferente se asocia con uno de los estímulos que suscitan automáticamente miedo, el estímulo neutro puede empezar a provocar el temor por sí mismo. Si bien las fobias pueden ser adquiridas de este, la mayoría no lo son. En una minoría de los casos, el comienzo de la fobia está asociado con un suceso traumático. Es una variedad de situaciones lo que es capaz de provocar el malestar del sujeto sin referencia a una situación traumática originaria. Por lo tanto, es más apropiado hablar de fobias adquiridas. (Craske, Hermans & Vansteenwegen, 2008)

1.4.2 Teoría de la preparación

Para Seligman (1971), las personas tienden a responder selectivamente con reacciones de temor a los estímulos ambientales que, en un momento u otro de la evolución, han puesto en peligro la supervivencia de la especie (reptiles, alturas, desconocidos), independientemente de que en la actualidad tengan un carácter irrelevante para la supervivencia.

El modelo del condicionamiento clásico proporciona una cierta explicación sobre la adquisición de respuestas fóbicas en algunas ocasiones ante la exposición a determinados estímulos aversivos, pero no explica cómo se adquieren este tipo de respuestas cuando, como en la mayoría de los casos, no hay una exposición previa del niño a los estímulos aversivos.

1.4.3. El condicionamiento operante

En algunos casos los miedos se pueden adquirir y mantener, en lugar de por una asociación (situación neutra-situación desagradable), por los efectos re forzantes que derivan de dichas conductas. Explica fundamentalmente el mantenimiento e intensificación de las conductas de evitación en los trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos. Las fobias se mantienen a través de dos procesos:

- Reforzamiento negativo: La evitación o escape del estímulo fóbico reduce la conducta de ansiedad.
- Reforzamiento positivo: La reacción fóbica puede ser directamente recompensada por otras personas.

El modelo del condicionamiento operante ofrece una explicación satisfactoria del mantenimiento de las respuestas de evitación, pero no de las respuestas mediacionales cognitivas y fisiológicas de miedo. (Craske & cols. 2008)

1.4.4 La teoría de los dos factores

Mowrer (1946), según este modelo, la conducta fóbica es aprendida en una secuencia de dos partes:

- El miedo se adquiere por la asociación del mismo a un estímulo nuevo (C.C.).
- La conducta de evitación o escape queda reforzada negativamente ante la desaparición (o reducción del miedo). Las conductas reforzadas negativamente son muy resistentes a la extinción.

Esta teoría explica el mantenimiento de las conductas de evitación, pero no la adquisición de la conducta de miedo. Este modelo integra los dos anteriores, pero presenta limitaciones.

1.4.5. El aprendizaje vicario o social.

Bandura (1977), propone la existencia de tres posibles modos de adquisición de las conductas fóbicas:

Los primeros estudios sobre el funcionamiento familiar de niños ansiosos señalaba la existencia de una relación entre la ansiedad infantil y ciertas tipologías familiares: sobreprotectoras, ambivalentes y con insatisfacción marital. También se reconoce que la exposición permanente a unos padres ansiosos puede inducir ansiedad en el niño a través de mecanismos de aprendizaje social; de esta manera, el niño puede identificarse inconscientemente con un estilo parental de afrontamiento crónicamente ansioso. Por ejemplo, se ha demostrado como se produce ansiedad al oír a otro niño llorar o mediante

señales no lingüísticas de un progenitor o por la falta de empatía de la madre. Vasey y cols. (1994).

- Experiencia directa con acontecimientos aversivos.
- Observación de otra persona sometida a un suceso traumático.
- Recepción de información (historias, cuentos) entorno a los estímulos fóbicos por parte de personas significativas para el niño.

La etiología de los trastornos de ansiedad es en gran medida desconocida. La eficacia de las técnicas terapéuticas no está en función necesariamente de la etiología de los trastornos. Las hipótesis etiológicas deben ser probadas en su propio ámbito. Interesan los factores que contribuyen a mantener una conducta, que son distintos de los que la hicieron iniciar. Conocer la etiología, sin embargo, puede ser de gran interés para la prevención del mismo y para el diagnóstico precoz. Una vez descrito el concepto de ansiedad, es necesario conocer la clasificación de trastornos de ansiedad de acuerdo al DSM-IV y CIE 10. Esto con el objetivo de conocer las diferentes variables que puede tener la ansiedad y principalmente conocer de donde se deriva el trastorno de ansiedad generalizada, que es el tema principal de este trabajo.

1.5 Clasificación

La clasificación y el diagnóstico son dos aspectos íntimamente relacionados, de tal forma que las características que definen las distintas entidades clínicas constituyen la base para su diagnóstico. Hablar de la clasificación y diagnóstico de los trastornos de ansiedad supone asumir que se habla de ansiedad clínica, esto es, aquella que siendo excesiva o inadecuada para el contexto evolutivo perturba significativamente la vida cotidiana del niño/adolescente. Los trastornos psicopatológicos de los niños y adolescentes se han venido clasificando bien según aproximaciones dimensionales o bien atendiendo a enfoque categoriales. Las primeras suelen basarse en resultados de análisis estadísticos multivariados (p. ej., análisis factoriales), mientras que las categoriales se apoyan típicamente en datos clínicos y en entidades diagnósticas discretas.

Un ejemplo de clasificación dimensional es la ejemplificada por Achenback y Edelbrock (1991). Estos autores organizaron los diferentes trastornos sobre dos amplias dimensiones o factores derivados empíricamente mediante análisis factorial, siendo tales dimensiones denominadas “internalizante” y “externalizante”. La dimensión internalizante incluye dimensiones más específicas o “síndrome internalizantes”, tales como los

síndromes ansioso-obsesivo, depresivo, quejas somáticas, rendimiento social, inmadurez, comunicativo, esquizoide-obsesivo y obsesivo-compulsivo. De modo semejante, la dimensión externalizante refleja dimensiones definidas por los “síndromes externalizantes” como el delincuente, el agresivo, el hiperactivo, y el cruel. Con esto se puede observar que los problemas de ansiedad estarían incluidos en la dimensión internalizante, asociándose a síndrome como el ansioso-obsesivo, el de quejas somáticas y el retraimiento social. La diferenciación entre estas dos dimensiones es utilizada con frecuencia en psicopatología y clínica de la infancia y adolescencia.

Aparte del sistema de evaluación y diagnóstico de Achenbach y Edelbrock, los intentos por clasificar los trastornos de la infancia y adolescencia basándose en análisis multivariados de datos empíricos han sido múltiples. Quay (1979) revisó los principales estudios factoriales efectuados en este sentido, llegando a la conclusión de que, excepto para los trastornos psicóticos, la mayoría de los trastornos de los niños podían ser clasificados sobre la base de las cuatro dimensiones siguientes: 1) trastorno de conducta (p. ej., rabietas, desobediencia, irritabilidad, destructivo, perturbador, etc.), 2) agresión - socializada (p. ej., malas compañías, robar en grupo, etc.), 3) ansiedad retraimiento (p. ej., ansiedad, miedo, timidez, retraimiento social, llanto frecuente, depresión, etc.), e 4) inmadurez (p. ej., pasividad, preocupación, pobre concentración, etc.). La dimensión interiorizante de Achenbach viene a equivaler a las dimensiones de “ansiedad-retraimiento” e “inmadurez” de Quay, mientras que la dimensión exteriorizante es semejante a las dimensiones “trastorno de conducta” y “agresión-socializada”.

Aunque los enfoques dimensionales resultan de gran utilidad para conocer la estructura de los trastornos, hasta el momento, y en comparación con los sistemas categoriales (p. ej., las diferentes ediciones del DSM), han tenido menos impacto en relación con el diagnóstico y el tratamiento. El optar por uno u otro enfoque, sin embargo, no debería ser una cuestión de exclusión, ya que ambas perspectivas han demostrado ser útiles tanto en estudios descriptivos como para el diagnóstico e intervención (Kearney, Elisen & Schnaefer, 1995). Sin que ello implique un rechazo del enfoque dimensional, en lo que sigue se empleará como guía de clasificación y diagnóstico clínico la orientación categorial de la APA (1994) vigente actualmente (p.ej., el DSM IV), ya que es sin duda la más aceptada y empleada interracialmente.

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes:

- DSM-IV-TR (Asociación de psiquiatría Americanos, APA)
- CIE-10 (Organización Mundial de la salud, OMS).

La DSM-IV enumera doce trastornos de ansiedad principales y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relaciones con el estrés y somatomorfos.

1.5.1 Clasificación según el DSM-IV

Todos los trastornos de ansiedad, tanto infantil / adolescente como en fase adulta, están codificados en el Eje I del DSM-IV. Los trastornos de personalidad (Eje II), el obsesivo-compulsivo y el de evitación, pueden presentar importantes semejanzas o solapamientos con los trastornos de ansiedad obsesivo-compulsivo y fobia social (tipo generalizado) respectivamente. Los trastornos de personalidad, no obstante, son trastornos arraigados, inflexibles, e implican una gama amplia de situaciones personales y sociales del individuo, siendo además enormemente resistentes al cambio.

En la tabla 3 se indican los diferentes trastornos de ansiedad que contempla el DSM-IV (Eje I), así como también una breve descripción sobre algunas características centrales de cada trastorno. En los trastornos de ansiedad, lo que los identifica es el foco primario de alteración, siendo excesiva y perturbadora en la vida del individuo. (Fauman, 1994):

Tabla 3. Clasificación de Trastornos de ansiedad de acuerdo al DSM-IV.

Trastorno	Descripción
Trastorno de ansiedad por separación (TAS)	Ansiedad relacionada con la separación de figuras a las que el individuo (niño/adolescente) está ligado afectivamente. Da inicio anterior a los 18 años
Trastorno de pánico sin agorafobia (TPSA)	Ataque de pánico inesperado, recurrentes, con preocupación y quejas respecto a nuevos ataques o a sus implicaciones; cambios de conducta asociados.
Trastorno de pánico con Agorafobia (TPCA)	Además de los síntomas del TPSA existe agorafobia, es decir, ansiedad elevada asociada a situaciones donde el escape puede resultar difícil o embarazoso caso de que ocurrir un ataque de pánico (p. ej., lugares concurridos de gente)

Tabla 3. Clasificación de Trastornos de ansiedad de acuerdo al DSM-IV. (Cont.)

Trastorno	Descripción
Agorafobia sin historia de trastorno de pánico (ASTP)	Existe agorafobia sin pánico. Aquí, si bien se trata del mismo tipo de situaciones (agorafobia) que el TPCA, el escape puede resultar difícil o embarazoso caso de que se produzca síntomas semejantes a los que acontecen durante el ataque de pánico (p. ej., menos síntomas y/o en menor grado).
Fobia específica	Miedo señalado por un objeto o situación particular. Se distinguen los siguientes tipos de fobia específica: 1) Animal (fobia a perros, serpientes, etc.) 2) Ambiental –natural (agua, alturas, tormentas, etc.) 3) Sangre-inyección-daño (SID) 4) Situacional (ascensores, volar en avión, etc.)
Fobia social (trastorno de ansiedad social)	Miedo a la vergüenza, humillación, quedar en ridículo, etc. En situaciones sociales que implican ejecución y/o evaluación. Dos tipos: 1) Generalizada (afecta a muchas situaciones sociales diferentes) 2) No generalizada o circunscrita (se circunscribe a limitadas situaciones)
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	Periodo mínimo de seis meses de ansiedad y preocupación excesivos acompañados de varios síntomas somáticos.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Presencia de obsesiones y/o compulsiones.
Trastorno de estrés postraumático. (TEP)	Los síntomas de ansiedad ocurren después de un suceso traumático severo. Existe re-experimentación del acontecimiento, elevada activación y evitación de los estímulos asociados al suceso.
Trastorno de estrés agudo	Igual que el TEP pero la duración del cuadro clínico es menor de un mes.
Trastorno de ansiedad debido a una condición médica general. O inducida por sustancias.	Producido por el efecto directo de factores fisiológicos debidos a una condición médica general (p. ej., ansiedad debido al hipertiroidismo). Producido por el efecto directo de alguna sustancia (drogas, medicación, cafeína, etc.).
Trastorno de ajuste con ansiedad	La ansiedad se produce como respuesta a algún estresor; no cumple los criterios para ninguno de los trastornos de ansiedad indicados arriba (pueden aparecer síntomas de nerviosismo, preocupación, miedos de separación en niños, etc.).
Trastorno de ajuste con estado de ánimo mixto de ansiedad y depresión.	Igual que en el trastorno anterior, pero aquí predomina un cuadro mixto de ansiedad y depresión.
Trastorno mixto ansioso-depresivo (provisional)	Estado de ánimo disforico recurrente acompañado de una combinación de ansiedad y depresión.

1. Experiencia frecuente de ansiedad, preocupación y aprensión, de forma más intensa y duradera que la ansiedad media experimentada cotidianamente por las personas;
2. Desarrollo frecuente de evitación, actos rituales, o pensamientos repetitivos como forma de protección del malestar subjetivo genero por la ansiedad.

Una de las novedades importantes sobre los trastornos de ansiedad que se observa en el DSM-IV, en relación con la anterior edición (DSM-III y DSM-III-R), consiste en la supresión de la categoría de trastornos de ansiedad característicos de la infancia o adolescencia. En el DSM-III-R (APA, 1989) existía un grupo de trastornos denominados trastornos de ansiedad de la infancia y adolescencia, el cual incluía las tres entidades diagnosticas siguientes:

- 1) Trastorno de ansiedad de separación (TA)
- 2) Trastorno de evitación en la infancia o adolescencia (TEAI),
- 3) Trastorno de hiperansiedad (THA)

Según las directrices diagnosticas del DSM-III-R, las cuales fueron asumidas por la mayoría de los científicos y clínicos occidentales, estos tres tipos de trastornos de ansiedad se consideraron propios de la infancia y adolescencia, ya que se pensaba que desarrollaban específicamente durante estas edades. Como puede apreciarse en la tabla de arriba, solamente el trastorno de ansiedad de separación permanece en el nuevo sistema nosológico de la APA. Las dos restantes; el trastorno de evitación en la infancia o adolescentes y trastorno de hiperansiedad desaparecen como tales entidades clínicas.

En la nueva categorización de la APA se desprende que no es sostenible en la actualidad hablar de trastornos de ansiedad típicos o propios de la infancia o adolescencia, con única excepción del referido trastorno de ansiedad de separación. Asumiendo esta salvedad, los mismos trastornos de ansiedad que se observan en la edad adulta se producen también en la infancia o adolescencia. Básicamente, las características clínicas del trastorno de evitación parecen coincidir con las especificadas para la fobia social (o trastorno de ansiedad social), y las características del trastorno de hiperansiedad son equivalentes a las del trastorno de ansiedad generalizada. El equipo de expertos seleccionado por la APA para establecer, a través del DSM-IV, las categorías de trastorno específico (de

inicio) de la infancia o adolescencia estaba compuesto por cerca de cien profesionales; lo cual hace suponer que básicamente no parecen existir garantías para pensar que en los niños o adolescentes se presenten trastornos de ansiedad propios, no observables en las personas adultas. Esto es importante, pues hasta ahora existía la certeza de la existencia de diversas entidades clínicas basadas en la ansiedad característica de las edades tempranas del desarrollo y, en consecuencia, diferenciables sustancialmente de los cuadros de ansiedad que se presentan en el adulto.

El DSM-IV define 12 categorías de trastorno de ansiedad propiamente dichos (los doce primeros trastornos de la tabla 3); el primero (TAS), no obstante, es codificado en el grupo de trastornos específicos de la infancia y adolescencia. Los tres últimos trastornos señalados en la tabla no podrían considerarse en sentido estricto como trastorno de ansiedad, si bien en los tres pueden predominar los síntomas de ansiedad de forma importante.

En el siguiente apartado se describirán los principales Trastornos de Ansiedad según la clasificación Internacional de enfermedades versión 10.

1.5.2 Comorbilidad con otros trastornos de ansiedad.

La evidencia epidemiológica sugiere que cuando los trastornos de ansiedad están presentes en los jóvenes, a menudo ocurren conjuntamente con otros. Kashani y Orvaschel (1990) informaron que de 48 sujetos de 8, 12 y 17 años que cumplían los criterios de trastorno de ansiedad, el 36.4 % recibió dos o más diagnósticos de trastornos de ansiedad tanto en muestras clínicas (Last et al., 1987) como en muestras tomadas de la comunidad (Kashani & Orvaschel, 1988, 1990; McGee et al., (1990), se ha encontrado comorbilidad de trastorno de ansiedad específica con otros trastornos de ansiedad, particularmente fobia específica y trastorno de ansiedad de separación, en niños preadolescentes y adolescentes.

Es probable que estos estudios epidemiológicos hayan subestimado el grado en el que los niños presentan trastornos múltiples de ansiedad, puesto que ninguno de ellos evaluó sistemáticamente la presencia de dichos problemas. Por otra parte, los estudios clínicos pueden sobreestimar la proporción de casos con trastornos múltiples de ansiedad, ya que es menos probable que los chicos con trastornos simples de ansiedad busquen tratamiento comparados con aquellos que tienen trastornos múltiples. Las posibles

explicaciones de la frecuencia de trastornos múltiples de ansiedad que actúa como un factor de riesgo para otros, es que los diferentes trastornos tienen la misma etiología o síntomas superpuestos, por lo cual los sujetos cumplen con los criterios de diagnósticos múltiples (Kashani & Orvaschel, 1990).

Por otro lado los trastornos depresivos a menudo se presentan en los jóvenes con trastornos de ansiedad, con tasas informadas de comorbilidad a partir de estudios epidemiológicos que indican que más de un tercio de menores con estos trastornos también presentan trastornos depresivos (Kashani & Orvaschel, 1988; McGee et al., 1990). En un estudio longitudinal que hizo seguimiento a un grupo de 104 niños de entre 8 y 13 años que presentaban depresión mayor, Kovacs, Gatsonis, Paulaskas y Richards (1989) encontraron que el 41% presentaban un trastorno de ansiedad. El más frecuente era el trastorno de ansiedad por separación (32 casos). Los trastornos de ansiedad, por lo general, precedían al trastorno depresivo y persistían después de que la depresión había cedido. Last, Strauss y Francis (1987) (citado en Clark, 1994) estudiaron sujetos con edades entre los 5 y 18 años, encontraron que todos los sujetos con un diagnóstico básico de depresión mayor (n=11) recibieron un diagnóstico concurrente de trastorno de ansiedad que, por lo general, era fobia social (n=5) o TAE (n=5). Mitchel et al. (1988) (citado en Clark, 1944) encontraron que de 50 adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 17 años, diagnosticados con depresión mayor, el 86% tenía un diagnóstico de ansiedad concurrente. Los adolescentes con ansiedad y depresión comorbida, comparados con sujetos que mostraban solo depresión, informaron de más sentimientos de culpa, agitación, hipersomnia y síntomas de trastorno de alimentación. Otros estudios han encontrado síntomas similares en casos de depresión y ansiedad, comparados con los que solo tienen un síndrome (Bernstein, 1991; Brady & Kendall, 1992; Strauss, Last, Hersen y Kandin, 1988).

Se han planteado varias explicaciones para la comorbilidad entre ansiedad y depresión. El “modelo unitario” sugiere que la ansiedad y la depresión existen en un continuo, en el cual la ansiedad se encuentra en un extremo y la depresión en el otro, con variantes del mismo trastorno fundamental (Bernstein & Borchardt, 1991).

Brady y Kendall (1992) concluyen que, aunque hay una sobreposición considerable de síntomas, los síndromes de ansiedad y depresión son diferenciables el uno del otro y deberían considerarse entidades separadas.

Los trastornos de ansiedad no deben considerarse simplemente como una consecuencia de los trastornos depresivos, puesto que los trastornos de ansiedad, por lo general, preceden a la depresión (Kovacs et al., 1989). Sin embargo, la asociación frecuente entre estos síndromes indica una relación fundamental que no se ha explicado suficiente.

Como se puede observar a pesar de que existe mucha investigación respecto a este tema aún falta mucho para poder profundizar en el tema de los trastornos de ansiedad. Sin embargo al menos en este capítulo se han retomado los puntos más importantes y básicos para conocer sobre la ansiedad, esto a su vez permite dar pauta para darse una idea en qué consiste el trastorno de ansiedad generalizada, el cual es base de este trabajo. Es por eso que el siguiente capítulo describe detalladamente sus características clínicas.

Capítulo 2. Trastorno de Ansiedad Generalizada

La ansiedad generalizada se ha venido denominando históricamente con diversos términos, tales como ansiedad crónica o ansiedad flotante, para denotar que se trata de una forma de ansiedad no vinculada a situaciones, eventos u objetos específicos. Las manifestaciones clínicas de este tipo de ansiedad se englobaban bajo el concepto general de “neurosis de ansiedad”, categoría clínica que venía a incluir los cuadros que hoy se conoce como trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Aunque como ha ocurrido con otros trastornos de ansiedad, el TAG no es reconocido como entidad nosológica independiente hasta la publicación del DSM-III (APA, 1980), incluso en este texto constituye entidad común dentro del subgrupo de “estados de ansiedad”. De hecho, el TAG es todavía mal definido y mal caracterizado clínicamente en el DSM-III, donde aún se mantiene, aunque sólo sea de forma implícita, la idea de que se trata de una ansiedad indefinida, flotante y residual.

Aparte de la separación establecida por el propio Barlow (1988) entre la ansiedad generalizada y las restantes formas de ansiedad, basándose en el concepto de “aprensión ansiosa” y en la presencia o ausencia de “alarmas aprendidas” (Sandin, 1991). El diagnóstico del TAG mejora sustancialmente tras la publicación del DSM-III-R (APA, 1987), momento en el que de forma oficial se asigna el concepto preocupación ansiosa como características diagnóstica nuclear del TAG. Dicho en otros términos, solo gracias a los nuevos criterios que aporta esta edición del DSM. El TAG adquiere realmente la categoría de trastorno de ansiedad independiente con características propias. El diagnóstico del TAG es mejorado posteriormente tras la publicación del DSM-IV (APA, 1994), sobre todo al incluir la idea de que la preocupación patológica, propia de este trastorno, es de naturaleza “incontrolable”.

El concepto clínico del TAG es pues muy reciente, lo cual dificulta la interpretación de los resultados de la mayoría de los estudios psicopatológicos basados en diagnósticos antiguos de la ansiedad crónica, pues no parece probable que posean una correspondencia con los diagnósticos actuales del TAG.

El trastorno de ansiedad generalizada es pues una forma crónica de ansiedad, y se caracteriza por la presencia de niveles elevados de ansiedad y preocupación. La

preocupación no se refiere a temas específicos, sino que puede implicar a muchas actividades y circunstancias de la vida. La persona con TAG es incapaz de controlar sus constantes preocupaciones, a pesar de ser consciente de que son irrealistas. A estos pacientes les resulta muy difícil relajarse, y sus preocupaciones suelen ir acompañadas de ciertos tipos de reacciones somáticas de ansiedad, tales como tensión muscular, irritabilidad, fatiga, etc. Como se indica en la tabla 6, la característica central es la ansiedad y preocupación excesivas acerca de diferentes sucesos, ocurriendo esto en la mayor parte de los días durante al menos un periodo de 6 meses.

Los niños que presentan este trastorno informan de preocupación en una gran variedad de áreas, tales como acontecimientos futuros, desempeño, seguridad personal y evaluación social. No son raras las quejas somáticas tales como dolores de estomago y de cabeza. Estos niños, además, tienen una marca conciencia de sí mismos y frecuentemente buscan la aprobación de los demás. Son descritos como “perfeccionistas”, “ávidos por complacer a otros” y “excesivamente maduros” (March, 1995; Strauss, 1990).

2.1 Criterios DSM-IV y CIE-10 para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

En la última revisión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) publicada por la APA (2000), se sugiere que, para poder diagnosticar este trastorno, de cumplirse:

- a) Exista una ansiedad y preocupación excesiva, difícil de controlar ante una amplia gama de acontecimientos y actividades.
- b) Se experimenten síntomas como tensión muscular, dificultad de concentración, irritabilidad, inquietud o impaciencia, fatiga y alteraciones del sueño. En adultos, al menos deben presentarse tres de estos síntomas y, en niños, al menos uno.
- c) La duración de seis meses como mínimo.
- d) Constituya un problema para la persona o interfiera con su funcionamiento normal.
- e) Se excluyan otros trastornos, enfermedades o efectos de sustancias. En la figura 1 se detallan los criterios diagnósticos para el TAG según el DSM-IV-TR.

Figura 1. Criterios de diagnóstico del trastorno de Ansiedad Generalizada.

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).
- Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
1. Inquietud o impaciencia
 2. Fatigabilidad fácil
 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 4. Irritabilidad
 5. Tensión muscular
 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

En la última versión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10), publicada por la OMS (1992), se considera que, para poder diagnosticar este trastorno, los síntomas de ansiedad han de estar presentes la mayor parte de los días durante, al menos, varias semanas seguidas. Y, además, debe existir:

- a) Aprensión (preocupación por calamidades, sentirse “al límite”, dificultad de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotora, cefaleas, temblor, incapacidad para relajarse, etc.).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareo, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

Las pautas diagnósticas del OMS parecen acentuar las manifestaciones somáticas del trastorno, pero, a diferencia de las de la APA, no exigen un número fijo de síntomas ni una duración somática larga: con dos semanas podría ser suficiente para diagnosticar el TAG. Estas diferencias clasificatorias entrañan ventajas e inconvenientes para el diagnóstico (Rickels y Rynn, 2001). Por ejemplo, un requisito temporal mayor contribuye a reducir la

comorbilidad, pero también pudieran dejar de atenderse muchos casos clínicos. A continuación se repasarán de forma sintética, las manifestaciones del trastorno.

Tabla 4. Comparación entre criterios diagnósticos para el TAG según el DSM-IV-TR y la CIE-10.

Criterios	DSM-IV-TR	CIE-10
Característica central	Ansiedad y preocupación excesiva e incontrolable.	Ansiedad generalizada y persistente.
Número mínimo de síntomas físicos	Tres (de seis)	Ninguno*
Duración	Seis meses	Dos semanas
interferencia	Si	Si

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 si exigen la presencia de cuatro síntomas.

La principal característica del TAG quizá sea la queja de sentirse constantemente nervioso o preocupado, sin que ello este limitado a ninguna circunstancia particular. Por el contrario, son muchas las situaciones y actividades ante las que surge dicho sentimiento, incluso a la hora de acostarse o en ciertos momentos de inactividad. Por que la persona con TAG tiene una tendencia exagerada de anticipar problemas y a imaginar fácilmente sucesos indeseados o calamidades sobre asuntos muy variados, por muy improbables que dichos problemas y sucesos sean en realidad. En cualquier caso, y aunque muchos asuntos sin importancia puedan ser motivos de preocupación, lo que más ocupa el pensamiento de alguien con TAG sigue siendo la familia, las relaciones interpersonales, el trabajo o los estudios, el dinero y la salud, como a casi todo el mundo. Pero esas preocupaciones son más intensas y persistentes, y producen una especie de sobrecarga mental que acaba suponiendo un problema en sí mismo y afectando a la capacidad para concentrarse o rendir en otras actividades.

Junto a las subjetivas, en el TAG aparecen ciertas manifestaciones musculares y vegetativas. Para la CIE-10, ejemplo de las primeras son tensión, inquietud, agitación, cefaleas, o incluso temblores, que parecen estar relacionados con la dificultad de la persona para relajarse. Y ejemplos de las segundas son sequedad de boca, molestias epigástricas, taquicardia, sudoración, o inclusive vértigos y mareos. Pero, dada la enorme variabilidad en los síntomas experimentados por las personas con TAG, el CIE-10 se abstiene de exigir un número mínimo para realizar el diagnóstico.

Si lo hace, en cambio, el DSM-IV-TR, que propone seis síntomas, quizá los más específicos, como la obligación de cumplir al menos tres de ellos. Según investigaciones recientes, los más frecuentes son la tensión muscular y las alteraciones del sueño, que parecen relacionarse a su vez con el cansancio crónico y la irritabilidad, respectivamente. Rickels y Rynn (2001), afirman que la severidad y el número de manifestaciones físicas son el mejor predictor del TAG. En otras palabras, que cuantos más síntomas somáticos confluyan, más fácil resultará hacer el diagnóstico de este trastorno.

Respecto a la duración, el CIE-10 solo exige varias semanas con síntomas de ansiedad mientras que el DSM-IV-TR fija un mínimo de seis meses. Un criterio más determinante que la duración es la interferencia. Para poder realizar un diagnóstico de TAG, es necesario que los síntomas constituyan un problema para la persona, o al menos que interfieran con su actividad diaria, por ejemplo teniendo dificultades para realizar o terminar un trabajo, organizar o planear actividades, etc. En caso contrario no se podría decir, de manera estricta, que exista un trastorno. (Becker & Altamira, 2005).

Por último, también se debe hacer un diagnóstico diferencial para descartar otro tipo de trastornos, enfermedades o efectos de sustancias. Por ejemplo, el síntoma de la preocupación no debe estar circunscrito a ningún tema en particular, como ocurre en la fobia social, la anorexia y otros tantos trastornos. Y no se debe confundir el TAG con el trastorno adaptativo, el síndrome de fatiga crónica, o enfermedades como las alteraciones del tiroides, entre otras.

2.2 Síntomas y pensamientos

El análisis topográfico de la ansiedad permite distinguir tres tipos de respuestas:

a) Psicofisiológica. El denominador común es el notable incremento de la activación vegetativa, que se refleja principalmente en:

-Respuestas electrodérmicas: el aumento de actividades de las glándulas sudoríparas se manifiesta, sobre todo, en unas palmas de las manos sudorosas, húmedas o pegajosas, produciendo un incremento de la conductancia de la piel.

- Respuesta cardiovascular: el aumento de las contracciones cardíacas en frecuencia (taquicardia) e intensidad (palpitaciones) eleva la presión arterial y la tasa del pulso. Los cambios en el flujo sanguíneo varían la coloración de la piel (enrojecimiento o palidez) y la

temperatura (calor o fríos súbitos). Por ejemplo, la vasoconstricción periférica desplaza sangre desde las extremidades a los músculos principales, disminuyendo la temperatura periférica, que es percibida con manos y pies fríos.

-Otras respuestas: aumento del tono muscular, que puede producir movimientos espasmódicos y percibirse como entumecimiento o tensión de diversas zonas del cuerpo; incremento de la tasa respiratoria, que se percibe como sensaciones de ahogo, acompañadas, a veces, de suspiros, etc.

b) Motoras. El comportamiento motor infantil se dirige a impedir, posponer o interrumpir la interacción con los estímulos desencadenantes:

-Respuestas de evitación activa: el niño lleva a cabo una acción que previene la aparición de los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad.

-Respuestas de evitación pasiva: el niño deja de realizar una acción logrando que los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad no se presenten.

-Respuesta de escape: el niño se aleja del objeto temido cuando se encuentra de forma inesperada con él o por presión social.

-Respuesta motoras alteradas: si las condiciones fuerzan al niño a mantenerse en la situación temida, aparecen perturbaciones de la conducta motora verbal (voz, temblorosa, bloqueos, repeticiones, etc.) y no verbal (tics, temblores, muecas faciales, etc.).

c) Cognitiva. Pensamientos e imágenes mentales relacionadas con la situación fóbica:

-Percepción de estímulos amenazadores: el perro tiene un aspecto muy fiero, la oscuridad es peligrosa, etc.

-Evaluación negativa del repertorio conductual de afrontamiento: soy miedoso, no me atrevo, etc.

-Preocupación por las reacciones somáticas: ¿y si me desmayo?, ¿y si me mareo?, ¿y si vomito?, ¿y si me orino?, etc.

-Rumaciones de escape/ evitación: no pienso ir al dentista, en el recreo me marché a casa, etc.

-expectativas de daño: el gato me arañara, me va a doler la inyección, etc.

En el siguiente apartado se retomara más a fondo esto, ya que debido a que la terapia cognitivo conductual trabajar sobre los pensamientos irracionales es importante conocer más respecto a estos pensamientos para poder trabajar sobre ellos.

El análisis funcional revela que la ansiedad depende de dos clases de estímulos:

- a) Externos: Estimulación física: insectos, precipicios, agua, heridas, procedimientos médicos invasivos, trasportes públicos, túneles, puentes, etc., y situaciones sociales: hablar en público, iniciar o mantener conversaciones, asistir a fiestas, dirigirse a figuras con autoridad, concertar una cita con una persona del otro sexo, etc.
- b) Internos. El malestar generado por los cambios psicofisiológicos, la preocupación por la propia reactividad o por el desempeño personal, etc.

2.2.1 Preocupación en niños y adolescentes.

El TAG parece ser eminentemente un trastorno de tipo cognitivo, p. ej., centrado en el aspecto cognitivo de la ansiedad, donde la preocupación crónica patológica juega un papel esencial. Como han sugerido Borkovec, Shadick y Hopkins (1991), lo que distingue a las personas con TAG es la preocupación Patológica; pero esta, además de ser general (implica múltiples efectos de la vida) y de naturaleza crónica, es sobre todo, y fundamentalmente, de naturaleza incontrolable.

Consecuentemente, la preocupación se relaciona estrechamente con los procesos de miedo o ansiedad. En términos generales, la preocupación ha sido definida como un proceso anticipatorio que implica pensamientos repetitivos, indeseados e intrusivos, cuyo contenido se relaciona con posibles amenazas potenciales y sus implicaciones (Borkovec, Shadick & Hopkins, 1991); o también como la conciencia de posibles peligros futuros que son repetidamente analizados sin ser resueltos (Mathews, 1990).

La preocupación podría considerarse como una distorsión de los intentos normales adaptivos de anticipación y preparación. Raramente conduce a soluciones eficaces debido a que los intentos de solución de problemas son desbaratados por futuras anticipaciones o evitación cognitiva de los problemas. Es por esto que la preocupación podría calificarse primariamente como un intento de anticipar y evitar todos los posibles resultados negativos (Borkovec et al. 1991; Vasey & Daleiden, 1994). En este sentido, se ha hipotetizado que la preocupación estaría estrechamente relacionada con la ansiedad,

siendo así que la evidencia experimental sugiere que la preocupación podría funcionar como una respuesta cognitiva de evitación a la información amenazante (Borkovec, 1944). Este autor describe así el proceso de la preocupación crónica:

“Considérese la situación de los que se preocupan crónicamente. Estos frecuentemente temen que los malos sucesos van a ocurrir en el futuro. Su constante preocupación es desencadenada, frecuentemente fuera de su conciencia, por numerosas señales internas y advertencias externas sobre un proceso próximo. Pero la amenaza real existe solo en sus mentes, p ej., en pensamientos e imágenes acerca de lo que pueda deparar el futuro. No existe un lugar para correr, no hay un lugar para ocultarse, no hay nada para luchar. Consecuentemente, la actividad conceptual es uno de los pocos recursos restantes disponibles por ellos en sus esfuerzos por evitar la catástrofe predicha.”

El reciente ímpetu por el estudio de la preocupación y su vinculación con la ansiedad generalizada, que ya se contempla en la literatura científica, apenas ha trascendido a la infancia y adolescencia. Si bien los recientes avances sobre la preocupación en individuos adultos depende en gran medida de la adopción de una clara concepción de este constructo, desafortunadamente hasta hace poco gran parte de la investigación sobre preocupación en los niños ha estado obstaculizada por la falta de una clara conceptualización según las etapas del desarrollo (Vasey & Daleiden, 1994). Estos autores sugieren que la preocupación no es solo un fenómeno común en las personas adultas, sino que también parece ocurrir frecuentemente entre los niños y adolescentes.

Vasey y Daleiden (1994) postulan que el estudio de la preocupación en los niños necesariamente debe tener en cuenta los procesos de maduración cognitiva. En general, probablemente a medida que los niños desarrollan sus habilidades cognitivas poseen mayor capacidad para emplear la preocupación y, con ello, agravar la ansiedad generalizada. De este modo, paradójicamente es posible que la adquisición de habilidades cognitivas alcanzadas “pueda llevar a un incremento del riesgo hacia la preocupación”. Un aspecto fundamental en el proceso de preocupación es la capacidad de representar mentalmente el futuro. Aunque antes de los 7-8 años de edad no parece que los niños posean más que una vaga capacidad para considerar el futuro, la anticipación de una posible amenaza puede ser suficiente para que se produzca la

preocupación (un niño puede recordar un suceso amenazante y considerar su posible reaparición en el futuro).

Partiendo de esta asunción: Incluso los niños que apenas empiezan a caminar pueden ser capaces de preocuparse por sucesos tales como la separación de los cuidadores. La habilidad para anticipar resultados negativos es incluso más claramente observable durante el periodo preescolar (Vasey & Daleiden, 1994). No obstante, como muy bien asumen estos autores, aunque parece existir evidencia indicativa de que incluso los niños pequeños pueden anticipar las amenazas, estas consisten básicamente en imágenes visuales (más que en pensamientos), difiriendo por tanto de forma significativa de la representación de la información que pueden hacer a este respecto los niños mayores y los adultos. Es pues el desarrollo de las habilidades de razonamiento abstracto lo que probablemente incrementa dramáticamente la capacidad de los niños para preocuparse.

Por tanto, a pesar de que el estudio de las relaciones entre preocupación y ansiedad en niños y adolescentes ha constituido un campo prácticamente desconocido, parece bastante probable que la preocupación es un fenómeno común también durante estas edades, lo cual podrían explicar muchos de los fenómenos de ansiedad crónica que se observan en este tipo de población. Por otra parte, es posible también que a partir de este modelo evolutivo puedan evidenciarse diferencias significativas en función de las etapas evolutivas, en distintos aspectos tales como la frecuencia de preocupaciones y el contenido de estas. Es evidente, pues, que la investigación de la preocupación infantojuvenil constituye un área de estudio de enorme interés futuro. (Ros, 2004).

En el siguiente apartado se describirá las razones principales por las cuales se puede dar el TAG en los pacientes. A pesar de que se ha retomado anteriormente los factores etiológicos, es importante volverlos a retomar sobre todo para remarcar esta parte del origen de la Ansiedad Generalizada.

2.3. Etiología.

La etiología del TAG posiblemente es la menos conocida entre todos los trastornos de ansiedad, lo cual podría deberse, al menos en parte, a su tradicional etiquetación como trastorno residual y a su menor grado de especificidad. A continuación se presentan algunas propuestas teóricas respecto a la aparición y el mantenimiento del TAG. Como se

verá, los modelos biológicos han subrayado el papel de ciertas estructuras cerebrales y el desequilibrio de varios sistemas de neurotransmisión, mientras que los modelos psicológicos se han centrado en estudiar como la ansiedad acaba por generalizarse y convertirse en un problema.

2.3.1. Neurobiología del TAG.

En los últimos años, se empieza a conocer algo más cerca de las características neuroanatómicas, neurofisiológicas y neuroquímicas del TAG, aunque todavía son pocos los estudios realizados y no todos con suficiente rigor metodológico. De otra parte, el avance en el conocimiento psicofarmacológico está alterando la forma de concebir y tratar a este trastorno. En este apartado se revisarán algunas de estas cuestiones.

David Nutt (2001), del Departamento de Psicofarmacología de la Universidad de Bristol, sugiere una especial implicación en el TAG del córtex, el tálamo, los ganglios basales y la insula del lóbulo temporal, relacionando cada una de estas estructuras con un síntoma diferente.

a) El cortex y la preocupación.

Diversos estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) muestran que las personas con TAG, en comparación con personas control, exhiben una mayor activación cortical, al menos un mayor consumo de glucosa, a la hora de realizar una tarea (Nutt, 2001). En concreto, un simple problema matemático genera más activación eléctrica cerebral (menos onda alfa en el lóbulo parietal) en este tipo de personas, frente a un grupo control. De igual forma, en personas con TAG, pero a quienes se les pedía que se preocupasen durante 10 minutos, también aparece este aumento de la activación eléctrica cortical; en concreto, aumentan sus ondas beta, tanto en la región frontal como en la parietal.

Estos datos sugieren, por un lado, que el fenómeno cognitivo que se designa con el término de preocupación está asociado a una actividad del córtex. Y, por otro lado, que las personas con TAG parecen tener un bajo umbral de activación cortical ante una amplia gama de problemas, incluidos los que no son de carácter personal.

b) El tálamo y la hipervigilancia.

En comparación con personas sin el trastorno, las diagnosticadas de TAG también muestran una mayor activación del tálamo ante ciertas tareas, o al menos una mayor consumo de glucosa. Parece ser que el tálamo es una estructura clave para la transmisión de información a los hemisferios cerebrales y, según Nutt (2001), podría estar relacionado con la hipervigilancia presente en el TAG.

c) Los ganglios basales y la tensión motora.

De forma similar, se ha observado que, durante una tarea de vigilancia, las personas diagnosticadas de Trastorno de ansiedad generalizada también muestran una mayor activación de los ganglios basales, en comparación con personas control. Según Nutt (2001), estas estructuras podrían relacionarse con la tensión motora característica en el TAG.

Sin embargo hace unos años se creía, especialmente por parte de la psiquiatría biológica, que determinadas anomalías en los receptores cerebrales o en las enzimas intervenían en la aparición de los trastornos mentales. Pero, debido al escaso progreso obtenido a la hora de encontrar anomalías únicas, la investigación actual se está centrando en detectar factores de riesgos múltiples. En el TAG, hoy se piensa que puede existir una cierta vulnerabilidad genética heredada. Lo que no quiere decir que se herede el trastorno, sino el funcionamiento anómalo de un conjunto de genes sobre el que actúan después influencias diversas, de carácter ambiental, psicológico o social, y que resultan en un desequilibrio de los neurotransmisores necesarios para una correcta autorregulación.

Entre los neurotransmisores que parecen jugar un papel importante en el TAG se encuentran la serotonina, la noradrenalina y, en menor medida, el ácido gamma-aminobutírico (GABA), lo que ha suscitado un cambio de perspectiva en el tratamiento farmacológico del TAG, convirtiendo a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), y más recientemente también a los inhibidores duales de la recaptación tanto de la serotonina como de la noradrenalina (IRSN).

2.3.2. Modelos etiológicos del TAG

Se han señalado diferentes variables psicológicas en la génesis y el mantenimiento del TAG. Por ejemplo, los autores de orientación psicodinámica han enfatizado el papel de las

situaciones traumáticas o los procesos represivos; los de orientación conductista han subrayado la función del refuerzo negativo y otros principios en el aprendizaje de determinados comportamientos, y los de orientación cognitiva se han centrado en los sesgos presentes en el procesamiento de la información, así como en los distintos fallos en el proceso de solución de problemas y en la regulación emocional. De los modelos disponibles, en este apartado se expondrán algunos de mayor influencia en la investigación.

2.3.2.1. Modelo de Thomas D. Borkovec

Primera propuesta (1986)

El profesor de la Universidad Estatal de Pensilvania, Thomas D. Borkovec, empezó a ser conocido por sus aportaciones en el ámbito de los trastornos de ansiedad. Su interés por el TAG surgió a finales de los años sesenta, cuando, observando el papel de la preocupación en los trastornos de sueño, decidió, junto a su equipo, emprender una serie de investigaciones experimentales sobre el tema. Para ello, adoptando algunas pautas de la investigación en “neurosis experimental”, trato de inducir el fenómeno en el laboratorio con el objetivo de observar y medir sus efectos. Sus resultados lo llevaron a postular, junto a sus colaboradores, que:

1. La preocupación consiste en el intento de anticipar, mediante imágenes y pensamientos, posibles resultados negativos relacionados con las metas diarias personales.
2. Lo que se pretende con ello es evitar la frustración que conllevaría no obtener dichas metas.
3. La preocupación puede considerarse, en cierta forma, un hábito incontrolable, que es reforzado negativamente cada vez que no ocurren los resultados anticipados. El TAG es el resultado de dicho hábito.

En concreto, que la preocupación puede originarse por una frustración anticipada, la que conllevaría no alcanzar determinadas metas personales. De este modo, el fenómeno de la preocupación puede concebirse como un proceso de anticipación de sucesos o situaciones que amenazan las metas u objetivos personales. Y el tipo de preocupaciones que se experimente dependerá de si la persona tiene una orientación mas intrapersonal

(con una mayor necesidad de logro), o una orientación mas social (con una mayor necesidad de aprobación).

Segunda propuesta (1990)

Con nuevos datos, Borkovec y su equipo comienza a entender de forma diferente el fenómeno de la preocupación. En concreto, en una segunda propuesta, se postula que:

1. La preocupación no es más que el intento de inhibir las consecuencias emocionales que siguen a las imágenes de miedo.
2. El mantenimiento de la preocupación se explica porque dicha evitación impide el procesamiento adecuado de la estructura cognitivo-afectiva del miedo. El TAG se produciría por un fallo en la regulación emocional.

Este planteamiento empezó a generarse en la década de los noventa y recibe el nombre de teoría de la preocupación como evitación. Para llegar a esta nueva concepción. Borkovec y su equipo relacionan varios datos empíricos. Por un lado, que un episodio de preocupación inducida no parece aumentar significativamente la “actividad lingüística interna”, en comparación con el numero de “imágenes mentales” que se experimentan; de hecho, las personas diagnosticas de TAG, incluso cuando están relajadas, dicen tener un continuo monologo y pocas imágenes mentales concretas.

2.3.2.2. Modelo de David H. Barlow

Barlow (1988) propuso la participación de ciertos esquemas de pensamiento relacionados con el fallo o la incapacidad anticipada; una vez iniciada la preocupación, esta puede volverse patológica si deja de controlarse y comienza a interferir con el funcionamiento diario. En el caso del TAG lo que ocurre:

1. Se evocan ciertas proposiciones ansiosas a partir de una situación concreta.
2. Ello genera un estado de afecto negativo.
3. Este estado afectivo desplaza la atención hacia uno mismo.
4. La activación aumenta, y con ella la autoevaluación.
5. Se activa un esquema aprensivo de incapacidad futura.
6. Se activa la preocupación
7. Con la preocupación, puede producirse un fallo en el rendimiento.

Según este modelo, hay situaciones que evocan proposiciones ansiosas de la memoria, provocando una sensación de no poder controlar, o no poder predecir, dicha situación. Hay personas con una vulnerabilidad especial para ello, bien por su constitución biológica (vulnerabilidad biológica), bien por sus experiencias vitales previas con otros sucesos incontrolables (vulnerabilidad psicológica).

Cuando una persona alcanza dicho estado afectivo, también comienza a prepararse para la acción. Pero, debido a la activación fisiológica, que se experimenta, se genera un cambio de atención hacia uno mismo, que a su vez aumenta la activación. Cuando la persona es consciente de dicho estado, se activa un esquema aprensivo de incapacidad, y este genera un estrechamiento de la atención una "hipervigilancia" que desemboca en la preocupación (o cognición "caliente" incontrolable, como la denomina Barlow).

Según este modelo, la intensidad de la preocupación dependerá de varios factores; entre ellos: el contexto situacional, la presencia de proporciones alternativas, y también la cantidad de activación fisiológica subyacente. Una vez que la preocupación alcanza su máxima intensidad, es posible que se produzca una interferencia con el rendimiento, debido fundamentalmente a una falta de concentración. En ese caso se puede decir que la preocupación se ha convertido en disfuncional. En ocasiones, en vez de interferencia lo que se produce es una evitación de la situación.

2.3.2.3. Modelo de Frank Tallis y Michael Eysenck

Frank Tallis fue uno de los primeros doctores europeos que investigo los procesos involucrados en la preocupación normal y patológica. Junto a Michel Eysenck, propuso que la preocupación es el resultado de un proceso evaluativo. Y que no conseguir afrontar los recurrentes episodios de preocupación es lo que puede conducir al desarrollo del TAG (Tallis y Eysenck, 1994). Este modelo consta de tres etapas: una primera fase de evaluación, otra de activación de la preocupación y una última de afrontamiento.

a) Etapa de evaluación.

La percepción inicial de una amenaza se relaciona con la evaluación de cuatro condiciones: a) el coste personal que dicha amenaza puede suponer, b) la probabilidad de que realmente ocurra, c) lo inminente que pueda ser y d) la capacidad percibida para hacerle frente.

Así habrá una mayor percepción de amenaza cuando mayor sea el coste personal evaluado; esto es, el número de metas que están amenazadas, la importancia de las mismas, o su grado de disponibilidad una vez que ocurra lo que se teme. De forma parecida, también habrá una mayor percepción de amenaza cuando más probable, mas inminente o mas irresoluble se crea lo que se teme.

b) Etapa de activación de la preocupación.

Una vez activada la preocupación, ésta puede funcionar inicialmente como alarma, como señal o como preparación. Con otras palabras, que la preocupación podría contribuir inicialmente a que la persona identifique una amenaza y se prepare para hacerle frente. Si la persona no responde, entonces aparecerán imágenes y pensamientos, más o menos conscientes, que irán cambiando para lograr un nivel constante de novedad; no obstante, el número y la frecuencia de estas imágenes y pensamientos dependerán del grado de amenaza percibida.

c) Etapa de afrontamiento.

Tras la construcción de lo que los autores denominan “modelo cognitivo-catastrofista”, que implica esa sucesión de imágenes y pensamientos antes descrita, la mucha o poca habilidad que tenga la persona para resolver problemas, en general, influirá en que la preocupación se mantenga o no. Los autores se apoyan en dos estudios: en el primero, se observó que las personas que se consideraban preocupadas fueron peores solucionando problemas que el grupo control y, en el segundo, se observó que la frecuencia de la preocupación se asocia con el tiempo empleado en resolver los problemas diarios.

2.3.2.4. Modelo de Adrian Wells

Para Wells, la principal característica del TAG no es tanto la preocupación excesiva por numerosos asuntos cotidianos sino el temor que se experimenta por dicha preocupación excesiva y por sus consecuencias. Wells denomina “meta preocupación” a esta peculiaridad (Wells, 1995). Este autor distingue entre dos tipos de preocupación: el primero consiste en una evaluación negativa, continua y persistente de algún asunto

concreto, social o físico y el segundo, o “metapreocupación”, aparece cuando el objeto de la evaluación es la propia preocupación.

Antes de automatizarse debido a la práctica repetida, el inicio de una preocupación de tipo 1 viene determinado por la activación una serie de creencias que han podido desarrollarse en la interacción familiar y que consideran que preocuparse sirve para algo (para anticipar un peligro, para prepararse ante un suceso, para motivarse, etc.). Wells las denomina “creencias positivas”. Así, la preocupación pudiera ser un proceso estratégico que se utiliza con la intención de anticipar resultados negativos, ensayar conductas de afrontamiento o, incluso, controlar otro tipo de pensamientos, no deseados, ya que, preocupándose por algún asunto cotidiano, la persona se olvida momentáneamente de cuestiones importantes en las que no desea pensar. Pero el uso estratégico de la preocupación es problemático por que genera una sensación de vulnerabilidad y exagera la intrusión de pensamientos no deseados.

Las consecuencias que la persona atribuye al proceso de la preocupación no son únicamente positivas. Cuando las preocupaciones que se experimentan son excesivamente frecuentes, duraderas o intensas, se generan creencias que Wells califica como “negativas” estas creencias negativas, una vez establecidas, hacen que la persona se empiece a preocupar de su propia preocupación y que la evalúe como incontrolable y peligrosa (“no puedo dejar de preocuparme”, “como siga preocupándome me voy a volver loco”, etc.).

2.3.2.5. Modelo de Michel Dugas.

La principal característica de este trastorno es la reducida tolerancia a la incertidumbre. Además, otras características son la presencia de determinadas creencias erróneas sobre la utilidad de la preocupación, una defectuosa orientación de los problemas y un estilo cognitivo de evitación (Dugas, 2005).

Con la expresión intolerancia a la incertidumbre los autores entienden la “predisposición a reaccionar negativamente ante una situación incierta, independientemente de su probabilidad de ocurrencia y de sus consecuencias asociadas” (Ladouceur, Gosselin y Dugas, 2000). Esta variable podría actuar como precursora de la aparición de pensamientos del tipo “y si...”, gracias a los cuales se desencadena el proceso de la

preocupación. Según el modelo, la preocupación se perpetúa cuando existe una mala orientación de los problemas, es decir, si la persona evalúa el problema como una amenaza intolerable y no confía apenas en poder solucionarlo.

2.3.2.6. Modelo integrador.

En se procurara hacer un esfuerzo integrador de todos los modelos anteriores. De forma muy sencilla, se podría decir que el TAG es, básicamente, el resultado de la interacción entre una tendencia ansiosa previa y un sentimiento continuado de estrés que no logra regularse de forma satisfactoria.

a) Tendencia ansiosa.

A lo largo de su trayectoria vital, la persona va adquiriendo una cierta tendencia a reaccionar de forma ansiosa, en concreto, a preocuparse en exceso y a manifestar determinados síntomas físicos y comportamentales. En dicha adquisición pueden influir diversos factores, por ejemplo, una vulnerabilidad biológica, ciertos sucesos traumáticos o la propia influencia social (el estilo de crianza, el tipo de apego y los modelos de comportamiento que la persona tenga).

Precisando algo más la dimensión cognitiva, se podría decir que lo que quizá se adquiere son determinados esquemas y creencias que, al activarse, permiten inferir y predecir sucesos negativos. Dichos esquemas y creencias contendrían, por un lado, información acerca de lo potencialmente peligroso o problemático y, por otro lado, expectativas de actuación, basadas en inferencias anteriores y en el modo en el que se resolvieron. Ellos explicarían por qué las personas con TAG, frente a las sin el trastorno, tienen potencia su percepción de riesgo, definen los sucesos ambiguos como amenazantes, creen probable que ciertos sucesos negativos ocurran, y se ven menos capaces de afrontar los problemas. Dicho de una forma más simple, la tendencia a la preocupación implica una actitud negativa ante los problemas, por simples que sean, y un procesamiento sesgado de la información ante cualquier amenaza a las metas de la persona.

Para que se desarrolle el trastorno se necesita, además, un periodo prolongado de estrés, dominado por un sentimiento persistente de preocupación. Por otra parte, el inicio de un episodio de preocupación suele coincidir con determinados eventos imprevistos, por ejemplo, una mala noticia, una alteración corporal o psicológica inexplicada, o el retraso injustificado de alguien a quien se espera. Otras veces, la preocupación comienza a partir de un determinado problema que quiere solucionarse pero que no se sabe cómo, o de una indecisión ante dos o más alternativas. A veces, incluso aparece sin aparente relación con las circunstancias. Pero en definitiva, cualquier episodio de preocupación conlleva la anticipación de un suceso indeseable, o de sus consecuencias, en función de las metas y valores que la persona tenga. Y a veces, mediante dicha anticipación, la persona también consigue explicar, aunque sea de forma negativa, por qué ha ocurrido algo. Por ejemplo, al pensar “le ha podido pasar algo”, una madre preocupada por la tardanza de su hijo se está explicando el motivo de dicha tardanza, al tiempo que lo hace anticipando un suceso indeseable.

En ese sentido, lo que define a la preocupación es un proceso de inferencia que sirve a un propósito general de anticipar y explicar la ocurrencia de ciertos sucesos y eventos negativos. Pero la cuestión es: ¿Cómo se realiza ese proceso de inferencia? Una posibilidad podría consistir en la activación y selección de ciertos esquemas, ya que se ha postulado muchas veces que, cuando una persona recibe o procesa información, quizá lo hace seleccionado esquemas representativos que están accesibles a la memoria operativa. Dichos esquemas contendrían información acerca de lo potencialmente peligrosos o problemático.

Por otro lado, a más recursos atencionales disponibles, mas posibilidad de explicar imprevistos y de anticipar sucesos indeseados, lo que justificaría la elevada frecuencia de preocupaciones justo a la hora de acostarse. Una vez detectada la inferencia, puede comenzar un proceso de elaboración en el que se representa el suceso negativo, las consecuencias, las acciones que se llevaran a cabo, las emociones que se experimentarán, o todo ello a la vez. Según el tipo de presentación, se producen resultados emocionales distintos.

Pero, para que el proceso termine, se necesitarían una estimulación alternativa, suficientemente relevante o, al menos, que requiera la participación del ejecutivo central;

no serviría cualquier tipo de distracción. Si el periodo de estrés se prolonga, hacen falta recursos de control adicionales.

Dependiendo tanto del objeto de preocupación, como de sus estrategias meta cognitivas, la persona puede estar más centrada en el objeto de preocupación, buscando información que pueda confirmar o desconfirmar sus temores, o más centrada en ella misma y en su perturbación. Si intenta controlarse evitando pensar o suprimiendo lo que está pensando, se puede producir un efecto rebote. Y, si fallan los intentos de control, la persona puede empezar a preocuparse por su propia preocupación, lo que constituye uno de los mejores predictores del TAG.

2.4 Epidemiología.

El TAG es un trastorno bastante frecuente. Los estudios basados en muestras comunitarias (p. ej., población no clínica) sugieren una tasa de prevalencia de este trastorno del 3%, para la prevalencia anual, y del 5% para la prevalencia vital. Así mismo, la prevalencia de diagnóstico TAG en clínica de trastornos de ansiedad se ha calculado en el 12% (APA, 1994).

En los niños y adolescentes, los datos principales han sido obtenidos para el Trastorno de hiperansiedad, y en términos generales se apartan muy poco de las tasas de prevalencia del TAG obtenidas con población general. Así, los estudios comunitarios con niños y adolescentes sugieren unas tasas de prevalencia del TAG que oscilan entre el 2 y el 4%. En muestras clínicas, p. ej., entre la población de jóvenes que son diagnosticados en centros clínicos de ansiedad, entre el 8 y el 14% poseen un trastorno primario de TAG, y entre el 23 y el 29% poseen un trastorno de ansiedad primario o no primario (Eisen & Engler, 1995; Silverman & Ginsburg, 1995).

Respecto a la edad de comienzo, diversos estudios clásicos han constatado que el inicio de la ansiedad crónica puede darse en cualquier edad, si bien la máxima incidencia de nuevos casos parece darse entre los 20 y los 30 años para TAG, y en entre los 12 y los 18 años para el THA (Sandín & Chorot, 1995 b). Parece probable, sin embargo, que el comienzo del TAG puede darse en bastantes casos a edades muy tempranas, ya que la preocupación es un fenómeno común incluso en los niños jóvenes (Vasey & Daleiden, 1994). En este sentido, se ha sugerido que muchos individuos con TAG refieren haber

sido ansiosos y nerviosos durante toda la vida (APA, 1994). Se precisan, no obstante, nuevas investigaciones desarrolladas con muestras de niños y adolescentes para poder especificar con mayor precisión las edades más típicas de comienzo del TAG.

El curso del TAG, como su propio nombre indica, es de naturaleza crónica, pudiendo agravarse sus manifestaciones debido a la presencia de estrés. No se conocen estudios rigurosos que hayan investigado el curso del TAG en población infantojuvenil. El estudio del curso del THA no ha experimentado mejor suerte: de la revisión de Strauss (1994) se desprende que sólo dos investigaciones se han dirigido a analizar esta cuestión, de los cuales parece derivarse que:

Los niños mayores o los adolescentes hiperansiosos demuestran mas sintomatología grave que los niños jóvenes, incluyendo un mayor número de síntomas de hiperansiedad, mayores niveles de rasgo, estado de ansiedad, y mayores tasas de depresión. Los resultados sugieren que el trastorno de hiperansiedad puede persistir a través del tiempo o puede asociarse al desarrollo de otras formas de psicopatología. En general, aproximadamente el 50% de los niños ansiosos continúa mostrando dificultades durante el periodo de 10 a 14 años de edad.

La mayor parte de los estudios sobre el TAG denotan una mayor tendencia hacia la ansiedad crónica en las niñas que en los niños, lo cual parece consistente con las diferentes tasas observas en función del sexo en los estudios efectuados con personas adultas (APA, 1994; Sandin & Chorot, 1995).

2.5. Comorbilidad

En el TAG es común la existencia de tensión muscular. Asociado a la tensión pueden darse otros síntomas como el temblor, la inquietud o los dolores musculares. Muchos individuos con TAG también experimentan síntomas somáticos (p. ej., manos frías y húmedas, nauseas o diarrea, poliuria, etc.) y depresivos, como ya se menciona anteriormente. Además, el TAG frecuentemente se da junto a otros trastornos de ansiedad, depresión, abuso de sustancias (alcohol, ansiolíticos, sedantes, etc.) El estrés, el síndrome de intestino irritable o la jaqueca, también acompaña con frecuencia al TAG (APA, 1994).

También en poblaciones de niños y adolescentes, el trastorno de ansiedad crónica es frecuente que ocurra junto a otros trastornos de ansiedad y depresivos (los niños mayores y adolescentes con TAG parece que tienen a exhibir mayores tasas de trastornos depresivos comorbidos que los niños jóvenes; Strauss, 1994). Entre todos los trastornos de ansiedad, los niños con trastornos de hiperansiedad (THA) poseen las tasas más elevadas de trastornos de ansiedad adicionales (comorbidos) (Perrin & Last, 1995). Al igual que ocurre en los adultos (con el TAG), los estudios efectuados con niños y adolescentes sugiere que junto a este trastorno es muy frecuente que ocurran otros trastornos como la fobia social, la fobia simple, el trastorno de ansiedad de separación y el trastorno de pánico (las tasas de comorbilidad para cada uno de estos trastornos suelen variar en función de los diferentes estudios, situándose generalmente entre el 20 y el 40%, y siendo las tasas elevadas para la fobia social). Así por ejemplo, en el estudio de Last et al (1992) cerca del 96% de niños TAG habían poseído también algún otro trastorno de ansiedad comorbido durante algún momento de sus vidas, de los cuales el 57% correspondía a la fobia social, el 43% a las fobias específicas, el 37 al trastorno de evitación (antiguo trastorno de la infancia y adolescencia), y el 9% al trastorno de ansiedad de separación. El TAG también parece darse junto a trastornos de conducta, particularmente junto al déficit de atención con hiperactividad (Perrin & Last, 1995; Strauss, 1994).

2.6. Evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Actualmente se cuenta con diversos instrumentos que identifican la presencia del trastorno y algunas medidas que especifican sus subtipos. No obstante, cabe mencionar que muchos de los instrumentos utilizados en este campo también hacen parte de la evaluación de otros trastornos de ansiedad y su empleo depende del objetivo que se tenga: diagnóstico, seguimiento, clasificación, etc.

La evaluación en este tipo de trastornos debe ser muy cuidadosa e involucran diversas estrategias, teniendo en cuenta los diferentes ambientes, las posibles personas que puedan brindar información sobre el niño y la comorbilidad con otros trastornos que pueden presentarse, priorizando sobre cuál de ellos puede ser la base y el agente de mantenimiento de la problemática. Se requiere todo esto porque la meta definitiva esta en

identificar el tipo de ayuda que los niños y adolescentes necesitan y así, de este modo, programar adecuadamente el plan de tratamiento.

La evaluación por medio de instrumentos psicológicos. Esta forma es la más utilizada en el diagnóstico de los trastornos de ansiedad. Los estudios psicométricos sobre estos instrumentos han informado de una adecuada validez y fiabilidad, aunque no hay conclusiones específicas, ya que aquellos varían apreciablemente en su forma y contenido y en el paradigma de análisis empleado (Silverman, 1991). En teoría, estas medidas pueden ser clasificadas dentro de dos categorías: de estado versus rasgo y dimensión global vs dimensión específica. En la tabla 6 se presenta una tabla resumen de dichos instrumentos.

Cuando se necesita obtener información más detallada sobre los patrones comportamentales de la ansiedad en el niño o adolescentes; lo ideal sería observarlos en su contexto natural, como en la casa o en el colegio, pero esto generalmente es muy costoso. Por ello se utiliza la observación análoga, es decir se diseña una situación que genera ansiedad o miedo en el niño o el joven, la cual debe corresponder lo mejor posible a la situación real y brindar la oportunidad para observar cómo se comporta aquel.

Específicamente, este tipo de evaluación se ha aplicado al TAG utilizando situaciones que involucran evaluación social (una tarea donde se requiera hablar frente a un pequeño grupo de personas –dos o tres- durante cinco minutos) o evaluación académica (Silverman & Kurtines, 1996).

Como se ha podido ver el Trastorno de Ansiedad Generalizada, es un trastorno de gran importancia ya que actualmente muchos pequeños sufren este padecimiento. Se describan las técnicas principales para poder combatir con los problemas, emocionales, sociales y conductuales que el TAG acarrea en los pacientes.

Tabla 5. Instrumentos de evaluación para pacientes con ansiedad.

Instrumentos	Nombre	Descripción
<p>Entrevista semiestructurada Se emplean con el fin de obtener mayor flexibilidad durante el momento de la entrevista, aunque no hay suficientes estudios que respalden psicométricamente su uso.</p>	<p>Entrevista para trastornos de ansiedad en niños (ADIS-C; Silverman & Nells, 1988)</p>	<p>Involucra un componente para niños y otro para padre. Se basa en los criterios del DSM-III-R. Cada entrevista requiere de 1 a 1.5 horas para su administración. Los ítems se dirigen a las señales cognitivas y situacionales para la ansiedad, intensidad de la ansiedad, grado de evitación y acontecimientos precipitantes. La entrevista para padres se dirige a la historia y efectos sobre el niño a la sintomatología en detalle. Silverman y Eisen (1992) encontraron una fiabilidad para la categoría específica Kappa igual a 0.64.</p>
	<p>“Formato de evaluación de la ansiedad infantil” (CAEF; Hoehn-Saric, Maisami & Wiegrand, 1987)</p>	<p>Fue desarrollado para evaluar la ansiedad en niños no psicóticos de inteligencia normal. Explora tres áreas: evaluación subjetiva del paciente por entrevistas semiestructuradas, observaciones e intervención y la historia de ansiedad que ha tenido. Su ventaja es diferenciar si el consultante presenta trastornos de ansiedad y no otros. Sus propiedades psicométricas están poco documentadas.</p>
<p>Entrevistas estructuradas Es uno de los métodos más utilizados por investigadores y terapeutas para obtener información. Sin embargo, pueden variar en algunas formas importantes, como el grado de estructuración de la entrevista, el diagnóstico que cubre, su organización y la adecuación a la edad correspondientes.</p>	<p>Entrevista diagnóstica para niños (DISC; Costello et al., 1984).</p>	<p>Fue desarrollada específicamente para ser utilizada en estudios epidemiológicos. Ha tenido una buena estandarización; sin embargo, el grado de acuerdo entre el DISC y el diagnóstico clínico es bajo para los trastornos de ansiedad (K=0.007)</p>

Tabla 5. Instrumentos de evaluación para pacientes con ansiedad. (Cont.)

Instrumentos	Nombre	Descripción
<p>Medidas de autoinforme. Brindar la posibilidad de conocer la experiencia interna del sujeto. Su mayor limitación es la veracidad del informe y la influencia de variables socioculturales y cognitivas de quien responde.</p>	<p>“Escala revisada de ansiedad manifiesta en niños” (CR-MAS; Reynolds & Richmond, 1978, 1985)</p>	<p>Es uno de los instrumentos más utilizados. Obtiene una medición del nivel y naturaleza de la ansiedad total y tres factores para niños de edades entre los 6 a 19 años: ansiedad fisiológica, preocupación; hipersensibilidad, preocupación social; y miedo/concentración. Igualmente, presenta una puntuación de la escala de mentira (37 ítems).</p>
	<p>“Inventario de ansiedad estado-rasgo para niños” (STAIC; Spielberg, 1973).</p>	<p>Dos escalas: A) Escala de rasgos: diseñada para medir ansiedad crónica a través de situaciones; B) Escala de estado: diseñada para medir estado y ansiedad transitoria (20 ítems c/u). Proporciona mayor fiabilidad para la ansiedad de rasgo.</p>
	<p>“Escala revisada de ansiedad social para niños” (SASC-R; La Greca & Stone, 1993)</p>	<p>Obtiene una puntuación total y tres factores: miedo a la evaluación negativa, evitación y ansiedad social en situaciones nuevas, y evitación y malestar social general (22 ítems)</p>
	<p>“Test de ansiedad para niños” (TASC; Sarason et al., 1958)</p>	<p>Diseñada para medir ansiedad en niños ante presentación de exámenes (30 ítems).</p>
	<p>“Índice de ansiedad y sensibilidad para niños (CASI; Silverman et al., 1991)</p>	<p>Diseñada para medir el grado de aversión de los síntomas ansiosos por parte del niño (18 ítems).</p>
	<p>“Escala de ansiedad multidimensional para niños” (MASC; March et al., 1994)</p>	<p>Se propone evaluar la ansiedad basándose en una conceptualización multidimensional de esta. Se compone de cuatro factores enlazados con seis subfactores que incluyen ansiedad física, evitación del daño físico, ansiedad social y ansiedad por separación (45 ítems).</p>
	<p>“Inventario revisado de miedos para niños” (FSSC-R; Ollendick, 1983)</p>	<p>Obtiene una puntuación de miedo total y cinco factores: miedo al fracaso y a la crítica, miedo a los desconocidos, miedo a las heridas y animales pequeños, miedo al peligro y muerte, miedos médicos (80 ítems).</p>

2.7. Tratamientos para el Trastorno de Ansiedad Generalidad

En niños preescolares se ha demostrado que el vínculo inseguro entre los padres y el niño puede ser un factor importante en el desarrollo de síntomas de ansiedad en bebés y en niños en edad preescolar, el tratamiento centrado en mejorar la interacción entre padres e hijo es decisivo.

También ha demostrado que el ayudar a los adultos ansiosos a resolver las pérdidas y las experiencias traumáticas del pasado mejora la relación padres-hijo. Trabajar con los padres o con la díada padres-hijo es una medida preventiva para la ansiedad y los trastornos de ansiedad más adecuada que tratar individualmente a los niños en edad preescolar. Asimismo, prestar atención a los factores temperamentales es también una medida preventiva.

El abordaje terapéutico puede realizarse a través de diversos medios o combinándolos siendo la aproximación multimodal el tratamiento de elección. Dada la naturaleza de la ansiedad y sus relaciones con la adaptación a la vida, el tratamiento debe buscar como objetivo nuclear la ansiólisis, paso esencial para poder abordar otros objetivos más complejos, como la modificación de conductas disruptivas, la reestructuración de la personalidad o la promoción de hábitos de vida más higiénicos y saludables.

Así pues, “el primer paso para un correcto abordaje de la ansiedad es una valoración de su intensidad, de sus características diagnósticas, de su grado de interferencia y de la personalidad del individuo que la padece”, (Martín & Rocañi, 1999). Téngase en cuenta como ya se ha comentado, que la mayor parte de las veces la ansiedad es un sentimiento humano habitual, perfectamente comprensible y lógico y que no requiere tratamiento; ahora bien, si la persona afectada no la soporta, si afecta significativamente a su vida o si le hace comportarse de forma anómala, es preciso tratar el problema.

Pues bien para Nezu, Lombardo y cols. (2006), manteniendo estos principios básicos claros y presentes, los objetivos generales del tratamiento deben perseguir:

- Recuperar el nivel habitual de funcionamiento adaptativo.
- Mejorar la autoimagen y las relaciones.

- Favorecer la utilización correcta de los mecanismos de adaptación o de defensa propios del individuo, desbloquear aquellos que no use por estar interferidos y aprender otros nuevos más adaptativos o útiles.
- Posibilitar que el sujeto se enfrente a las fuentes de Ansiedad, conflicto o estrés con seguridad y dominio.
- Limitar o anular la sintomatología de ansiedad incapacitante, tanto la psíquica como la somática, aclarando especialmente el origen y las características de esta última. Es evidente, que la mera administración de ansiolíticos es tan inapropiada como limitarse a dar buenos consejos y palmaditas en la espalda, ya que con ello no se mejoran ni se sustituyen las defensas y mecanismos de adaptación de la persona ni tampoco se resuelven las fuentes de estrés y los conflictos del paciente, (Ros, 2004). Así pues, para lograr los objetivos anteriores se precisa de la utilización de todos los recursos disponibles, que son esencialmente de tres tipos: psicoterapias, psicofármacos y otras medidas de abordaje de las causas concretas de la ansiedad.

2.7.1. Farmacoterapia

Los ansiolíticos son un tipo de fármacos que reducen los síntomas de ansiedad rápidamente, lo cual resulta muy útil en el tratamiento del ataque de pánico, o las obsesiones. Ahora bien, con ellos no se aprende a controlar la ansiedad, por lo que, si se utilizan solos, no suelen curar el trastorno. Son útiles en caso de reacciones intensas, no controlables, pero hay que sustituirlos, poco a poco, por el autocontrol; de lo contrario, suelen degenerar en una adicción a este tipo de fármacos. Con mucha frecuencia, se encuentran personas que llevan muchos años tomando ansiolíticos (siete años, diez años, por ejemplo), sin que hayan resuelto su problema de ansiedad y sin que puedan dejar de consumir estos fármacos.

El tratamiento farmacológico debe estar prescrito y revisado (cada mes, o dos meses) por un especialista en farmacología, por ejemplo, un psiquiatra. Debe evitarse la automedicación, o la auto-experimentación, o el abandono del fármaco por decisión propia, tampoco debe tomarse el fármaco en función del estado de ánimo, o decidir las cantidades a tomar según se encuentren los pacientes, etc. Este tratamiento farmacológico debe estar siempre acompañado por un tratamiento de tipo psicológico, el cual es conocido como Tratamiento Combinado; que debe incluir las técnicas de entrenamiento en control de ansiedad, (las cuales se mencionaran más adelante).

Los ansiolíticos deben considerarse parte de un plan múltiple de tratamiento. Los fármacos deben tenerse muy en cuenta en niños mayores, en adolescentes y en aquellos con sintomatología grave. La comorbilidad diagnóstica y el perfil de efectos secundarios son factores importantes a considerar al seleccionar el tipo de ansiolítico. Actualmente, las medicaciones seleccionadas para tratar los síntomas de la ansiedad incluyen los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos (TCA).

Las benzodiacepinas (BZD) es un grupo numeroso de fármacos con propiedades similares, especialmente de tipo ansiolítico, y cuya estructura química constituye un anillo bencénico unido a un anillo diacepínico de siete lados. Como es sabido, las BZD empezaron a ser populares en la década de los sesentas en detrimento de otros fármacos por entonces habituales en el tratamiento de la ansiedad, como los barbitúricos (por ejemplo, el hidrato de coral) y el meprobamato pero que acarreaban demasiados efectos secundarios.

Las BZD producen una acción sedante, pero solo si la dosis es alta; a dosis bajas tienen una acción depresora del sistema nervioso central, incrementan la segunda fase del sueño y suprimen el periodo REM. Se cree que su mecanismo de acción consiste en potenciar la acción de los neurotransmisores centrales inhibidores, particularmente la del ácido gamma-amino butírico (GABA); en concreto, lo que parece potenciarse es la capacidad de este neurotransmisor para aumentar la conductancia del cloro.

Durante años, se han utilizado profusamente las BZD en el tratamiento del TAG y, en particular, el diazepam, el clonacepam, y el alprazolán (este último se ha empleado también en niños). Sin embargo, algunos estudios controlados constatan que la eficacia de estos fármacos ni siquiera es superior a la del placebo (Simeon, 1992), lo cual, unido a su riesgo de dependencia, sobre todo si el tratamiento es largo, explicaría por qué las BZD ya no se consideran la primera elección terapéutica frente al TAG. Pero ello no quiere decir que estos fármacos no sean útiles a corto plazo, en especial cuando lo que se pretende es estabilizar los síntomas y prevenir posibles crisis repentinas.

En cambio la bupiriona es un fármaco de la familia de las azaspirodecanodionas y su acción principal es ansiolítica aunque no se relaciona químicamente con las BZD. A diferencia de estas, no presenta efectos sedantes ni miorreajantes, no produce dependencia, no altera las funciones cognitivas y no interactúa con el alcohol. Tampoco provoca interacciones farmacocinéticas significativas. Ello la hace especialmente indicada en ancianos y en personas con antecedentes de abuso de drogas. Pero tiene la desventaja, no obstante de que su acción es retardada, solo aparece entre las dos y tres semanas de tratamiento y alcanza su máximo efecto al cabo de cuatro o seis semanas. Además, su biodisponibilidad es únicamente del 4% dada su metabolización en el hígado, con una vida media entre dos y 11 horas. También puede producir cefaleas, náuseas o vértigo.

La bupiriona es una agonista parcial de la serotonina (5-hidroxitriptamina o 5-HT), por lo que su efecto ansiolítico posiblemente se deba a su capacidad para fijarse en los receptores 5-HT. En cuanto a su uso en el tratamiento del TAG, se han publicado algunos casos tratados con éxito, empleando una dosis de 20mg/día (por ejemplo, Kranzler, 1988). Aunque es necesaria mucha más investigación, esta sustancia parece especialmente indicada cuando hay depresión concurrente.

Pero, si hay alguna sustancia aprobada específicamente para el tratamiento del TAG, esa es la venlafaxina, un fármaco que inhibe de forma selectiva tanto la recepción de serotonina como la de la noradrenalina. Dado que está indicada igualmente frente a la depresión, la investigación con esta sustancia está obligando a desestimar, por simplista, la tradicional clasificación de los fármacos como ansiolíticos o como antidepresivos. De hecho algunos, estudios ya han señalaban hace años que los denominados antidepresivos tricíclicos pueden ser eficaces frente al TAG en tanto que también inhiben, aunque no lo hacen de forma selectiva, tanto la recaptación de la noradrenalina como la de la serotonina. Pero su inicio lento y sus numerosos efectos secundarios frenaron esa línea de investigación. Sus sucesores en popularidad durante los años noventa, los denominados inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS), también empezaron a aplicarse en casos diagnósticos de TAG, especialmente la fluoxetina y la sertralina (Rynn, Siqueland y Rickels, 2001). Pero la venlafaxina, además de ser específica (Silverstone y Salinas, 2001), se suele comercializar en una fórmula de liberación prolongada que permite una sola dosis diaria y genera, por tanto, menos

efectos secundarios (por ejemplo, menos nauseas). De forma similar, en la actualidad se investiga con otros inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y de la noradrenalina (IRSN), como la mirtazapina y la nefazodona.

Tabla 6. Principales fármacos utilizados en el tratamiento del TAG.

Fármaco	Tipo	Otros fármacos de la misma clase	Posibles efectos secundarios.
Venlafaxina	Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (IRSN)	Mirtazapina Nefadozona	Nauseas
Fluoxetina Sertralina	Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)	Fluvoxamina Paroxetina	Nauseas Cefaleas Vómitos Ansiedad
Buspirona	Azaspirodecanodionas	Gepirona Ipsapirona	Nauseas Cefaleas Vómitos
Alprazolam Clonazepam diazepam	benzodiacepinas	Clorazepato Clordiazepóxido Flurazepam Halazepam Lorazepam Midazolam oxazepam prazepam, etc.	Sedación Alteración cognitiva dependencia

2.7.2. Psicoterapias

Se entienden por tales todas las actuaciones médico-psicológicas dirigidas a un fin específico y no cualquier intervención en la que se maneje variables psicológicas o personales. Por ejemplo, el hecho de que un médico reciba a un enfermo y le tranquilice acerca de la sospecha de parecer algo grave no es una psicoterapia, aunque pueda tener efectos claramente ansiolíticos, y en este sentido pueda considerarse como una actitud psicoterapéutica correcta de disposición, clarificación, apoyo, etc. Por lo tanto la psicoterapia de acuerdo a Nieto (2004); es un campo de acción dentro de la psicología

que aborda solo el comportamiento en sus manifestaciones físicas y mentales, instintivas e intencionales, individuales y sociales, bien sean estas normales o anormales, aplicando en cada caso tecnologías específicas de intervención terapéutica.

Las primeras investigaciones sobre el éxito de las psicoterapias realizadas con anterioridad a 1952, hasta entonces de corte psicoanalítico, fueron revisadas en conjunto por Eysenck (1952/1980, 1992) en su famoso artículo "The effects of psychotherapy: an evaluation". En esta revisión, el psicoanálisis (inicialmente desarrollado por Freud y posteriormente por otras escuelas) no salió bien parado. En términos globales, su efectividad no superaba el 44.5%, y resultaba menos eficaz que el "no tratamiento". Era más probable que la gente mejorara sin ayuda que con la ayuda del tratamiento psicoanalítico (Eysenck, 1980).

En un libro de compilación, Eysenck y Wilson (1980) reunieron un total de 21 estudios en los que se ponían a prueba los aspectos troncales del edificio teórico del psicoanálisis, utilizando una metodología experimental. Se estudiaban los componentes centrales de la teoría freudiana, como el desarrollo psicosexual, los Complejos de Edipo y de castración, la represión, el humor y el simbolismo, la psicósomática y las neurosis, las psicosis y la psicoterapia (Eysenck & Wilson, 1980). "Los resultados obtenidos a través de pruebas correctamente diseñadas como éstas y el balance final de la evidencia contra la teoría fueron desconsoladores para los psicoanalistas" (Eysenck, 1952).

Parece que en los trastornos de angustia participa un conflicto inconsciente e importante por separaciones durante la infancia, que permite que resurjan los síntomas de ansiedad en la vida adulta cada vez que se imagina o se siente próxima una separación. Además, se ha demostrado que el trastorno de personalidad simultáneo es el principal factor predictivo de un ajuste social inadecuado mantenido en los pacientes tratados por un trastorno de angustia, lo que indica que la psicoterapia psicodinámica puede ser un tratamiento complementario importante al menos en algunos casos de trastorno de angustia. Los clínicos de orientación psicodinámica coinciden en que no parece que los factores psicológicos sean prominentes en muchos pacientes con trastorno de angustia y destacan la importancia de realizar una valoración psicodinámica para determinar si un sujeto concreto se podría beneficiar del tratamiento de este tipo, además ha destacado que en los pacientes con una enfermedad de componente predominantemente biológico,

la insistencia en la comprensión dinámica y la determinación de la responsabilidad de los síntomas puede no sólo resultar inútil, sino incluso perjudicial a largo plazo al contribuir a reducir la autoestima y reforzar las defensas masoquistas. Sin embargo, también está claro que se han publicado casos de pacientes que fueron tratados con éxito de su angustia mediante terapia Psicodinámica o Psicoanálisis.

La psicoterapia psicodinámica es un derivado del psicoanálisis infantil. Algunas de las diferencias incluyen citas menos frecuentes, mayor participación de los padres en el tratamiento, y una utilización más explícita de apoyo activo, guías prácticas e intervenciones ambientales. Este enfoque está centrado en los miedos y ansiedades subyacentes. Los temas claves del tratamiento de niños con un trastorno de ansiedad incluyen la resolución de algunos aspectos de la separación, independencia y la autoestima.

Sin embargo durante las primeras décadas (años 50 y 60) se desarrollaron las técnicas conductuales o de modificación de conducta. Más recientemente, este conjunto de procedimientos terapéuticos se han enriquecido con el desarrollo de las técnicas cognitivas. Hoy en día a este conjunto de tratamientos se les conoce como técnicas cognitivo-conductuales. Por lo general, el tratamiento de los problemas más comunes (trastornos de ansiedad, depresión) mediante estas técnicas produce mejores resultados que el tratamiento farmacológico (Cabello, 2002).

En los Trastornos de ansiedad “Barlow (1992), Clark y Salkovskis (1991) y Magraf, Barlow, Clark y Telch (1993) concluyeron que del 81% al 90% de los pacientes con trastornos de pánico que recibieron tratamiento cognitivo-conductual se veían libres de síntomas en el seguimiento entre uno y dos años, frente al 50%, 55% para los pacientes con ansiedad tratados farmacológicamente, y el 25% que mejoraban recibiendo terapia de apoyo. Resultados semejantes aparecen en el tratamiento de pacientes con ansiedad generalizada y fobias sociales (Hollon & Beck, 1993). Hay un alto índice de éxito del 80%, en pacientes con ansiedad, que estaban libres de síntomas después de 1-2 años, a menudo acompañado de una mejora importante en otras dimensiones.” (Meichenbaum, 1997).

Las técnicas cognitivo conductual integran un abordaje conductual y las técnicas cognitivas se centran en la reestructuración de los pensamientos ansiosos de una manera más positiva que darán como resultado conductas más asertivas y adaptativas.

En el trastorno de ansiedad por separación, el objetivo del tratamiento es facilitar la separación sin que el niño presente síntomas de ansiedad. Los estudios han mostrado que la exposición así como la de sensibilización sistemática son las intervenciones conductuales más efectivas en este tipo de trastorno. Respecto al trastorno de ansiedad generalizada, la terapia cognitivo-conductual se muestra efectiva en la mejora del trastorno y se ha demostrado que en los meses de seguimiento las ganancias del tratamiento siguen presentes. La desensibilización sistemática también ha mostrado su eficacia en el tratamiento de las fobias específicas en niños. (Yankuran, 1999).

2.7.3. Terapia individual.

Esta modalidad permite profundizar en la exploración psíquica e histórica, así como realizar de experiencias emocionales correctoras, que pueden efectuarse mejor en esta modalidad Terapéutica. El poder de la terapia individual reside, en parte, en la capacidad del paciente para resolver transferencias, especialmente las negativas. Esto requiere que el terapeuta no se ocupe de ciertos comportamientos que por muy útiles que sean pueden interferir con la capacidad del paciente para sacar precisamente los patrones más profundos e irracionales de actitudes negativas, y que son los que más necesitan resolverse. Así, el terapeuta no debe dar consejos, pero sí decidir cómo apoyar, pudiendo elegir entre la educación, la retroalimentación interpersonal realista y el reforzamiento para el crecimiento psicológico óptimo. Esta terapia es un terreno ideal para la integración intrapsíquica previamente negada, pero sólo a partir de que haya una demanda en ciertas condiciones y características específicas, es que podrá o no haber tratamiento.

Los aspectos principales a trabajar en una psicoterapia individual, son las siguientes:

- Las razones que llevan al paciente a la psicoterapia y las que pueden hacerle permanecer en ella.
- Condiciones psíquicas del paciente en relación a la dependencia, es decir, a su historia (temporalidad, trayectoria de uso de las sustancias, frecuencia del consumo y situaciones o circunstancias en que ocurre).

- El lugar que ocupa y juega el paciente en su interacción con los otros y en la relación terapéutica (transferencia).

En el caso de la terapia individual Méndez (2003), la traduce en un proceso de ayuda práctica y eficaz cuya finalidad es aliviar el sufrimiento, promoviendo en la persona su desarrollo personal, su evolución y la utilización consciente de los recursos que le faciliten la mejora de la relación consigo misma y su entorno.

La Terapia individual tiene como objetivos principales:

- Potenciar las competencias personales, ayudando a que la persona mejore su autoestima y adquiera un mayor nivel de consciencia en diferentes ámbitos: personal, familiar, laboral.
- Dotar a la persona de las habilidades y recursos necesarios para que pueda utilizar la mente a su favor, manejar sus dificultades y emociones de forma eficaz y tener una vida más plena.

Es el número de personas que desea y asume la responsabilidad de mejorar su calidad de vida y enfrentar sus conflictos crece a diario. La valentía que supone reconocer un problema y pedir ayuda es el primer paso para liberar el malestar emocional y mejorar la salud mental de una forma eficaz. Los beneficios de realizar una psicoterapia individual pueden ser múltiples (conseguir un mayor autoconocimiento, potenciar la autoestima, mejorar las conductas y relaciones con los demás, disminuir o aliviar el sufrimiento, corregir formar erróneas o distorsionadas de percibir la realidad, optimizar los propios recursos). Sin embargo, para obtener éstos y otros beneficios, la persona ha de reconocer el problema, creer en la necesidad de cambiar lo que depende de sí misma y comprometerse con el proceso. Es entonces cuando, de forma personalizada, el psicoterapeuta puede facilitarle el cambio mediante distintas herramientas (cognitivas, emocionales, conductuales, relacionales, etc.) y técnicas de relajación, integradas en distintos modelos de terapia. (Méndez 2003).

2.7.4. Terapia Grupal

Hoy en día más que nunca, los profesionales de la salud mental deben afrontar el desafío de elaborar nuevas estrategias tanto para la prevención como para el tratamiento de

problemas psicológicos. Corey (1995) consideran que se pueden emplear grupos tanto con propósitos terapéuticos como educativos o para la combinación de ambos. Algunos grupos tratan de ayudar a las personas a ejecutar cambios fundamentales en sus formas de pensar, sentir y comportarse. La terapia de grupo persigue objetivos preventivos y curativos.

Una diferencia importante existe entre la psicoterapia de grupo y la terapia de grupo reside en las metas de una y de otra. Mientras que la terapia de grupo se centra en el crecimiento, desarrollo, potenciación, prevención, autoconsciencia y superación de los obstáculos que impiden el crecimiento, la psicoterapia de grupo se centra normalmente en el tratamiento y la reconstrucción personal. La psicoterapia de grupo es un proceso de reeducación que incluye tanto la percepción consciente como la inconsciente y ambas tanto en el presente como en el pasado. Algunos grupos de psicoterapia se diseñan originalmente para corregir trastornos emocionales y conductuales que impiden el buen funcionamiento de la persona. La meta puede ser un cambio mayor o menor de la estructura de la personalidad, dependiendo de la orientación teórica del terapeuta del grupo. A consecuencia de este tipo de meta, la duración de estos grupos se le ser prolongada. Las personas que integran el grupo pueden estar sufriendo problemas emociones, conflictos neuróticos profundos o estados psicóticos y algunos pueden mostrar conductas socialmente desviadas. Por lo tanto, muchos de estos individuos se hallan más necesitados de tratamientos terapéuticos que de trabajo preventivo. (Corey, 1995).

Los objetivos principales para este autor son:

- Aprender a confiar en sí mismo y en los demás.
- Lograr un auto-conocimiento y desarrollar la sensación de una identidad propia única.
- Reconocer las similitudes de las necesidades y los problemas de los participantes y desarrollar una sensación de universalidad.
- Aumentar la auto-aceptación, la auto-confianza y el respeto a uno mismo para lograr una nueva imagen propia.
- Buscar formas alternativas para manejar los aspectos evolutivos normales y resolver ciertos conflictos.

- Aumentar la auto-dirección, autonomía y responsabilidad hacia uno mismo y hacia los demás.
- Ser consciente de las posibilidades propias y actuar e consecuencias.
- Elaborar planes específicos para modificar algunas conductas y obligarse a uno mismo a mantener dichos planes.
- Aprender habilidades sociales efectivas.
- Sensibilizarse ante las necesidades y sentimientos de los otros.
- Aprender a enfrentarse a los otros directamente con cautela, cuidado y honestidad.
- Superar la mera búsqueda de las expectativas ajenas y aprender a vivir con expectativas propias.
- Clasificar los valores propios y decidir si se modifican y cómo hacerlo.

Generalmente el grupo terapéutico tiene un centro de interés específico que puede ser educativo, vocacional, social o personal. El grupo implica un proceso interpersonal que potencia los pensamientos, sentimientos y conductas conscientes. A menudo los grupos terapéuticos están orientados hacia el problema, su contenido y centro de atención está determinado por los miembros, quienes normalmente son individuos con buen funcionamiento, que no requieren una reconstrucción extensiva de la personalidad y cuyos problemas están relacionados con el desarrollo de tareas en su espacio vital. La terapia de grupo se orienta hacia el crecimiento siendo su centro de atención el descubrimiento de los recursos internos de los miembros. Los participantes pueden estar padeciendo una crisis situacional y conflictos temporales o pueden estar esforzándose por modificar algunas conductas autodestructivas. El grupo proporcionar la empatía y el apoyo necesarios para crear una atmosfera de confianza que conduzca a compartir y explorar dichos problemas.

En el caso de la terapia de grupo para niños, puede perseguir objetivos preventivos o curativos. En las escuelas se sugieren terapias de grupo para los niños que muestran conductas o atributos como la dificultad para relacionarse con los compañeros, peleas excesivas, explosiones de violencia, cansancio crónico, falta de supervisión en el entorno familiar y apariencia de abandono. Los grupos reducidos pueden proporcionar a los niños la oportunidad de expresar sus sentimientos sobre los aspectos anteriores o los problemas que de ellos se derivan. Es muy importante identificar a niños que estén desarrollando problemas emocionales o conductuales. Si estos niños pueden recibir

asistencia psicológica en una edad temprana, disponen de mejores oportunidades para manejar con efectividad las tareas evolutivas con las que deberán enfrentarse posteriormente.

La población que se adapta a la terapia de grupo incluye clientes con uno o más de los siguientes problemas, déficit en habilidades sociales, depresión, fobias, ansiedad, estrés, trastornos sexuales, dolor, agresividad, sobrepeso, abuso de sustancias, traumas psicológicas y dificultad para el trato con los niños (Rose, 1986). A esta lista Lazarus (1986) añade sentimientos conflictivos, hábitos maladaptativos, trastornos interpersonales, baja autoestima y disfunciones biológicas. Como se puede ver, los grupos tratan problemas complejos y variados. A continuación se presenta una síntesis de algunas de las ventajas de la terapia grupal sobre el tratamiento individual basada en (Rose, 1987).

- El grupo proporciona a los miembros una fase intermedia entre la ejecución de la nueva conducta adquirida en la terapia y la generalización de dicha ejecución a la vida diaria. Sirve como laboratorio para aprender destrezas que serán esenciales para el desarrollo de buenas relaciones.
- El grupo ofrece normas poderosas para controlar la conducta de los individuos. Ejemplos de algunas normas terapéuticas positivas son el compromiso de asistir con regularidad, la voluntad de auto-apertura, el compromiso de evaluar y trabajar sobre los propios problemas y el refuerzo de los otros para respetar el plan que conduce el cambio conductual y cognitivo.
- El trabajo grupal proporciona un entorno idóneo para la evaluación objetiva, porque los miembros pueden aprender el modo en que su conducta afecta a los otros a través del feedback que reciben continuamente. Los miembros pueden proporcionarse entre si feedback muy útil sobre conducta específicas y que a menudo se acepta mejor si procede de los compañeros que si proviene del terapeuta.
- Una característica singular de la terapia grupal es la oportunidad de reforzarse entre los compañeros, el modelado múltiple de estos presentan y el brainstorming en grupo.
- En el entorno grupal pueden practicarse una amplia variedad de habilidades interpersonales que serán generalizadas a situaciones externas al grupo.

- El control del terapeuta del proceso grupal anima a los miembros a experimentar nuevas conductas en un entorno no enjuiciador; cometer errores es aceptable y el aprendizaje aumenta con la voluntad de aprender de esos mismos errores.
- Existe un creciente apoyo empírico sobre la validez de los diversos componentes de la terapia grupal cognitivo-conductual. La terapia grupal parece ser tan eficaz como la terapia individual y más aun en términos de coste del terapeuta (Rose, 1989).

Según Corey (1995), la terapia de grupo cuenta con muchas ventajas como vehículo para ayudar a las personas a ejecutar modificaciones en sus actitudes, opiniones sobre sí mismos y sobre otros, sentimientos y conductas. Una ventaja es que los participantes pueden explorar su estilo de relación con los demás y aprender habilidades sociales más efectivas. Otra consiste en que los miembros pueden comentar las percepciones que tienen de los otros miembros del grupo y recibir un valioso feedback sobre cómo está siendo percibido por ellos.

La terapia de grupo proporciona la reproducción del mundo cotidiano de los participantes de múltiples formas, especialmente si los miembros son diversos con respecto a la variedad edad, intereses, medio cultural, nivel socioeconómico y tipo de problema. Como microcosmo de la sociedad, el grupo proporciona una muestra de la realidad porque los conflictos y problemas de los miembros hallados en el grupo no difieren de los experimentados fuera de él. La diversidad que caracteriza a la mayoría de los grupos proporciona a los participantes un feedback inusualmente rico pues pueden verse a sí mismos a través de los ojos de una amplia variedad de personas. El grupo ofrece comprensión y apoyo lo cual motiva el deseo de los miembros a explorar los problemas con que llegan al grupo. Los participantes generan la sensación de pertenencia y mediante la cohesión que se produce, aprenden formas de comportarse íntimamente, atentamente, etc.; en esta atmósfera protectora los miembros pueden experimentar conductas alternativas, pueden poner en práctica estas conductas en el seno del grupo, donde reciben el ánimo y las sugerencias para aplicar sus aprendizajes del mundo exterior.

Finalmente, corresponde a los miembros decidir que modificaciones desean. Pueden comparar las percepciones de sí mismos con las percepciones de los otros y decidir qué hacer con esta información. En esencia, los miembros consiguen una idea del tipo de

persona que les gustaría llegar a ser y consiguen comprender lo que les está impidiendo conseguirlo (Corey, 1995). En la terapia grupal se tratan los problemas específicos de cada persona en el grupo, en una primera fase se realiza una evaluación y diagnóstico, posteriormente una intervención que va dirigida a disminuir el sufrimiento de la persona, atendiendo a los síntomas, a los desencadenantes, a la personalidad y a la relación con otros miembros del grupo.

Por otro lado, la terapia de grupo para la ansiedad tiene el objetivo de reducir los síntomas y una comprensión más profunda de los factores que elevan la ansiedad a la patología para buscar soluciones que se mantengan en el tiempo. El grupo de ansiedad está formado por pacientes que padecen ansiedad generalizada, ataques de pánico, agorafobia, estrés, angustia, fobias, fobia social, estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno mixto ansioso-depresivo.

El grupo se forma con pacientes que tienen diversos trastornos de ansiedad porque se considera que si se realiza una intervención específica con un tipo de patología existe el riesgo de crear una cultura de grupo alrededor de un único trastorno de ansiedad y esto puede dificultar los cambios necesarios hacia la salud. Al haber más variedad de síntomas, estos se miran bajo la metáfora de lo que le sucede a la persona a un nivel más profundo, como una forma en la que está configurada la personalidad o la relación con los demás. No se generaliza la solución del síntoma sino que se personaliza en cada persona para dar un tratamiento eficaz en la relación con ella misma y en la relación con los demás integrantes del grupo. Los grupos se reúnen una vez a la semana, y en cada uno de ellos se dan las pautas necesarias para superar los problemas específicos de cada trastorno. El grupo potencia el cambio terapéutico y hace que se superen los distintos trastornos.

El enfoque terapéutico que se utiliza en la terapia de grupo es una integración de distintas orientaciones psicológicas, como la terapia gestáltica, terapia cognitivo-conductual, hipnosis, modular transformacional, sistémica y psicoterapia de tiempo limitado

Los objetivos del tratamiento en grupo de la ansiedad son:

- Dar información sobre la ansiedad: síntomas, causas y tratamiento

- Trabajar los conflictos emocionales y aspectos de la personalidad que generan ansiedad y estrés
- Desarrollar estilos de vida saludables
- Crear soluciones sostenibles y duraderas para la prevención de la ansiedad

Los contenidos:

- Descripción de la ansiedad y de sus múltiples manifestaciones
- Herramientas para afrontar
- Hábitos de vida saludables (Alimentación, ejercicio físico, higiene del sueño)
- Trabajo específico de perfeccionismo, vergüenza, culpa, irritabilidad, relajación, dejadez....
- Habilidades sociales

Finalmente, Brabender y Fallon (1993), aunque el interés del grupo se halla en las metas individuales, el entorno grupal permite y potencia los cambios individuales de conductas de formas no posibles en la terapia individual. Añaden también que el grupo facilita el progreso hacia las metas individuales proporcionando más opciones de refuerzos. Dado el carácter protegido del entorno grupal, se anima a los miembros a practicar espontáneamente las conductas modificadas o recientemente aprendidas sin temor a las consecuencias negativas. Por otra parte, el nivel de control del terapeuta facilita la orquestación del proceso grupal, haciendo que los miembros interactúen con más respuestas de aceptación que de rechazo.

Es elemental no olvidar que la Terapia Cognitivo-Conductual es uno de los tratamientos más recomendados y efectivos para los trastornos de ansiedad, por esta razón y para fundamentar se retomara detalladamente en el siguiente capítulo.

Capítulo 3. Terapia cognitivo-conductual.

Como se puede observar en el capítulo anterior, la terapia cognitivo conductual (TCC) es una excelente herramienta para el trabajo con los diversos trastornos de ansiedad, sin embargo antes de profundizar en este tema. Es elemental describir que es la TCC. Según Caballo (2002); es un modelo de intervención o tratamiento de diversos trastornos psicológicos, entre ellos trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de sueño, consumo problemático de sustancias, conductas alimentaria anómala, problemas relacionadas con el abuso, trastorno por déficit de atención, trastornos de la capacidad intelectual, etc. El nombre de terapia cognitivo-conductual se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos (Kaplan, 1995). La TCC se basa en el supuesto subyacente de que las emociones y las conductas (lo que sentimos y lo que hacemos) constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones (de lo que pensamos) y de que, en consecuencia, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar. (Kendall, 1991). La TCC incluye, pues, los elementos esenciales tanto de las teorías cognitivas como de las teorías conductuales y Kendall y Hollo. A continuación se narrara de forma breve como fue surgiendo esta intervención y a lo largo del capítulo se detallara las técnicas y la manera de trabajar especialmente en el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

3.1. Antecedentes históricos de la Terapia Cognitivo-Conductual.

El conductismo y los procesamientos de terapia conductual dominaron el pensamiento y la práctica de la psicología clínica a partir de la década de 1930, cuando Watson y luego Skinner desarrollaron sus teorías conductuales, hasta inicios de la década de 1970. En 1974 Dember describió lo que llamo una “revolución cognitiva” en la psicología clínica, re conceptualizada en fechas más recientes por Meichenbaum (1995) como una “evolución cognitiva”. Independientemente de si el movimiento fue una revolución o una evolución, no hay duda de que la psicología clínica y de hecho la psicología como un todo, se interesó cada vez más en los procesos cognitivos. En la psicología se prestó cada vez más atención a los modelos procesamiento de información de la cognición, y hubo una insatisfacción creciente con el modelo simple de aprendizaje estímulo y respuesta del conductismo. Como Mahoney (1984) afirmó: “para finales de la década de 1970 la terapia conductual, como la psicología general se había vuelto cognitiva.

Los primeros esfuerzos por incluir un énfasis cognitivo explícito a las terapias conductuales intentaron incorporar factores cognitivos en los tratamientos conductuales existentes. El trabajo de Bandura sobre el aprendizaje por observación representó un paso importante en la integración de los procesos cognitivos y simbólicos de la terapia conductual. En su volumen publicado en 1969, "Principios de modificación de la conducta", Bandura destacaba la importancia del modelamiento, o aprendizaje por observación, para la comprensión del desarrollo de algunas formas de ansiedad y el tratamiento de esos problemas. Bandura argumentaba que todo el aprendizaje que se produce por medio de la experiencia directa también puede tener lugar de manera vicaria a través de la observación de la conducta de otro y de sus consecuencias. Al sugerir que el cambio conductual puede ser mediado por cogniciones, Bandura desarrolló una de las primeras formas de terapia cognitivo conductual.

Los principales modelos que señalan el inicio de las terapias cognitivas son la terapia racional emocional conductual de A. Ellis y la terapia cognitiva de A. Beck. Ambos modelos tienen, lógicamente, su historia aunque comparten algunos antecedentes comunes. Tanto un autor como el otro parten de un marco psicodinámico. Tanto Albert Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva (1961), como Aaron Beck padre de la Terapia Cognitiva (finales de los 50), eran psicoanalistas que, no conformes con los planteos psicodinámicos, crearon nuevos sistemas teóricos y dispositivos técnicos que más tarde recibirían sustento de la investigación experimental. Esto los transformó en terapias con apoyo empírico y los involucró en el marco de las intervenciones psicológicas científicas y eficaces. Por supuesto, mucha de la base empírica de las terapias cognitivas provino desde la misma psicología cognitiva del procesamiento de la información, ambos enfoques afortunadamente asociados con el auge de las neurociencias.

Varios factores confluyen para que hacia 1960, tanto la Terapia Racional Emotiva como Terapia Cognitiva hallaran un entorno propicio para su surgimiento. Entre ellos sobresale el estrecho margen en el cual se había movido el conductismo junto con el fracaso en el tratamiento de algunas patologías, particularmente la depresión. No por casualidad, con este desorden la terapia cognitiva de Beck gana popularidad y hace su entrada en el escenario de las terapias con apoyo empírico en un estudio sobre efectividad realizado por el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos en el año 1985. (Compas, 2003).

3.2. Proceso terapéutico en el modelo cognitivo conductual.

Según (Caro, 2007), los principios comunes y esenciales de la terapia conductual son los siguientes:

1. Existe una continuidad supuesta entre la conducta normal y anormal que implica que las leyes básicas del aprendizaje se aplican a todos los tipos de conducta. Las conductas desadaptativas se adquieren mediante los mismos procesos psicológicos que cualquiera de las demás conductas.
2. Las técnicas terapéuticas se deben basar en los hallazgos empíricos y los fundamentos teóricos de la psicología experimental. En sus inicios, la terapia conductual se apoyaba principalmente en los hallazgos de la teoría del aprendizaje E-R, pero en la actualidad, sus fundamentos empíricos son más amplios.
3. La terapia se dirige hacia la modificación de conductas desadaptativas que son específicas y manifiestas. También se tratan las cogniciones y las emociones que acompañan la conducta manifiesta, pero en una forma más concreta y directa que muchas otras de las aproximaciones terapéuticas. El tratamiento se planea de una manera cuidadosa hacia las necesidades únicas de cada cliente.
4. Existe un enfoque especial sobre los problemas actuales del cliente. Este acento que se pone en el aquí y el ahora da por resultado una menor preocupación por las experiencias durante la infancia temprana o la información histórica, que por lo general tiene, el psicoanálisis.

Así mismo para esta autora los diez principios básicos de la terapia cognitiva son:

1. Es breve y de tiempo limitado (de 5 a 20 sesiones de 50 min.), desalienta la dependencia del paciente.
2. Requiere de una relación terapéutica estable.
3. Es un esfuerzo de colaboración entre pacientes y terapeuta.
4. Utiliza el método socrático de “descubrimiento guiado” (se diseñan una serie de preguntas que cuestionan y evalúan de manera objetiva y no defensiva. Los pensamientos y suposiciones del paciente: “¿cuál es la evidencia para creer esto?”).
5. Es estructurada y directiva.
6. Se orienta a problemas.
7. Se basa en el modelo educativo.

8. Su técnica descansa en el método inductivo: tratar creencias como hipótesis; revisar información disponible.
9. Gran importancia del trabajo para la casa.
10. Se basa en el método científico.

Las metas finales de la terapia cognitiva-conductual son:

- Reconocer y vigilar los pensamientos automáticos.
- Reconocer las conexiones entre: pensamiento-afecto-conducta.
- Examinar sistemáticamente la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos.
- Sustituir pensamientos prejuiciados por pensamientos más orientados a realidad.
- Aprender a identificar y modificar los esquemas que predisponen a distorsionar las experiencias.

Es importante que el terapeuta se ubique en el lugar del paciente para que pueda así desarrollar empatía respecto de la situación que está atravesando, comprender cómo se siente y percibir el mundo a través de sus ojos. Las conductas, las percepciones, los pensamientos y emociones del paciente se harán comprensibles a partir de su historia y su conjunto de creencias.

El terapeuta junto con su paciente examina los objetivos de la terapia, el destino final. A veces los desvíos pueden provocar cambios en el plan original. A medida que el terapeuta adquiere experiencias y habilidad en la conceptualización, logra completar los detalles relevantes y su eficiencia y efectividad se acrecientan.

Al iniciar el abordaje de un caso, el terapeuta se plantea las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el diagnóstico del paciente?
- ¿Cuáles son sus problemas actuales, cómo se desarrollaron y cómo persisten en este momento?
- ¿Qué pensamientos y creencias disfuncionales se asocian con los problemas?
 - ¿Qué reacciones (emocionales, fisiológicas y del comportamiento) se asocian con estos pensamientos?

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1964; Ellis, 1962). A partir de la infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como “son” las cosas.

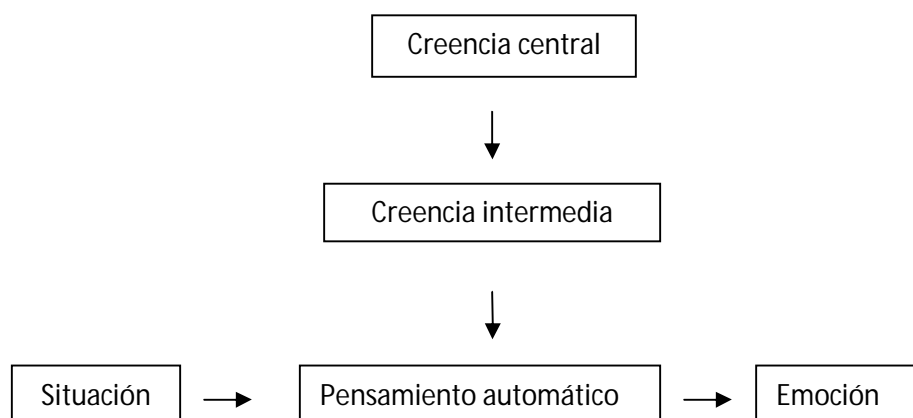
También este modelo supone la existencia de esquemas que son conocidos como creencias fundamentales o básicas, estructuras cognitivas relativamente estables y que guían el proceso de pensamientos, son actitudes suposiciones acerca de sí mismo y del mundo que guían la percepción, interpretación y memoria de una persona acerca de los sucesos que vive; derivan las experiencias pasadas y tienen la características de ser rígidas, absolutistas, resistentes al cambio y asociarse con emociones extremas. Desde las primeras etapas de su desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan (Rosen, 1988). Sus interacciones con el mundo y con los demás las llevan a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad. Las creencias disfuncionales pueden ser “desaprendidas” y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales.

Mientras tanto los pensamientos automáticos son fruto directo de los esquemas. Pueden tomar una forma verbal o ideativa, son conclusiones juicios e interpretaciones que parecen automáticamente como pensamientos sin ningún razonamiento anterior que explique cómo pueden formarse. Son involuntarios, es decir, que incluso cuando el paciente quiere suprimirlos o sustituirlos, no puede hacerlo.

Aunque plausibles a los ojos del paciente y que generan un estado de ánimo o afecto disfórico, desagradable, intenso y ante el cual se genera una conducta desadaptativa. La relación lineal entre esquema-pensamiento automático-afecto-conducta es importante para este modelo de Mahoney, (1998). (Fig. 2).

El curso habitual del tratamiento en la terapia cognitiva implica usualmente que en los inicios se ponga más énfasis en los pensamientos automáticos, que son conocimientos más cercanos a la conciencia. El terapeuta enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de los síntomas. Luego el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales. Aquellas creencias intermedias y centrales que resultan relevantes son evaluadas de distintas maneras y más tarde son modificadas para lograr un cambio en las conclusiones que saca el paciente a partir de sus percepciones de los hechos. Esta modificación más profunda de creencias fundamentales disminuye las posibilidades de recaídas en el futuro.

Fig.2.



Nota: Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas.

En una situación específica, las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos. Estos pensamientos, a su vez, inciden sobre las emociones. En un paso posterior, los pensamientos automáticos también influyen sobre la conducta y a menudo llevan a respuestas fisiológicas.

En el siguiente apartado se mencionara los errores de pensamiento, que en ocasiones las personas con ansiedad tienden a convertirlos en pensamientos automáticos.

3.3. *Distorsiones Cognitivas.*

Las distorsiones cognitivas son una forma de error en el procesamiento de información, y desempeñan un papel predominante en la psicopatología al producir la perturbación emocional. La primera enumeración fue dada por Albert Ellis y fue ampliado por Aaron Beck, aunque anteriormente otros autores y autoras, como Karen Horney, habían identificado algunos de los fenómenos implicados en lo que ahora se denomina distorsiones cognitivas.

En el modelo A-B-C (Acontecimiento - Belief (creencia) - Consecuencia emocional) de Ellis, las distorsiones cognitivas serían las que determinan las creencias mal adaptativas que producirían la perturbación. Se ha relacionado estas distorsiones con las falacias lógicas -en todo caso, son una falla en el manejo de los procesos de información, y por tanto, se vincula a la racionalidad y a alteraciones del pensamiento crítico. Aprender (y enseñar) a refutar estas distorsiones y sus consecuentes pensamientos negativos, se conoce como reestructuración cognitiva.

Estas percepciones empobrecedoras que realiza el paciente acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo llevan a desarrollar fobias, depresión, problemas de autoestima, obsesividad, etcétera.

A continuación se describirán cuales son los principales distorsiones cognitivas para estos dos autores:

- a) Olvidar lo positivo: Decidir que si una cosa buena ha sucedido, no puede ser importante.
- b) Saltar a conclusiones: Focalizarse en un aspecto de una situación al decidir como comprenderla (por. Ej. “ la razón por la que no me han llamado del trabajo que solicité es porque han decidido no ofrecérmelo).
- c) Leer la mente: Creer que uno sabe lo que otra persona está pensando, sin evidencia que lo sustente.
- d) Razonamiento emocional: Creer que una cosa debe ser verdad, porque lo siente como si lo fuera.
- e) Etiquetado: Utilizar una etiqueta para describir la conducta, y entonces imputar todos los significados que la etiqueta supone.

f) Personalización: Percibir a posteriori algo para determinar lo que uno “debería haber hecho”, incluso aunque fuera imposible saber que era lo mejor que se podía haber hecho en ese momento; ignorar factores condiciones a los papeles que juegan los demás al determinar el resultado negativo.

g) Pensamiento todo o nada: Considera las cosas en categorías absolutas, o blanco o negro. Si su éxito no es absoluto, se considera un fracaso total.

h) Afirmaciones de tipo “debería”: se critica a sí mismo o a otras personas como “deberías” “no deberías”, “tendría que” y “no tendría que”.

Las distorsiones del paciente, son denominadas por los fundadores de la doctrina, como tríada cognitiva. La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico, (Beck, 1967). El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en la interpretación de las experiencias. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas, por ejemplo de un síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el

rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. Los síntomas motivacionales por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape, también pueden explicarse como consecuencias de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente.

3.4. Tratamiento cognitivo-conductual para pacientes con TAG

Los tratamiento cognitivo-conductuales han resultado ser de enorme utilidad para el tratamiento de múltiples trastornos de ansiedad. Específicamente, los tratamientos basados en la exposición han resultado ser particularmente exitosos sobre todo en los trastornos que poseen componentes fóbicos. Por otra parte, debido a la importancia que juegan los síntomas internos en la ansiedad (esta no parece vincularse a señales externas), tanto somáticos (tensión muscular) como cognitivos (pensamientos, etc.), se han llevado a cabo diversos intentos terapéuticos basados en combinaciones de relajación muscular y estrategias cognitivas (identificación de pensamientos, creencias e imágenes inductoras de ansiedad, identificación de pensamientos realistas, etc.) con resultados variables (Borkovec al.,1987).

Más recientemente, tras el reconocimiento y aceptación del papel crucial que desempeña la preocupación en este trastorno, se están poniendo en marcha programas de tratamiento con adultos, combinando igualmente la relajación muscular y la terapia cognitiva, pero sienta está orientada de forma más específica hacia la modificación de la preocupación patológica. Así por ejemplo, Borkovec y Costello (1993), han diseñado un procesamiento mediante el cual, combinando la relajación progresiva y las estrategias cognitivas, han logrado buenos éxitos terapéuticos en pacientes con TAG: los autores diseñaron el tratamiento bajo la consideración de que, en contraste con otros trastornos de ansiedad, en el TAG predominan las siguientes características:

- 1) Menor grado de desencadenantes ambientales de la ansiedad (o de evitación conductual a los mismos).
- 2) Sesgos preatencionales a múltiples señales de amenaza con rápida evitación cognitiva.

- 3) Predominio de la preocupación de tipo verbal, que puede funcionar a modo de evitación de la experiencia ansiosa suprimiendo las imágenes relacionadas con miedo, la activación somática y el procesamiento emocional.
- 4) Características somáticas peculiares que incluyen inhibición del sistema autónomo simpático, reducción de su rango de variabilidad, e inflexibilidad fisiológica resultante tanto en reposo como bajo estrés.

Estas características, peculiares en el TAG, justifican la necesidad de enfatizar la relajación y las estrategias cognitivas (Borkovec & Costello, 1993), lo cual al menos debería incluir procedimientos de intervención como la auto-observación (para detectar el proceso de la ansiedad en la fase inicial de la secuencia y, sobre todo, para detectar las cadenas de preocupaciones), la relajación (para actuar sobre diferentes sistemas somáticos y potenciar su flexibilidad), la desensibilización por autocontrol (que implica acceder a las imágenes relacionadas con la ansiedad y a los pensamientos de preocupación, así como la práctica de habilidades de afrontamiento en respuesta a dichas imágenes y pensamientos), y la terapia cognitiva (p. ej., tipo Beck y Emery, 1995; aplicada durante la desensibilización de afrontamiento –desarrollar pensamientos y creencias alternativos, análisis lógico, autoafirmaciones positivas, etc.). La posible función de la preocupación como escape de las imágenes provocadoras de ansiedad, y la consecuente evitación de la ansiedad somática, sugiere la importancia que puede tener la exposición basada en la imaginación de las señales internas y externas relacionadas con la ansiedad. Así mismo, la generalización de los pensamientos de preocupación denotan el particular valor de la terapia cognitiva (Borkovec & Costello, 1993).

Si bien en adultos no es muy detallada la investigación sobre la terapia cognitivo-conductual del TAG centrada en la preocupación, en niños y adolescentes la situación es aún más pobre. Una de las escasas excepciones es el protocolo cognitivo-conductual desarrollado por Kendall (1994), el cual trató con éxito un grupo de niños con trastornos de ansiedad, predominantemente con Trastorno de Hiperansiedad. El tratamiento implicaba la identificación y reconocimiento de la ansiedad y los pensamientos ansiosos, y el desarrollo de un plan de afrontamiento.

La TCC se aplica con frecuencia a niños pequeños. La revisión de 101 estudios de tratamientos cognitivo-conductuales desveló que el 79% de los mismos incluía a niños

menores de 10 años (Durlak, 1995). La TCC se ha aplicado con éxito a niños menores de 7 años que presentan una amplia gama de problemas, entre ellos el trastorno por ansiedad generalizada (Dadds & Silverman 1997).

Aunque la TCC se ha aplicado a niños pequeños, también se ha podido comprobar que los niños menores de 9 años se benefician menos del tratamiento por contraste con los niños mayores. El meta- análisis de la terapia cognitivo conductual aplicada a niños menores de 13 años concluye que, si bien los niños de todas las edades se beneficiaron de la TCC, los niños más pequeños obtuvieron menos beneficios (Durlak, 1991). Ahora bien, no queda claro si el problema es que los niños más pequeños no eran lo suficientemente maduros a nivel cognitivo como para poder llevar las tareas asociadas a la TCC, o bien que el programa de intervención no estaba convenientemente ajustado y adaptado al nivel adecuado. Son pocos los estudios que hablan de las modificaciones introducidas en los programas de intervención con objeto de adaptarlos a los niños más pequeños. El adaptar y ajustar los conceptos y las técnicas de la TCC al nivel evolutivo propio del niño podría contribuir a superar algunas de las dificultades evolutivas señaladas (Ronen, 1992).

Si bien la TCC puede ser sofisticada y compleja, muchas de las tareas que incluye requieren tener la capacidad de razonar eficazmente a propósito de cuestiones y dificultades concretas, y no tanto en relación con una modalidad de pensamiento conceptual y abstracto (Harrington, 1998). El nivel de las operaciones concretas dentro del desarrollo cognitivo, al cual se accede habitualmente durante los 7 a los 12 años aproximadamente, es más que suficiente para realizar la mayoría de las principales tareas que incluye la terapia cognitivo conductual (Verdyn, 2000). Pero tampoco es imprescindible adaptar los materiales al nivel adecuado. La utilización de técnicas más concretas con unas instrucciones claras y sencillas, suele de ser de utilidad en el caso de los niños más pequeños, en tanto que habitualmente los adolescentes, por su parte, suelen ser capaces de realizar procesos más sofisticados tales como, por ejemplo, la identificación de los supuestos disfuncionales y la reestructuración cognitiva. La dificultad a la hora de trabajar con niños más pequeños estriba en cómo traducir los conceptos más abstractos a unos ejemplos y metáforas que sean sencillos, concretos y comprensibles, extraídos de la vida cotidiana del pequeño.

Se ha utilizado la imaginación con niños de edades tan pequeñas como los 5 años, con los que se utilizó el método de las imágenes emotivas desarrollado por Lazarus y Abramovitz (1962) con objeto de ayudarles a vencer la fobia a la oscuridad. En estos momentos, los estudios sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual son escasamente conclusivos. El surgimiento de algunos programas recientes centrados en la ansiedad generalizada (p. ej., Eisen & Silvermna, 1993; Kendall, 1994), sin duda servirán como puntos importantes de referencia para el desarrollo. Estos, no obstante, deberán centrarse más específicamente en el trastorno de ansiedad, tal y como ahora está conceptualizado por el DSM-IV, y en el afrontamiento de las preocupaciones patológicas, características central de dicho trastorno.

3.5. Estrategias y técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad en niños

Es necesario aclarar que se ahonda más en las técnicas del enfoque cognitivo-conductual y no de otros enfoques terapéuticos, porque este es el que cuenta con mayor cantidad de datos que apoyan su eficiencia en el tratamiento de la ansiedad durante la niñez. En este capítulo se describen las técnicas y estrategias empleadas en el tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad en niños.

En congruencia con la explicación del surgimiento y mantenimiento de los trastornos de ansiedad de la perspectiva cognitivo-conductual, se entiende entonces, que las técnicas enseñan, por un lado, respuestas de afrontamiento conductual a las situaciones de ansiedad las cuales están mediadas, a su vez, por aspectos cognoscitivos y, por otro lado, estrategias de cambio cognoscitivo que se reflejan conductualmente. O bien, enunciado de una manera más detallada desde la perspectiva cognitivo-conductual: la modificación de la conducta está influenciada por eventos conductuales, expectativas anticipatorias, atribuciones después del evento, procesamientos de la información, y estados emocionales. Para cubrir estos aspectos, el enfoque cognitivo-conductual está orientado a la solución de problemas, al trabajo profundo con el procesamiento de la información, a la incorporación de dominios sociales, familiares e interpersonales y enfatiza la exposición en vivo, así como las intervenciones basadas en el desempeño o la ejecución. (Prados, 2008).

Una característica común que se observara a lo largo de las siguientes técnicas y estrategias, es que se intenta enseñar habilidades y remediar las deficiencias en otras actividades a través de la práctica, en donde el niño con ansiedad tiene una participación activa, al igual que el terapeuta. La práctica de nuevas habilidades, junto con el reforzamiento y la retroalimentación, da pie al uso futuro y perfeccionamiento de esas habilidades.

3.5.1 Modulo psicoeducativo

La aplicación de un programa de tratamiento psicológico, que está basado, en buena medida, en las tareas entre sesiones, requiere la colaboración activa por parte del paciente. Se trata, en definitiva, de motivarlo de manera adecuada para la terapia. Por ello, Cascardo, y Resnik. (2005) piensan que es importante precisar en las dos primeras sesiones los siguientes puntos:

1. Delimitación de las expectativas del paciente.
2. Descripción detallada de los tres componentes de la ansiedad (psicofisiológicos, cognitivos y conductuales).
3. Valoración del carácter adaptativo o inadaptativo de la ansiedad en el caso del paciente.
4. Explicación del contenido del tratamiento.
5. Instrucciones generales en relación con los autorregistros y las tareas entre sesiones.

Asimismo se debe resaltar la importancia de la asistencia regular a la terapia y el valor crucial para el tratamiento de las tareas asignadas. Un paciente con este trastorno puede inicialmente sentirse agobiado por la realización de ejercicios estructurados. De hecho, los pacientes pueden encontrarse aun más ansiosos al comienzo del tratamiento, cuando se percatan del esfuerzo que deben hacer para superar el problema. Una forma de motivarlos es considerar el tiempo de las tareas como una inversión, es decir, como una molestia actual, pero como un beneficio duradero para el futuro.

3.5.2 Juego de roles

El juego de roles es una técnica muy importante en el tratamiento pues permite practicar habilidades que no se hayan enseñado previamente. Por ejemplo se puede usar para

enseñar la relajación, en donde primero el terapeuta es el modelo y va guiando al niño. De esta manera puede verificar que el niño este aprendiendo las habilidades correctamente y que las practique suficientemente hasta que se hayan habituado a usarlas (Bunge, Gomar & Mandil 2009).

A groso modo consiste en hacer una especie de actuación la cual permite tanto al terapeuta como al niño experimentar varias soluciones y formas de reaccionar ante una situación. Un buen predecesor del juego de roles puede ser el modelamiento, pues así el niño se va familiarizando con las habilidades que debe exhibir. Durante el ejercicio es importante que el terapeuta vaya corrigiendo dificultades cognitivas, conductuales o emocionales. Retomando el proceso de “tag aiong”, el terapeuta puede iniciar el juego de roles, y después deja que el niño lo haga independientemente. El juego de roles puede hacerse de forma progresiva, empezando con situaciones fáciles y pasando a más complejas. Así mismo se puede hacer de forma imaginaria.

3.5.3 Modelamiento

Del mismo modo en que los niños pueden aprender a tener ansiedad al observar la reacción de otros y de las consecuencias de las acciones de otros, se puede hacer uso de los principios del modelamiento para enseñar a los niños a afrontar las situaciones que les causa ansiedad. El proceso de modelamiento puede representarse de diferentes maneras, por ejemplo, simbólicamente mediante videos, fotografías o muñecos, o bien por medio de modelos reales. El modelamiento puede dar lugar a la extinción de la respuesta ansiosa. Para que ello ocurra el niño debe observar al modelo enfrentarse a un estímulo que produzca ansiedad y ver como maneja de forma exitosa tal suceso, sin consecuencias aversivas. Dentro de las diferentes variantes de modelamiento, según una revisión hecha por Ollendick y King (1983), el modelamiento asistido (en el que el terapeuta ayuda al niño a hacer frente a la situación de ansiedad) es el que produce mejores resultados, seguido por el modelamiento en vivo y el modelamiento por medio de videos. Finalmente, en la selección de modelos, se aconseja que sean figuras que son similares a los niños en cuanto a su edad y nivel del miedo, pues ante estos modelos los niños suelen responder mejor.

Ollendick y Cerny han discutido un procedimiento de modelamiento para personas ansiosas que identificaron como “tag along” (imitar o seguir el ejemplo) en el que el propio

terapeuta modela una conducta de afrontamiento mientras se expone a un estímulo o situación que provoca ansiedad, y después el niño tiene que imitar la conducta del terapeuta. De forma similar, Kendall (2001), describe lo que han llamado “modelamiento de afrontamiento”. En este caso el terapeuta actúa como un modelo de cómo afrontar una situación que provoca ansiedad. El modelamiento no se hace en una situación ideal en la que no hay errores y en las que el modelo maneja las cosas bien desde el principio. Al contrario, el terapeuta muestra con verbalizaciones una interpretación distorsionada de la situación, y exhibe comportamiento inadecuado, pero al mismo tiempo trata de corregir esos errores. Por ejemplo el terapeuta describe las sensaciones de la ansiedad y presenta formas alternativas para afrontar la situación. Al observar esto se espera que el niño aprenda respuestas más apropiadas ante ciertas situaciones y que adquiera habilidades necesarias para hacerlo en la vida real. Kendall y sus colaboradores (2001), añaden que los modelamientos deben planearse de acuerdo al caso particular del niño y que deben estar acorde a sus necesidades cognitivas y conductuales.

3.5.4 Reforzamiento y manejo de contingencias

El aprendizaje por consecuencias es un principio fundamental del conductismo para explicar la ausencia y presencia de una conducta en el futuro. Se han elaborado varias técnicas para la modificación de la conducta que se basan en los principios del condicionamiento operante. La diferencia crucial entre las técnicas que se describirán a continuación y otras basadas en el condicionamiento clásico (por ejemplo la relajación) es que en este caso no se busca reducir la ansiedad ni aprender a manejarla antes de exponerse a una situación particular, sino que se supone que la conducta se modificara dependiendo de las consecuencias que se contraigan al encontrarse en dichas situaciones. (Bunge, Gomar & Mandil 2009).

En el caso de los niños con ansiedad o con fobias, en el manejo de contingencias consiste, por un lado, administrar reforzamiento positivo siempre que el niño presente una conducta de acercamiento hacia la situación o estímulo temido. El reforzamiento se puede otorgar por aproximaciones sucesivas en el caso de que la conducta deseada sea compleja, o en los casos en los que no es posible para el niño realizar la conducta de una sola vez. Y por otro lado, en ignorar sistemáticamente conductas de evitación u otras conductas relacionadas con los trastornos de ansiedad.

Para que el manejo de contingencias surta el mayor efecto es conveniente elaborar un programa, basado en el análisis funcional, para cada caso. De esta manera se podrá conocer en qué momento la conducta de ansiedad del niño está siendo reforzada y cuál es el reforzador. Es decir, el análisis funcional permite conocer los factores que mantienen la respuesta de ansiedad, y de la pauta para determinar qué elementos deben eliminarse para lograr que la respuesta se extinga. Por otro lado, el análisis funcional también ayuda a seleccionar los reforzamientos de las conductas deseadas y en qué momentos es adecuado administrarlos.

El reforzamiento puede usarse como una técnica para la modificación directa de la conducta ansiosa mediante el manejo de contingencias ya descrito. Pero también puede emplearse como un elemento complementario en otras técnicas o estrategias, al reforzar la práctica de las habilidades que se enseña al niño en el tratamiento. Por ejemplo, si el niño practica en otras de las actividades del tratamiento (juego de roles, modelamiento, ejercicios de relajación) o si cumple con las tareas asignadas entre una sesión y otra, se puede reforzar esa conducta. Existen distintos tipos de reforzadores que se pueden administrar dentro de la sesión terapéutica y fuera de ella, como lo son los reforzadores verbales (reconocer verbalmente su esfuerzo o su éxito, dar palabras de ánimo para seguir adelante etc.) y reforzadores sociales (asistir a algún evento de recreación, salir a jugar con amigos), (Fontaine, 1994).

Asimismo, durante el tratamiento es deseable enseñar al niño a auto-reforzarse, pues se espera que haya situaciones fuera de la sesión de tratamiento en las que el niño ponga en práctica las habilidades que va aprendiendo. En los casos en los que el terapeuta o los padres no estén presentes, el niño deberá auto-reforzarse con el objetivo de promover que la práctica de las habilidades continúe. Previo al auto-reforzamiento, se debe entrenar al niño en habilidades de auto-evaluación. Si bien los niños con ansiedad suelen auto-evaluarse de forma espontánea, al hacerlo, muchas veces sus estándares son perfeccionistas o irreales. Por esta razón, el terapeuta debe enseñarles a hacer evaluaciones más positivas y realistas de manera que posteriormente se auto-refuercen justamente. Durante ese procedimiento puede resultar útil dividir una meta en unas más pequeñas, y enseñarle al niño a auto-reforzarse en proporción de los logros.

3.5.5 Técnicas de respiración controlada y relajación

La respiración es una función involuntaria de que las personas no suelen preocuparse. Un adulto respira normalmente entre 12 y 16 veces por minuto cuando está descansando. No obstante, cuando se encuentra bajo el efecto de la ansiedad, puede experimentar una respiración forzada, jadeante y acelerada. Este fenómeno, también denominado de hiperventilación involuntaria, ocurre con frecuencia en situaciones de estrés y genera un malestar (mareos, calambres, dolor de cabeza, palpitaciones, sudor frío y sensación de fatiga) en la persona afectada (Labrador, 1992). Por ello, la práctica de una respiración lenta y profunda contribuye a controlar la tensión y a reducir la activación psicofisiológica.

Los pasos más importantes en el aprendizaje de esta técnica, que a veces forma parte del entrenamiento en relajación y que requiere una práctica regular (al menos, tres veces al día, sobre todo en los momentos de mayor tensión), se describen en la figura 3.

Fig. 3 Técnicas de respiración de Labrador (1992).

Entrenamiento en respiraciones lentas y profundas.

Cuando uno percibe los primeros signos de hiperventilación involuntaria, deben darse los siguientes pasos:

1. Interrumpir lo que uno está haciendo y sentarse o, al menos, concentrarse, en los siguientes pasos. (si se está en compañía de alguien, puede no excusar su ausencia durante unos minutos y acudir a un lugar aislado, como por ejemplo el cuarto de baño)
2. Retener la respiración, sin hacer inhalaciones profundas, y contar hasta 10
3. Al llegar a 10, espirar y decirse a sí mismo de una forma suave la palabra "tranquilo"
4. Inspirar y espirar en ciclos de 6 segundos (tres para la inspiración y tres para la espiración), diciéndose a sí mismo la palabra tranquilo cada vez que espira. Habrá, por tanto, 10 ciclos de respiración por minuto.
5. Al final de cada minuto (después de 10 ciclos de respiración), retener la respiración de nuevo durante 10 segundos. A continuación, reanudar los ciclos de respiración de 6 segundos.

La relajación muscular es un medio muy adecuado para reducir la tensión crónica y para controlar las respuestas de activación del organismo, lo que lleva consigo una mejor dificultad para conciliar el sueño, una reducción del dolor de cabeza, etc. El método de relajación progresiva de Edmundo Jacobson, 1920, consiste en tensar y relajar los principales grupos musculares del cuerpo (brazos, cara y cuello, tronco y piernas), al tiempo que el sujeto se encuentra en las sesiones relacionadas con la tensión y la relajación. De este modo, el paciente puede aprender a relajarse y a distinguir con

precisión la relajación de la tensión, así como a identificar los mayores puntos de tensión de su cuerpo. Cuando el sujeto ha aprendido la técnica, a veces con la ayuda adicional de una cinta grabada por el terapeuta en la consulta, debe practicarla, al menos, 2 veces al día durante 15-20 minutos (tabla 7).

Tabla 7. Relajación muscular en Labrador, (1992).

Grupos musculares.	Instrucciones.
Manos	Cerrar, apretar y notar la tensión. Abrir, soltar poco a poco y distinguir las diferentes sensaciones entre tensión y relajación
Brazos (bíceps)	Doblarlos, notar la tensión y soltarlos paulatinamente.
Brazos (tríceps)	Estirarlos hacia delante, sentir la tensión, aflojarlos y relajarlos
Frente	Subir las cejas arrugando la frente, notar la tensión, soltar y relajar
Entrecejo	Fruncir y solar despacio
Ojos	Desplazarlos a la derecha, arriba, a la izquierda, abajo; soltarlos y relajarlos.
Mandíbulas	Sonreír de manera forzada, soltar y relajar
Labios	Apretarlos, soltar y relajarlos
Cuello	Girar a la derecha, a la izquierda, adelante, atrás, soltar y relajar.
Hombros	Subirlos hacia las orejas, llevarlos atrás, soltar y relajarlos
Tórax	Respirar lentamente
Estomago	Contraer hacia dentro y hacia fuera, soltar y relajar. Respira lentamente.
Nalgas	Contraerlas apretando hacia el asiento, soltar y relajar
Piernas (1)	Subirlas con las puntas de los pies hacia la cara; soltar y relajarlas
Piernas (2)	Subirlas con las puntas de los pies estiradas, soltar y relajarlas.

3.5.6 Exposición a las situaciones evitadas

A diferencia de las fobias en el trastorno de ansiedad generalizada no aparecen unas conductas de evitación claramente delimitadas. No obstante, pueden identificarse situaciones más o menos sutiles (como afrontar los problemas en el trabajo o relacionarse socialmente) que el paciente tiende a evitar sistemáticamente estas conductas evitadas ofrecen un alivio momentáneo, pero, sin embargo, mantienen y extienden las conductas de temor, limitan la eficacia de las estrategias de utilizadas y, en ultimo termino, reducen la calidad de vida del sujeto. Cascardo y Resnik (2005).

El tratamiento de exposición consiste en delimitar el perfil de evitación del paciente y enfrenarle de forma repetida y prolongada a la mayor parte posible de los componentes

de la configuración estimular ansiogena: con arreglo la práctica gradual y con un registro de tareas, el paciente se ejercita con tareas sencillas, que le infunden confianza en sí mismo, para enfrentarse progresivamente con otras más complejas. Algunas instrucciones útiles sobre la programación y la práctica de la exposición figuran en a continuación.

Fig. 4 Programa para la exposición en el trastorno de ansiedad generalizada de Cascardó y Resnik (2005).

<p>La exposición en el trastorno de ansiedad generalizada.</p> <p>Programación</p> <ol style="list-style-type: none">1. Haga una lista de las situaciones que evita o que le producen ansiedad.2. Ordénelas por orden de dificultad a la hora de enfrentarse con cada una de ellas.3. Elija la más fácil de la lista como primer objetivo cuando practique.4. Repítala muchas veces hasta que pueda manejarla sin dificultad.5. Pase luego a situaciones siguiente en la lista. <p>Practica</p> <ol style="list-style-type: none">1. Póngase pequeños objetivos para empezar.2. Describa los objetivos con claridad3. Lleve a cabo una práctica regular y frecuente.4. Practique el tiempo suficiente, al menos 1 hora diaria5. No se desanime si se siente ansioso. Es normal que se sienta así si intenta algo difícil. Esta aprendido a dominar la ansiedad en lugar de evitarla.6. Tenga cuidado de no subestimar sus logros. Los progresos, pueden parecerle escasos o poco aparentes al principio, pero este seguro de que serán cada vez más evidentes.

La eficacia de la terapia de exposición en el trastorno de ansiedad generalizada parece prometedora, pero no esta tan elevada empíricamente como en las fobias. El carácter más impreciso de las conductas de evitación, por un lado, y el eje nuclear de las preocupaciones patológica en este cuadro clínico, por otro, asignan un peso fundamental a las técnicas cognitivas.

3.5.7. Impedimento de las conductas confirmatorias o de evitación

Las personas aquejadas de preocupaciones persistentes o crónicas tienden a adoptar conductas rituales que sirven para reducir temporalmente su grado de malestar. Por ejemplo, una madre puede impedir a un niño que salga solo de casa durante el día. Esta medida puede ser razonable si el barrio es peligroso, pero no lo es si se vive en una zona residencial tranquila.

Las conductas confirmatorias pueden ser de naturaleza diversa, como llamadas continuas al trabajo o casa para cerciorarse de que no les ha ocurrido nada malo a las personas queridas, comprobaciones en la policía o en los hospitales de que no ha habido un accidente grave en un recorrido y a una hora determinados, consultas frecuentes al médico en relación con uno mismo o con los familiares ante la eventualidad de que un síntoma intrascendente puede reflejar el inicio de una enfermedad grave, etc. Las conductas de evitación, a su vez, pueden referirse a negarse a ir al médico ante la presencia de un síntoma extraño o no querer hablar con los profesores cuando uno está preocupado por el rendimiento escolar de un hijo.

En estos casos, como ocurre en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, se trata de impedir las conductas confirmatorias o de evitación que están relacionadas funcionalmente con las preocupaciones. En primer lugar, los pacientes deben señalar las conductas confirmatorias o de evitación más habituales en las que están implicados, así como anotar su frecuencia. Y en segundo lugar, deben auto prohibirse estos comportamientos e implicarse en conductas alternativas incompatibles con las anteriores. Por ejemplo, una madre preocupada habitualmente por la tardanza de su hijo no debe llamar a la madre de un amigo para saber si él ha llegado ya a casa, excepto si el retraso es superior a 2 horas, y puede telefonar en ese momento a una hermana para charlar de temas familiares o personales ajenos a su hijo (Echeburúa, 1998).

3.5.8 Re-estructuración cognoscitiva

Las terapias con orientación cognitiva parten del supuesto de que los pensamientos disfuncionales están relacionados con conductas disfuncionales. De modo que corrigiendo cogniciones distorsionadas, se ayudara al individuo a funcionar normalmente. A dicho proceso se le conoce como reestructuración cognoscitiva (Caro, 1997).

Existen algunos pasos para llevar a cabo dicha reestructuración de forma sistemática, aunque en realidad el proceso puede ser dinámico y con la práctica pasa de ser un proceso totalmente intencionado a ser más automático. En primer lugar, se debe explicar a los pacientes que las cogniciones son mediadores de las emociones y de la conducta, y existen verbalizaciones con nosotros mismos (auto-dialogo) que con el aprendizaje se han hecho más o menos automática afectando las emociones y la conducta. El segundo paso, es ayudar a los individuos a identificar la irracionalidad de ciertos pensamientos

relacionados con el trastorno que sufren. En general estos pensamientos tienen que ver con la magnitud de las consecuencias de los sucesos (expectativas catastróficas) o con sobre-estimular la probabilidad de ocurrencia de dichos sucesos. Aparte de identificar la irracionalidad de sus pensamientos, los individuos también deben ser capaces de generar explicaciones de por qué son irracionales sus creencias. El tercer paso, es una unión de los 2 primeros. Es decir, es ayudar al individuo a que vea la conexión entre sus pensamientos irracionales, las emociones y conductas disfuncionales que manifiesta. Por último, se ayuda al individuo a cambiar sus pensamientos irracionales, con ayuda de otra estrategia terapéutica (moldeamiento, imaginaria o exposición) se coloca al paciente una situación que le cause ansiedad, y una vez que identifica su estado emocional y los pensamientos irracionales, genera pensamientos más realistas sobre la situación.

Con las personas que sufren trastornos de ansiedad, la reestructuración consiste en la identificación de pensamientos que causa ansiedad y que no ayuda a la persona a afrontar la situación. Posteriormente, se busca cuestionar o retar esos pensamientos de manera pre activa y orientada al afrontamiento activo, o sea con pensamientos basados en un plan real. A los niños se les invita a que vean sus pensamientos como suposiciones que pueden ser comprobadas y a que generen otras suposiciones que expliquen los sucesos del pasado o las posibles consecuencias de una acción. Se guía al niño a que se concentre en la suposiciones más realistas y que no causan ansiedad (Cascardo & Resnik 2005).

3.5.9 Imaginería

La imaginería para Cascardo y Resnik (2005), es un recurso que se puede emplear como complemento para facilitar el tratamiento en alguna habilidad como la relajación o promover habilidades de afrontamiento. En primer paso, el terapeuta puede guiar al niño a escenarios en donde el niño se sienta más cómodo y tranquilo. Incluso se puede hacer grabaciones auditivas para que se lleven a casa.

En el caso del afrontamiento a veces se recurre a una variante denominada “imaginería emotiva”. Esta técnica en particular se ha usado con los fóbicos. Consiste en plantear un escenario imaginario en el que el niño co-participa con un personaje que el admire, a veces son súper héroes o personajes de caricatura, en una situación que cause ansiedad y la superen juntos. Esto se puede hacer, como la de sensibilización sistemática (la cual

se explicara más adelante) de forma gradual empezando con situaciones sencillas y pasando a más complejas.

3.5.10 Autoinstrucciones

El entrenamiento en autoinstrucciones es el proceso de enseñar a las personas hablarse a sí mismas de otra manera. El objetivo de esta técnica es modificar el dialogo interno para facilitar el afrontamiento de una determinada situación. En general, esta técnica, diseñada por Meichenbaum (1985), es de interés cuando lo que la persona se dice a si misma interfiere de manera negativa para comportarse adecuadamente en una situación, por ejemplo: “no lo voy a poder conseguir”, “es superior a mis fuerzas”, “voy a hacer el ridículo”, etc.

Las autoverbalizaciones negativas, acompañadas de una atención selectiva a estímulos internos de ansiedad, facilitan las respuestas de evitación o escape. Y, por el contrario, las auto instrucciones positivas, que actúan como una anticipación de consecuencias agradables (p. ej., “me va a salir bien”) y como un refuerzo después de la conducta realizada (p. ej., “lo he hecho mejor de lo que esperaba”), tienen un importante poder de motivación para hacer frente a las dificultades.

El entrenamiento en autoinstrucciones debe estar referido mas al inicio de conductas positivas (p. ej., “no voy a ponerme nervioso”). Esta técnica debe complementarse, al menos, con dos estrategias adicionales. En primer lugar, una reorientación atencional. Hay que preparar al sujeto para no fijarse en los estímulos internos, como el dolor de cabeza, sino en los elementos situacionales desencadenantes, como una discusión de pareja, y en las estrategias de afrontamiento adecuadas. Y en segundo lugar, la adquisición de una percepción correcta de la realidad. Una personas, por ejemplo, puede no estar tan tranquila ante la perspectiva de una intervención quirúrgica como si estuviera tomando café con un amigo, lo cual no constituye una situación anómala.

Las autoinstrucciones aprendidas deben ser variadas y atenerse al lenguaje habitual y al estilo cognitivo de cada paciente, así como aplicarse con tanta frecuencia como sea posible. El objetivo, en ultimo termino, es automatizarlas de forma que le sujeto puede llegar a percibir las como espontaneas (Bobes & cols., 2002).

3.5.11 *Relajación mental*

La presencia de preocupaciones excesivas, bien referidas a acontecimientos pasados o bien en forma de temores ante posibles sucesos futuros, que es característica del trastorno de ansiedad generalizada, tienen a paralizar la actividad del paciente o, cuando menos, a interferir negativamente en la conducta, que suele ser dubitativa e insegura.

La relajación mental es una alternativa adecuado cuando las personas se relajan física, pero no mentalmente, porque están excesivamente pendientes de sus inquietudes y preocupaciones (figura 5). De mismo modo que la imaginación y los pensamientos negativos pueden inducir estrés, los pensamientos positivos y la visión mental de escenas agradables y serenas pueden suscitar sosiego y tranquilidad.

No hay una superioridad clara de unas técnicas de relajación sobre otras (entrenamiento autógeno, meditación, yoga, etc.), si bien las diferencias individuales pueden haber preferibles unas u otras en cada caso concreto. Al centrarse la relajación sobre los aspectos más fisiológicos de la ansiedad, un aspecto importante, pero parcial, esta técnica tiende a utilizarse en la actualidad como un componente más de programas terapéuticos más amplios (Cascardo & Resnik 2005).

Figura. 5
Ejercicios de relajación mental de Cascardo y Resnik (2005).

1. Escriba una lista de lugares o situaciones que le resulten relajantes. Por ejemplo: tomar un baño en la playa, escuchar música grata, pasear por el campo, tomar algo en una terraza acompañado de un grupo de amigos, etc.
2. Al relajarse muscularmente después de hacer los ejercicios, imagine de la forma más realista posible que está en una de esas situaciones apacibles. No se preocupe si no puede concentrarse durante mucho tiempo en una imagen. Si tienes varias, puede imaginarlas una detrás de otras. Se trata de apartar de la mente los pensamientos preocupaciones durante periodos cada vez más largos.
3. Si no puedo pensar en una imagen relajante, concéntrese en algo interesante o divertido.

3.5.12. *Distracción cognitiva*

Las técnicas de distracción cognitiva según Butler, (1991) tienen por objeto desconectar este tipo pensamientos de las conductas en las que se implica el sujeto. Se trata, por tanto, de no pensar en los síntomas o en las preocupaciones y de orientar la atención del

sujeto a situaciones no vinculadas, a la percepción de aspectos amenazantes. Algunas formas de conseguir este objetivo se describen en la siguiente figura.

Figura. 6 Ejercicio de distracción cognitiva de Butler 1991.

Orientación atencional al sucesos no amenazadores.
Lo que debe captar la atención del sujeto puede ser la concentración en algún estímulo ambiental neutro (p. ej., la adivinación del lugar de origen de las personas que pasan por la calle) o, en otros casos, el recuerdo de una situación agradable vivida recientemente.

Ocupación de la mente en una actividad polarizante.
Contar hacia atrás de tres en tres, hacer un trabajo manual absorbente, jugar una partida de ajedrez o resolver un crucigrama, etc.

Practica de ejercicio físico.
Mantener físicamente ocupado ayuda al sujeto a distraerle de sus pensamientos problemáticos. La práctica regular del deporte es una forma de ejercicio físico, pero también lo es lavar el coche habitualmente, sacar a pasear al perro, andar sistemáticamente u ocuparse de cuidar el jardín.

Sin embargo, esta técnica no deben utilizarse cuando el sujeto debe pensar un problema para resolverlo ni cuándo se va enfrentar a una tarea concreta de exposición a una conducta evitada (p. ej., acudir con unos amigos a una cena fuera de casa) o a una preocupación específica. En estos casos, la reducción de la ansiedad solo se consigue cuando el sujeto se expone física y atencionalmente a la situación temida. La distracción (p. ej., estar pensando en algo ajeno a la conversación planteada o a la preocupación tratada) sería en este caso una forma de evitación cognitiva y constituiría, por lo tanto, una dificultad en el proceso de habituación.

3.5.13 Técnicas de afrontamiento: entrenamiento en solución de problemas.

Según Cascardo y Resnik (2005), el objetivo de esta técnica es lograr que la persona se enfrente a los problemas ordinarios de la vida cotidiana (educación de los hijos, situación económica, cuidado de familiares enfermos, etc.) de la manera más adecuada. El procedimiento utilizado es el análisis concreto de diversos problemas y preocupaciones, la generación de las posibles soluciones, el análisis de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas y, por último, la toma de decisiones, así como la evaluación posterior de ellas. Para ello, se debe enseñar a los pacientes los pasos de este procedimiento efectivo para enfrentarse con éxito a los diversos problemas planteados y que deben adaptarse al estilo de cada persona.

En general, los pasos recomendables Según Cascardo y Resnik suelen ser los siguientes:

1. Definir de forma clara y específica el problema.
2. Buscar diferentes soluciones a ese problema, sin entrar a valorarlas inicialmente.
3. Analizar cada una de las posibles soluciones planteadas, así como elegir la más adecuada.
4. Actuar en consecuencia con la solución elegida. Una vez puesta en práctica, conviene evaluar el resultado. Si éste es positivo, servirá de guía para resolver problemas similares en el futuro. Por el contrario, si el resultado es negativo, se debe replantear el procedimiento y buscar otra alternativa.

De este modo, se puede encontrar la solución al problema, reducir la intensidad de la preocupación, fomentar la capacidad de iniciativa y, en último término, generar una forma más efectiva de enfrentarse ante los problemas. En resumen, esta puede ser la técnica más adecuada para hacer frente a las preocupaciones ordinarias; para las preocupaciones catastróficas, sin embargo, puede resultar más indicada la exposición a la preocupación y el impedimento de las conductas evitativas o confirmatorias.

3.5.14. Exposición y desensibilización sistemática

Esta es una estrategia que en realidad congrega una gran variedad de mecanismos cognitivo-conductuales. Para el tratamiento de ansiedad en niños, esta técnica consiste en exponer al individuo a una experiencia que le provoque ansiedad de forma imaginaria o en una situación real (in vivo) que permita al niño poner en práctica habilidades tanto cognitivas como conductuales para controlar la ansiedad.

Existen subtipos de esta técnica: implosión y prevención de respuestas. La implosión consiste en crear niveles de ansiedad muy elevados a través de situaciones exageradas presentadas imaginariamente. Se busca prolongar esta exposición hasta que el individuo se habitúe y finalmente hasta que se extinga la ansiedad. En contraste, la variante del flooding (inundación) implica la exposición directa del individuo a una situación de estímulo que cause ansiedad intensa. La prevención de respuestas, por su parte es un subtipo que sobre todo se usa para los pacientes que sufren trastorno obsesivo-compulsivo. Consiste en poner en contacto al niño con la situación o el estímulo que desencadena los rituales compulsivos, pero sin permitir que el niño los ponga en práctica (Kendall, 1992).

Varios son los mecanismos que se ponen en marcha a través de la exposición: extinción, habituación, contra-condicionamiento, cambio cognoscitivo y desarrollo de habilidades de afrontamiento. A continuación se explica como tales principios pueden estar mediando la disminución de la ansiedad. Empezando con el principio de contra-condicionamiento, el cual se aplica para el desarrollo de la de sensibilización sistemática. La de sensibilización sistemática es una exposición de forma general. Esta técnica fue desarrollada originalmente por Wolpe alrededor de 1950 basándose en la técnica que si se confrontaba un estímulo temido al mismo tiempo que se recurría a un proceso de inhibición recíproca o empleando una conducta biológicamente incompatible (como la relajación) entonces el condicionamiento original de miedo ante el estímulo sería contra-condicionado con un estado de no ansiedad. La de sensibilización sistemática involucra la creación conjunta por parte del paciente y del terapeuta de una jerarquía de estímulos o situaciones que originan la ansiedad en donde se indica el nivel de ansiedad que provocan. La exposición comienza por el nivel más bajo en la jerarquía y conforme se superen dichas situaciones se va avanzando a las situaciones que causan mayor ansiedad.

Con el paso del tiempo, se ha descubierto que recurrir a procesos de inhibición recíproca, elemento central para que el contra-condicionamiento tenga lugar, no es esencial para que la exposición surta efecto. Es decir, un estado de relajación o cualquier otra conducta incompatible a la respuesta de miedo son prescindibles para llevar a cabo la exposición. De modo que el contra-condicionamiento no es un mecanismo que explique los efectos de la exposición en todos los casos.

Entonces, una explicación alternativa sobre los mecanismos subyacentes en la exposición de la extinción. Esta ocurre cuando después de varios ensayos, la respuesta incondicionada de ansiedad deja de manifestarse en la presencia del estímulo condicionado. Así mismo, esta extinción genera un reforzamiento negativo, pues se experimenta una disminución de la ansiedad aun en presencia del estímulo condicionado. De manera similar, la habituación ocurre cuando el individuo está en la presencia del estímulo o situación que provoca ansiedad hasta un punto en el que el nivel de activación deja de causar un malestar elevado (Kendall, 1992).

En cuanto a los mecanismos cognitivos explicativos de la exposición, hay que recordar que las teorías cognitivo-conductuales contemporáneas se basan en los principios de aprendizaje para explicar el desarrollo de representaciones internas de los estímulos, así como acciones, las consecuencias y las asociaciones entre estos. Cuando existe una asociación de que un estímulo dado es peligroso, tal asociación involucra tanto la información sobre el estímulo como el significado de la posible respuesta. El cambio cognitivo puede ocurrir durante la exposición pues propicia que el individuo re-interprete su reacción ante situaciones de ansiedad, perciba de forma diferente sus propios recursos ante la situación, re-valore la amenaza real de la situación y confronte sus predicciones iniciales con lo que realmente ocurre cuando se expone al estímulo. Otra forma de explicar el cambio cognitivo que acompaña la exposición es que los niños van desarrollando habilidades de afrontamiento (que idealmente se entrenaron antes de la exposición). Cuando mejora su percepción de control y auto-eficacia que se contra ponen con sus predicciones negativas ayudándolos a modificar sus esquemas cognitivos (Bouchard, 2004).

Para llevar a cabo la exposición, ya sea en vivo o imaginaria, no es necesario empezar la exposición con los estímulos o situaciones que generan menor ansiedad. Sin embargo, en el caso de los niños con ansiedad es recomendable empezar en la jerarquía con el nivel menor, pues hace que el mecanismo sea más llevadero y los pequeños logros animan a los niños a continuar con las situaciones más temidas. También se recomienda que antes de comenzar con las exposiciones en vivo se realicen exposiciones imaginarias, también de forma gradual, a través de historias narradas o escritas. Asimismo se pueden hacer juegos de roles entre el terapeuta y el niño antes para que este último tenga la oportunidad de practicar habilidades de afrontamiento. Recientemente se habla incluso de exposición virtual y a través de casetes auditivos en lugar de, o aparte de, la exposición en vivo. No existe una guía específica sobre el contenido de las exposiciones y como deba conducirse. Sin embargo, para que el ejercicio tenga éxito, el terapeuta debe evaluar lo mejor posible el origen del malestar del niño y lo que el niño espera que pase ante la situación temida.

Otra recomendación es propiciar la generalización de las habilidades y de la extinción de la respuesta de ansiedad, la cual se puede conseguir por un lado, practicando en

diferentes escenarios y con diferentes actores, y por otro lado, dirigiendo un cambio general en los esquemas cognitivos generales (Kendall, 1992).

La exposición se considera un ingrediente activo para el tratamiento exitoso de la ansiedad en los niños. De hecho, su eficacia se ha evaluado y comprobado recientemente para distintos tipos de trastornos de ansiedad y en niños de diferentes etnias. Pero para maximizar sus efectos, los ejercicios de exposición requieren mucha planeación, especialmente si son en vivo. En este caso algunas de las exposiciones deberán llevarse a cabo fuera de la sesión clínica, tal vez tenga que acudir a escenarios particulares y tal vez requiera la participación de otras personas. Además, es muy probable que al tratar niños, se necesite la ayuda adicional de los padres para hacer ejercicios de exposición fuera de las sesiones terapéuticas.

3.6 Programa cognitivo-conductual específicos

La intervención específica para este trastorno se ha estudiado desde hace algunas décadas y a partir de diversos enfoques. No obstante, debido a la comorbilidad que este trastorno presenta con otras patologías (depresión y fobias), la intervención debe orientarse a la problemática principal que presenta el niño o adolescente y que puede ser la base que mantiene las otras dificultades. En este apartado se centrará básicamente en las terapias cognitivo-conductuales que se han desarrollado para este trastorno y en la evidencia empírica que apoya la eficacia de cada una de ellas.

En la última década, la terapia cognitivo-conductual ha tenido gran desarrollo en lo referente al manejo de los trastornos de ansiedad de los niños. Este enfoque generalmente se refiere a una integración de estrategias a nivel cognitivo, conductual, familiar y social para lograr un cambio comportamental. Utiliza varias técnicas basadas en el aprendizaje, anteriormente descritas. A continuación se describirán tres programas de tratamiento utilizados con niños y adolescentes que presentan TAG (según criterios del DSM-IV-TR), que sirven para ejemplificar el tipo de intervención que se puede realizar siguiendo este enfoque. Cada uno de ellos enfatiza un aspecto particular, como es el cambio cognitivo-comportamental del niño, la transferencia de control terapeuta-padres-pacientes y la intervención con la familia como agente de mantenimiento y generalización de los efectos del tratamiento.

3.6.1 Programa integral cognitivo-conductual de Kendall.

Kendall et al (1992) han promovido un programa integral cognitivo-conductual para el tratamiento de ansiedad infantil, cuyos objetivos son que el niño o el adolescente aprenda a: 1) reconocer, experimentar y afrontar la ansiedad; 2) reducir sus niveles de ansiedad, y 3) realizar de forma gradual y apropiada los ejercicios que se le asignan.

Este programa consta de dos fases, cada una de las cuales tan conformada por ocho sesiones. La primera fase consiste en el entrenamiento en habilidades y la segunda en la puesta en práctica dichas habilidades. En la fase de adquisición de habilidades, al niño o adolescente se le enseña a:

1. Ser consciente de las respuestas físicas que presenta ante sus emociones, específicamente de ansiedad.
2. Reconocer que sus autoverbalizaciones están asociadas con sentimientos.
3. Utilizar habilidades de solución de problemas para modificar sus autoverbalizaciones y promover su afrontamiento.
4. Autoevaluarse y reforzarse.

En esta fase también se enseña a los padres y al joven la naturaleza del miedo y la ansiedad y sus reacciones concomitantes (respuestas subjetivo-cognitivas, conductuales y fisiológicas) y se incorpora el uso de contratos de contingencia, explicando los conceptos e refuerzo positivo y extinción. Entre las estrategias para modificar sus autoverbalizaciones se enseña al niño a examinar las cogniciones específicas y el papel que juega en el mantenimiento del miedo. De esta manera, aprende a reconocer cuando está preocupado o miedoso, a emplear más conductas y pensamientos adaptativos, y apremiarse a sí mismo si lo logra.

Durante la fase practica del tratamiento, el niño participa de una exposición gradual, tanto imaginaria como en vivo, a las situaciones que le provocan ansiedad. Durante los ejercicios de exposición, el niño es animado a utilizar estrategias de afrontamiento que ha desarrollado durante la fase de entrenamiento en habilidades.

Para estimar la eficacia de este programa de tratamiento, Kane y Kendall (1989) realizaron una evaluación inicial utilizando un diseño de línea base múltiple para cuatro casos de niños con diagnostico de Trastorno de ansiedad (entre los 9 y 13 años). Los

resultados indicaron una disminución significativa de los síntomas de ansiedad informados por el niño y sus padres entre las sesiones de evaluación pre y postratamiento. Estas ganancias fueron mantenidas durante los 3 y 6 meses siguientes.

Tres años más tarde, Kendall y sus colaboradores realizaron una investigación para corroborar tales resultados, la cual consistió en una evaluación multimetodo pre y postratamiento, de un grupo de niños diagnosticados con Trastorno de ansiedad excesiva y quienes fueron aleatoriamente asignados a una condición de tratamiento o de control (lista de espera). Los resultados indicaron una disminución en el autoinforme de ansiedad en el grupo de niños tratados, comparados con los del grupo control. Los niños tratados se describieron a sí mismos y fueron descritos por sus padres como poseedores de unas habilidades de afrontamiento significativamente mayores después de la evaluación postratamiento. Los padres informaron que los síntomas mostraron una disminución significativa en los niños tratados, comparados con los niños del grupo de lista de espera. Sin embargo, en los informes de los profesores acerca de los síntomas de los niños, no se encontraron diferencias significativas al comparar el grupo de tratamiento con el grupo control. Hubo cambios significativos en el diagnostico del Trastorno de ansiedad excesiva en el curso de la intervención en ambos grupos. Utilizando el diagnostico informado por los padres, el 60% de los casos tratados, comparado con únicamente el 7 % de los casos en lista de espera, no cumplía ya los criterios de diagnostico informado por los niños, el 80% de los casos tratados y el 40% de los casos en lista de espera no reunieron los criterios para diagnostico de Trastorno de ansiedad después del tratamiento. Sin embargo, en el seguimiento que se hizo un año después, el 100% de los casos tratados no reunían los criterios para un diagnostico de ansiedad.

Más recientemente, el mismo investigador volvió a evaluar la eficacia de su programa de intervención a través de un estudio controlado. Sin embargo, en este estudio la muestra no comprendió únicamente los niños diagnosticados con Trastorno de ansiedad excesiva (n=30), sino también niños diagnosticados con trastornos de ansiedad por separación (n=8) y trastorno de evitación (n=9). Todos los sujetos fueron asignados aleatoriamente al programa de tratamiento o al grupo control (lista de espera). Los resultados apoyan la eficacia del tratamiento, pues se observaron reducciones significativas en los síntomas de ansiedad según lo informado por los niños y los padres en la evaluación postratamiento, con seguimientos al año y 3 años (March, 1995).

Por otra parte, Eisen y Silverman (1993), utilizando un diseño de línea base múltiple, comparando la eficacia del entrenamiento en autocontrol, relajación y la combinación de ambos procedimientos, en el tratamiento de 4 niños (con edades comprendidas entre los 6 y 15 años) diagnosticados con Trastorno de ansiedad excesiva. Cada una de las tres condiciones, las cuales duraron 6 semanas, incluyo un componente de exposición. Se demostraron cambios positivos en los cuatros casos, después del tratamiento y a los 6 meses siguientes, evaluados mediante los informes de síntomas de ansiedad del niño y sus padres. De las tres condiciones, la combinación de entrenamiento en autocontrol y entrenamiento en relajación demostró ser la más eficaz.

3.7. Tratamiento psicosocial de Silverman y Kurtines

Silverman y Kurtines (1996), basados en la concepción de que los trastornos de ansiedad son complejos, multifacéticos y multideterminados, proponen una estrategia de tratamiento que comprende cuatro dimensiones: conducta, cognitiva, afectiva y relacional. Su estrategia se fundamenta en el principio de que los cambios terapéuticos eficaces a largo plazo en los niños involucran una “transferencia de control” gradual que va del terapeuta a los padres y al niño. El enfoque del tratamiento es notablemente pragmático y se caracteriza por estar focalizado en el problema, orientado hacia el presente, estructurado y directivo.

La exposición es la estrategia terapéutica clave utilizada en este tratamiento y se aplica a todos los trastornos de ansiedad. Las formas de exposición utilizadas con los niños son tanto en vivo como en la imaginación y de presentación gradual de los estímulos temidos. La preferencia por esta técnica se basa en la evidencia investigadora disponible que demuestra su eficacia (Barlow, 1988). La razón de esta, según varios autores, está en que involucra modificaciones en los procesos comportamentales, cognitivos y afectivos.

A pesar de que la técnica de exposición se utiliza con todos los trastornos de ansiedad, el diagnostico diferencial de cada uno de ellos sirve para diseñar el contenido de los procesos. Por ejemplo, si un niño presenta fobia social, las situaciones de exposición involucrarán tanto a la evaluación como a la situación social. Igualmente, el diagnostico específico de ansiedad sirve para diseñar situaciones adicionales que faciliten el proceso de exposición y transferencia de control (por ejemplo, incluir compañeros de clase para

fortalecer la exposición en el caso de la fobia social). Como parte importante del trabajo terapéutico se utilizan técnicas de manejo de contingencias y de autocontrol. Se entrena a los padres en el manejo de contingencias y de contratos conductuales donde se detallan las tareas específicas de exposición que el niño debe realizar cada semana y las recompensas que recibirá por los logros que obtenga.

Por otra parte, a los niños se les entrena en estrategias de autocontrol arriba mencionadas para facilitar la exposición a los objetos o situaciones temidas. Un elemento clave de entrenamiento es la reestructuración cognitiva y la autorrecompensa. A través de este procedimiento, el niño toma conciencia de que el mismo tiene un papel importante en la reducción de su propia ansiedad.

Trasferencia de control: Implica, primero, el entrenamiento de los padres en el manejo de contingencias y en la asignación de tareas para que ellos estimulen al niño realizar una exposición gradual (control del padre). Luego se procede a un desvanecimiento del control parental, al mismo tiempo que al niño se le instruye en técnicas de autocontrol para realizar su propia exposición (control por el niño).

El programa total de tratamiento tiene una duración de 10 a 12 semanas, divididas en tres fases: a) educativa, que dura tres semanas; b) de aplicación, con una duración de cinco o seis semanas, y c) de prevención de recaídas, cuya duración es de 1 a 3 semanas. Se realizan sesiones tanto individuales como conjuntas con los padres y el niño.

En la fase educativa se brinda al niño y a sus padres una información general sobre el programa, se conceptualiza el temor y la ansiedad y se explican los procedimientos que se emplearán para el cambio: exposición –por medio de una jerarquía de temores-, manejo de contingencias y autocontrol. También se explica la justificación para la secuencia de los procedimientos de cambio y las estrategias facilitadoras de transferencia del control, al igual que las actividades que se realizan fuera de la sesión.

En las sesiones con los padres, el énfasis está en brindarle la información y enseñarles las habilidades necesarias para que controlen o manejen las conductas ansiosas de su hijo y para que, gradualmente, le transfieran a ellos este control. En las sesiones con el niño, el centro de atención está en suministrarle la información y entrenarlo en las

habilidades necesarias para hacer una transición gradual de un control externo (padres) a su propio control. En las sesiones conjuntas, el objetivo es resolver las dificultades de interacción entre padres e hijos, bien sean de naturaleza general o específicamente relacionadas con los problemas de ansiedad del niño.

La fase de aplicación es la más crítica del tratamiento. Es en ella donde tanto los padres como el niño realmente comienzan a aplicar la información y las habilidades que aprendieron en la fase educativa. Más específicamente, esto implica que, primero, los padres apliquen el manejo de contingencias y los contratos conductuales y que, más tarde, los niños apliquen sus estrategias de autocontrol a medida que las contingencias parentales se van desvaneciendo.

En esta fase, el niño inicia las tareas de exposición gradual dentro de las sesiones, acompañado del terapeuta. En las exposiciones fuera de la sesión, el niño está acompañado por alguno de sus padres. Además de las tareas de exposición, en algunas ocasiones se hace repaso de los principios enseñados a los padres y al niño durante la fase educativa. Esto se hace en el momento en que se analiza el desempeño del niño en las tareas asignadas. Por ejemplo, en el caso de un niño que no hubiese podido completar alguna de ellas, puede ser importante revisar ciertos principios de autocontrol, de tal manera que el niño se sienta más seguro para intentarlo en una próxima ocasión.

La fase de prevención de recaídas, es la etapa final del tratamiento. En ella se programan estrategias específicas para que los padres y los niños aprendan a manejar las posibles “recaídas”. Se incluye este componente debido a que se sabe que los logros del tratamiento no necesariamente van a mantenerse de manera automática o estable; además, la prevención de recaídas es un concepto que encaja perfectamente dentro del principio de “transferencia de control”. Se hace énfasis en que la mejor forma de evitarlas es a través de una práctica continua de las habilidades aprendidas en el programa.

No se conocen, hasta el momento, datos empíricos acerca de la eficacia del tratamiento propuesto por Silverman y Kurtines. Sin embargo, podrían hipotetizar que el énfasis en la “transferencia de control” es un componente muy poderoso para garantizar la generalización de los resultados al ambiente natural y constituye, además, un excelente predictor para el mantenimiento de los logros terapéuticos.

3.8. Intervención familiar de Barrett Rappe y Dadds.

Durante los últimos diez años, los psicólogos investigadores orientados hacia la familia han comenzado a evaluar empíricamente la eficacia del tratamiento para trastornos específicos. Un punto expuesto por Kendall se refirió a la implicación de los padres en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La investigación no se dirigió específicamente hacia el punto, pero es necesario evaluar la incorporación de la intervención familiar en el tratamiento de niños ansiosos. Hay evidencia creciente de que la ansiedad en los niños está significativamente relacionada con la frecuencia y retroalimentación parental negativa. Además, los estudios experimentales recientes han proporcionado datos que apoyan un modelo de la ansiedad infantil basado en el desarrollo de un estilo cognitivo generado en el interior de la familia. Más específicamente, algunos procesos de interacción familiar provocan aumento de respuestas de evitación en los niños ansiosos (Barrett, Rappe & Dadds, 1996).

Los enfoques familiares de carácter conductual basan sus intervenciones en el aprendizaje social y se centran en la forma en que los padres modelan y refuerzan las conductas de ansiedad, miedo o evitación de sus hijos y en los que ellos pueden hacer para cambiar dichas conductas. Algunos estudios han mostrado que los programas de entrenamiento a padres, junto con el empleo de procedimientos cognitivos, han sido beneficiosos en el tratamiento de fobias específicas en los niños. Vale la pena destacar el estudio de Barrett, Rappe y Dadds (1996), donde se evaluó el valor de incorporar a los padres en el tratamiento de la ansiedad infantil. En este se utilizó un tratamiento familiar (FAM) paralelamente a la terapia cognitivo-conductual de Kendall, en un grupo de 79 niños entre los 7 y 14 años que cumplía criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad por separación, ansiedad excesiva y fobia social, y que se repartieron aleatoriamente en tres condiciones de tratamiento: terapia cognitivo-conductual (TCC), TCC más intervención familiar (TCC+FAM) y lista de espera.

En este proceso terapéutico familiar, en primer lugar, se enfatizó, tanto a los niños como a sus padres, la importancia de una comunicación sincera de sus pensamientos y sentimientos, la participación conjunta en el contenido y los procesos de la terapia y la identificación de los cambios positivos que se dieran por parte de los miembros de familia y su consecuente esfuerzo.

Los objetivos que propuso esta intervención fueron:

1. Proporcionar un entrenamiento a padres sobre como premiar contingentemente la conducta y extinguir la ansiedad excesiva en el niño. Se entreno a los padres en los procedimientos de refuerzo contingentes a las respuestas del niño en las situaciones temidas. La indiferencia (retiro de atención) se utilizo como un método para disminuir las quejas excesivas y conductas ansiosas, seguido por una invitación al niño para que generara estrategias de afrontamiento adecuadas para una situación determinadas.

2. Enseñar al padre como identificar sus sensaciones emocionales, con el fin de que tomara conciencia de sus propias respuestas de ansiedad ante las situaciones estresantes y adoptara estrategias adecuadas ante las situaciones temidas.

3. Brindar un entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas a los padres para que enfrentaran, lo mejor posible, los futuros problemas mantuvieran los beneficios terapéuticos una vez terminado el tratamiento. Este entrenamiento involucro los siguientes pasos:

a) Manejo de conflictos: los padres fueron entrenados en habilidades para reducir su conflicto interparental sobre las conductas del niño y para que hubiera consistencia y uniformidad en la forma de tratar el comportamiento ansioso de este.

b) Discusiones diarias. Se brindaron herramientas a los padres para que sus discusiones diarias no fueran tan problemáticas y se entreno en habilidades de escucha para producir un incremento en la eficacia de estas discusiones.

c) Solución de problemas. Se instruyo a los padres en la identificación y utilización de técnicas adecuadas de solución de problemas.

Cada una de estas áreas se trabajó a lo largo de cuatro sesiones con un total de doce sesiones de intervención con la familia. La duración de cada sesión se equiparó para ambas condiciones de tratamiento. En la intervención TCC, las sesiones fueron de 60-80 minutos. En la condición TCC+FAM aproximadamente 30 minutos fueron dedicados a la TCC y 40 a la intervención con la familia. Las estrategias de tratamiento fueron llevadas a cabo con flexibilidad para permitir la individualidad de cada familia y de cada niño.

La eficacia de las intervenciones se evaluó después del tratamiento y a los 6 y 12 meses siguientes. Los resultados indicaron que en la evaluación postratamiento, el 69.8% de los niños no reunieron los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad, comparado con un 26% en los que se encontraban en lista de espera. A los 12 meses siguientes, el 70.3% de los niños en el grupo TCC y el 95.6% de los niños en el grupo TCC+FAM, no reunían los criterios. Las comparaciones de los niños que recibieron TCC con los que recibieron TCC+FAM en medidas de autoinforme, indicaron beneficios adicionales del tratamiento TCC+FAM. La edad y el género interactuaron con la condición de tratamiento: los niños más jóvenes y las participantes mujeres respondieron mejor a la condición de TCC+FAM. Este tipo de estudios explica que el involucrar a la familia como complemento de la terapia cognitivo-conductual es bastante eficaz para lograr una mejoría en los trastornos de ansiedad de los niños.

En general, se requieren estudios clínicos adicionales y controlados sobre el tratamiento específico para el TAG. Las investigaciones han mostrado resultados alentadores, pero presentan ciertas limitaciones por no tener el suficiente rigor metodológico en el empleo de procedimientos experimentales, utilizar pocas evaluaciones multimétodo, no contar con procesos sistemáticos de seguimiento u trabajar con estrategias inadecuadas para evaluar y comparar la eficacia de la intervención (Silverman y Kearney, 1991; Silverman & Rabian, 1994). Es difícil, sacar conclusiones definitivas sobre el tratamiento del TAG. Sin embargo, los descubrimientos preliminares obtenidos por Kendall y colaboradores, utilizando el paquete de tratamiento cognitivo-conductual junto con intervención familiar es prometedor, ya que los cambios significativos encontrados en el diagnósticos postratamiento evaluados con medidas de autoinforme, han mantenido su estabilidad a través del tiempo.

3.9. Evolución y pronóstico.

Los datos existentes acerca de la evolución del trastorno de ansiedad generalizada infantiles son poco homogéneos, de forma que algunos estudios describen un pronóstico benigno con resolución sintomatológica en la mayoría de los pacientes, mientras que otros por el contrario señalan una evolución crónica o su transformación en otros trastornos de ansiedad.

Cantwell y Baker (1989), en una muestra de 8 niños con trastornos por ansiedad excesiva observaron que solo el 25% se recuperaron totalmente a los 4 años, mientras que dos de los niños continuaban padeciendo el trastorno. Sin embargo, las conclusiones que se pueden extraer de este estudio están muy limitadas por el pequeño tamaño muestral y la corta edad de los niños (7 años).

También se concentraron altas tasas de cronicidad en un estudio realizado con los descendientes de un progenitor con trastorno afectivo. La duración media del trastorno por ansiedad excesiva en los niños fue de 4.5 años y hasta el 46% de ellos continuaban padeciendo el trastorno de ansiedad 8 años después de su inicio.

En un estudio epidemiológico con 734 niños entre 9 y 18 años diagnosticados de trastorno por ansiedad excesiva, Cohen y cols. (1993), observaron que 2.5 años después el 47 % continuaban reuniendo criterios para el diagnóstico, sin que hubiera diferencias en función de la edad o el género.

Otros autores como Last y cols.(1996), describen una evolución algo más favorable, en una muestra de 84 niños con trastornos de ansiedad, de los cuales 20 sufrían un trastorno por ansiedad excesiva, observaron tras un seguimiento de 3 a 4 años que el 80% se habían recuperado, es decir, ya no reunían criterios DSM-III-R de trastorno por ansiedad excesiva. No obstante, un dato preocupante de este trabajo fue que el 35% de los niños con trastorno por ansiedad excesiva iniciaron un nuevo trastorno psiquiátrico, preferentemente depresivo u otro trastorno de ansiedad.

Toren y cols. (2000), con una muestra de 24 niños entre 6 y 13 con trastorno de ansiedad generalizada, observaron que tras un programa de tratamiento cognitivo-conductual el 91% de los niños no tenían síntomas de ansiedad después de 3 años de seguimiento.

Respecto a los factores pronósticos de los niños con trastorno de ansiedad, Cohen y cols. encontraron que cuando más graves eran los síntomas basales del trastorno por ansiedad excesiva más probabilidades tenían de que persistiera el trastorno.

Recientemente, Kendall y cols.(2001), analizaron la influencia de la comorbilidad en el pronóstico mediante un estudio realizado entre 173 niños que recibían tratamiento cognitivo-conductual por padecer diversos trastornos de ansiedad, entre los que el

trastorno de ansiedad generalizada era el más frecuente (58.4%). Sus conclusiones fueron que la comorbilidad se asociaba a una mayor gravedad de los síntomas internalizados pero que no influía en la evolución.

Esta aun por resolver de manera definitiva la cuestión de si los trastornos de ansiedad infantiles son precursores de los de la vida adulta. Los estudios retrospectivos con pacientes adultos con trastornos de ansiedad a los que se les pregunta acerca de la aparición de la sintomatología en la infancia son poco fiables para demostrar esa asociación, como es el caso del trabajo de Thyer y cols. (1985), quienes encontraron que solo el 20% de los adultos con trastorno de ansiedad generalizada informaban de la aparición de su trastorno en la infancia o adolescencia.

Otro estudio realizado por Harrington, Fudge, Rutter y cols. En 1990, con 52 niños y adolescentes vistos con síntomas de ansiedad y depresión en el Hospital Maudsley a finales de la década de los años sesenta y principio de la de los setenta encontró que el 58% desarrollo un trastorno afectivo en la vida adulta, mientras que el 31% desarrollo un trastorno de ansiedad. Unos resultados similares se han obtenido en un reciente estudio prospectivo que demostró que los adolescentes con trastorno de ansiedad o depresión tenían un riesgo dos o tres veces mayor de sufrir un trastorno de ansiedad o depresión en la vida adulta.

Debe señalarse, por último, la posible relacione entre los trastornos de ansiedad infanto-juvenil y las conductas suicidas, aspecto que debe tenerse en cuenta en futuras investigaciones, ya que un interesante trabajo de Strauss y cols. (2000), realizado con 1,979 jóvenes atendidos en una clínica ambulatoria de trastorno de ansiedad y depresión, demostró que entre los chicos mayores de 15 años, el trastorno de ansiedad generalizada era más prevalente en el grupo de pacientes con ideación suicida que en el grupo no suicida, lo que sugeriría una cierta relación entre los trastornos de ansiedad y la ideación suicida.

4. Método

4.1 Objetivos y propósitos

Objetivo General

- Conocer las diferencias entre la terapia Cognitivo Conductual grupal e individual en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada del hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro.

- **Objetivos Específicos**

- Identifica la sintomatología; fisiológica, cognitiva y conductual de cada uno de los pacientes diagnosticados con TAG.
- Proponer un programa de intervención para el manejo de la ansiedad con enfoque cognitivo conductual.
- Intervenir ambos grupos utilizando el programa propuesto.
- Contrastar los niveles del TAG de los participantes de cada uno de los grupos a través de la prueba Cmas-R.
- Puntualizar las ventajas de cada uno de los programas de intervención

4.2 Participantes.

En esta investigación se trabajo con 12 pacientes:

De los cuales ocho fueron varones de entre 7 a 13 años de edad canalizados por el departamento de Psicodiagnóstico del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, con un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Todos los pacientes asisten a la educación básica pública.

Tabla 8. Descripción de los integrantes de la terapia grupal antes de recibir el tratamiento.

Sujeto	Preocupación	Conductas	Fármaco	Edad	Grado escolar	Viven con
E	Al fracaso escolar.	Se quita las pestañas, Enuresis, Irritabilidad, Oprime sus dedos.	Sertralina	9 años	4°	Mamá
G	Que alguien lo secuestre.	Pánico de salir a la calle, Oprime sus dedos, Onicofagia	Sertralina	9 años	3°	Mamá
A	Que alguien lo secuestre. Miedo a tener pesadillas.	Hiperhidrosis, miedo a salir solo, Insomnio, Inquietud cuando se queda solo en casa.	Sertralina	9 años	4°	Ambos padres
S	Miedo a los fantasmas. Temor a que su reflejo se lleve su alma.	No se mira al espejo, Duerme con su hermano mayor, enuresis	Sertralina	10 años	4°	Mamá
L	Miedo a que le pase algo malo a su papá.	No se puede concentrar. Habla frecuentemente al padre, Parpadea con frecuencia.	Sertralina	10 años	4°	Ambos padres
J	Preocupación al fracaso escolar, miedo nocturno, temor a los insectos y a ser secuestrado mientras duerme.	Insomnio, falta de concentración y nerviosismo	Sertralina	11 años	6°	Ambos padres
B	Temor de dios y al infierno. Miedo al fin del mundo. Que a su papá le de un infarto.	No puede dormir, rechina sus dientes y falta de atención en sus actividades diarias.	—	13 años	2° secundaria	Ambos padres

Cuatro de los participantes son mujeres de entre 7 a 13 años de edad canalizados por el Psiquiatra y el área de psicodiagnóstico del Hospital Psiquiátrico Infantil con un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Las cuatro asisten a la educación básica pública.

Tabla 9. Descripción de los menores intervenidos con terapia individual.

Sujeto	Preocupación	Conductas	Fármaco	Edad	Grado escolar	Vive con
K	Preocupación al fracaso escolar	Insomnio, incapaz de concentrarse, fatiga, nerviosismo, no puede hablar en público, movimientos constantes.	—	9 años	3°	Ambos padres
V	Teme al fin del mundo. Preocupación por la ecología.	La mayor parte del tiempo su concentración esta en ahorrar agua, recoger basura, ahorrar luz, etc.	Sertralina	11 años	5°	Mamá
P	Temor al fracaso escolar. A que sus compañeros(as) la rechacen o molesten. A que sus profesores le griten. Temor a los lugares aglomerados.	Incapaz de concentrarse, camina de forma desesperada en forma de círculos. Frecuentemente aprieta sus dedos. Lloro y grita cuando esta con gente desconocida.	—	11 años	6°	Ambos padres
BA	Preocupación a exponer en público. Inquietud por salir mal en la escuela. Temor a que algo malo pase en casa, pelas de los padres, hermanos y familiares.	Incapacidad de concentrarse en las actividades de su vida diaria.	—	12 años	6°	Madre

4.3. Descripción de actividades.

La finalidad de describir las actividades realizadas en el psiquiátrico infantil es puntualizar las técnicas que se utiliza para identificar la sintomatología de cada uno de los pacientes, para empezar se describirá la entrevista que se realiza en la institución.

4.3.1 Entrevista con los padres.

En el Psiquiátrico infantil se realiza la entrevista inicial con los padres de los menores, para poder obtener la información necesaria sobre su padecimiento y conocer más a fondo la situación tanto en casa, en escuela y sobre todo para profundizar respecto al problema central de los pacientes. En el caso los niños con Trastornos de Ansiedad Generalizada, se aplicó la siguiente entrevista.

a) Los datos básicos del paciente; nombre completo, genero, edad, fecha de nacimiento, grado escolar y si lleva algún tratamiento farmacológico psiquiátrico.

b) Motivo de consulta: Aquí los padres describen de manera breve cual es la razón por la cual traen al paciente al servicio.

c) Desarrollo del problema: En este apartado se pretende adquirir la información necesaria para saber más sobre el problema y como se origino. Por esta razón se pregunta a los padres:

¿A partir de qué momento o acotamiento dio inicio el problema?

¿Qué sucedió, como sucedió, quien participo, en donde sucedió?, ¿Cómo cree que se sintió el menor?

¿Qué le hizo notar que las conductas, o emociones del menor no eran normales?

¿Qué conductas o emociones antes mencionadas continúan apareciendo desde inicio hasta hoy, en el menor?

¿En su familia, han existido casos iguales o parecidos al menor?

¿El menor ha recibido anteriormente algún tipo de ayuda para aminorar el problema?

¿Qué cambios observo?

¿Cuáles son sus expectativas con respecto a la problemática de su hijo y este tratamiento? ¿En qué cree que se le puede ayudar?

4.3.2 Valoración o entrevista con el niño

En la segunda sesión se realizó la entrevista o valoración con el menor, esto con la finalidad de corroborar la información que dan sus padres, así como para realizar el raport, conocer cuál es su estado emocional, fisiológico, conductual y cognitivo, finalmente identificar que tan consiente esta el menor de su padecimiento. Generalmente para los niños ansiosos se les induce a una actividad tranquila, como realizar un dibujo o preguntarle cosas básicas, como ¿Cuál es su caricatura favorita?, ¿cuántos amigos tiene?, etc. Una vez que el paciente se muestra más tranquilo se le pregunta:

a) ¿Sabes por qué estás aquí?

¿Hay algo que te haga sentir mal?

¿Cómo le haces para no sentirte mal?

¿Cómo afrontas esos sentimientos?

b) Lista de problemas: describen si la ansiedad afecta o ha ocasionado problemas en la familia, en la escuela, estado de ánimo u otra área y cuáles. Se obtiene la información preguntándole al paciente si ha existido problemas en casa, escuela o compañeros y como lo hace sentir esta situación.

c) La siguiente parte de la entrevista es sacar un ABC de Albert Ellis.

a) Eventos activadores: Aquí se le pregunta al paciente sobre aquellos eventos que activan su ansiedad, por ejemplo ver un perro, estar en un lugar con mucha gente, estar delante de un público, el tocar algo sucio, etc.

b) Pensamientos automáticos: Se le pregunta al niño que es lo que pasa por su mente cuando sucede el evento activador. Ejemplos de pensamientos son: “el perro me va atacar”, “me voy a desmallar”, “me voy a poner rojo y todos se van a reír”, “seguro me voy a enfermar y me voy a morir”, etc.

c) Las consecuencias: en este apartado se describen cuáles son las reacciones del paciente a nivel, conductual, emocional y fisiológico.

- Conductual: se describen las conductas abiertas, excesos y déficits. Por ejemplo lavarse las manos seguido, morderse las uñas, llorar demasiado, salir corriendo cada vez que ve un perro o algún animal que le cause miedo, evitar pasar por una calle, o no poder dormir solo.

- Aspectos emotivos del problema: Prácticamente se le pregunta al niño cuáles son sus sentimientos, emociones y estado de ánimo ante su problema. ¿Se le cuestiona: ¿cuánto dura la emoción? Y ¿Cómo le gustaría sentirse?

- Aspectos fisiológicos del problema: Aquí principalmente se le pregunta si debido a su problema de ansiedad ha sentido; dolor de estomago, dolor de cabeza, que le sudan las manos, gastritis, colitis, fatiga o cansancio, diarrea, etc.

d) Dentro de la entrevista también se intenta obtener las principales distorsiones cognitivas. Esto se logra a través de preguntarle al paciente respecto a sus pensamientos ante sus amigos, familiares, en la escuela o de las actividades que realiza, muchas veces

como ya se ha comentado arriba, los niños con ansiedad, principalmente tienen pensamientos catastróficos, es decir que algo malo les puede pasar y ven todo peligroso.

Finalmente se le cuestiona: ¿En qué te gustaría que te ayudara? o ¿Que te gustaría obtener al asistir a la terapia?

e) Para una mejor evaluación del trastorno en la cuarta sesión se aplica a cada uno de los participantes un instrumento llamado CMAS-R, elaborado por Cecil R Reynolds y Bert O Richmond en 1978. El CMAS-R titulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o a grupos de personas. El niño responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Si” o “No”. La respuesta “Si” indica que el reactivo está describiendo los sentimientos o acciones del niño, mientras la respuesta “No” indica que el reactivo por lo general no está describiendo.

Las respuestas “Si” se encuentran para determinar la puntuación de Ansiedad total. La puntuación de Ansiedad total se basa en 28 reactivos de ansiedad. En esfuerzo para proporcionar más introspección clínica de las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda cuatro puntuaciones de subescala además de la puntuación de Ansiedad total. Estas subescalas se denominan:

a) Ansiedad fisiológica; se compone de 10 reactivos. Esta escala está asociada con manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades del sueño, náuseas y fatiga.

b) Inquietud/hipersensibilidad; compuesta de 11 reactivos, está asociada con una preocupación excesiva acerca de una variedad de cosas la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño junto con miedos de ser lastimado o aislado de forma emocional.

c) Preocupaciones sociales/concentración; consta de siete reactivos; haciéndola significativamente más corta que las otras dos subescalas. Sin embargo, esta es comparable con la subescala de ansiedad fisiológica en su confiabilidad y es particularmente útil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares. Como su nombre lo implica, esta escala se concentra en pensamientos distracciones y ciertos

miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades con la concentración y atención.

d) Mentira; se compone de nueve reactivos. Una puntuación elevada requiere que el clínico determine si el niño daba respuestas validas para la escala de ansiedad o sólo marcaba "Si" a cualquier reactivo, o bien trataba de complacer al examinador. Como regla general, debe tenerse precaución cuando se dan interpretaciones basadas en la ansiedad para las puntuaciones de Ansiedad total como de Mentira excedan la media de la prueba por una desviación estándar o más (es decir, puntuaciones escalares de la subescala de Mentira >13 y puntuación T de Ansiedad total > 60).

La puntuación natural en cada subescala es el número de reactivo marcados "Si" para esa subescala. Se encuentra disponible una planilla de calificación para calificar las respuestas del niño y esta se califica tomando de referencia los cuadros que dan estimas naturales, escalares y percentiles de acuerdo al número de reactivos obtenidos, la edad y el género del paciente, se obtiene la puntuación T de ansiedad. Para la puntuación de Ansiedad total, la puntuación de escala es una puntuación estándar con un media de 50 y una desviación estándar de 10, la escala de puntuaciones T que es común en muchas áreas de la evaluación de la personalidad. Para las sub escalas, las puntuaciones escalares tienen una media de 10 y una desviación estándar de 3.

Para la confiabilidad del CMAS-R, el coeficiente alfa se calculo de manera rutinaria ya que es la medida preferida de la confiabilidad de una prueba y proporciona un estimado de la correlación teórica entre verdades formas alternas de una prueba y puede mostrarse la media de todas las confiabilidad por mitades posibles de un grupo dado de reactivos. Para la puntuación de Ansiedad total, se obtuvo un estimado de consistencia interna de alfa .80.

Para dar sostener a una evaluación de validez tanto concurrente como divergente de la CMAS-R, se eligieron diversas variables, incluyendo las medidas tradicionales de inteligencia y personalidad, y una evaluación conductual de los niños en el salón de clases. Los resultados presentados por Reynolds (1982) son promisorios en relación la CMAS-R y son consistentes con los resultados de otros estudios que han mostrado amplias correlaciones entre la CMAS-R y la escala STAIC rasgos (Reynolds, 1980) y

WPBIC (Walker Problem Behavior Identificación Checklist). De la misma manera las correlaciones entre los síntomas de ansiedad referidos por el niño y los problemas de conducta observados por los maestros, aunque pequeñas, también constituyen evidencia de apoyo para la validez de la escala.

4.3.3. Orientación para padres de niños ansiosos

En la tercera sesión se trabaja (si es posible con los 2 padres del menor), en esta se describe el padecimiento de su hijo y se les explica la manera en cómo se trabajara las siguientes sesiones, también se define el objetivo, la duración, el horario y los días que tendrá que asistir el paciente, así como se les explica las reglas del consultorio, las técnicas utilizadas, los derechos y obligaciones que tiene el paciente.

Finalmente se les da algunas pautas para trabajar desde casa, es importante decir que la orientación es personalizada de acuerdo al paciente. Las pautas que deben de seguir los padres en casa son las siguientes:

- No responder a todas las preocupaciones del menor.
- Reforzar las actitudes de afrontamiento.
- No fomentar la evitación
- Permitir que el menor se equivoque y aprenda de sus errores.
- Empalmar con el paciente.
- Motivar actitudes de afrontamiento.
- No siendo un padre controlador constantemente.
- No aliviando cada temor, sino dejándolo que él lo supere.
- Aliéntelo que realice ejercicio.
- Proporcionarle una alimentación baja en sal, grasas saturadas, botanas fritas, azúcar refinada, harina, con bebidas gaseosas o cafeína.

4.3.4. Intervención Terapéutica

En esta etapa se decidió elegir al azar a 9 pacientes para formar parte de la terapia grupal. El grupo fue integrado por los niños: Saúl, Luis, Gabriel, Valeria, Alonso, Israel, Brandon, Karen y Brenda.

El resto de los pacientes; José, Edman y Paola recibieron una terapia de tipo individual y siguiendo el mismo orden de la terapia grupal.

El programa de intervención se realizó tomando en cuenta las técnicas cognitivo conductual de Aguilar (1997), Moreno 2008 Y Bunge (2009). Todas las sesiones fueron desarrolladas en el consultorio No. 18 del hospital Psiquiátrico Infantil, acondicionado con lo necesario para el desarrollo de dichas actividades; 12 Sillas, una mesa de trabajo, escritorio, ventilación e iluminación. Así mismo las sesiones terapéuticas tuvieron una duración de 45 a 60 minutos por sesión, y los pacientes fueron citados 2 veces a la semana, en los días Martes y Jueves.

Las sesiones de intervención fueron programadas con la siguiente organización.

1. Presentación y rapport. La primera sesión fue utilizada para que cada uno de los pacientes conozca la forma de trabajar, las reglas del consultorio y para la aplicación del instrumento CMAS-R. También se llevó a cabo la Psicoeducación: Consiste en darle al paciente una breve explicación acerca:

- El trastorno: Las causas, características de la sintomatología y la frecuencia en la población.
- El tratamiento: Aspectos básicos, duración, técnicas específicas y alternativas disponibles.

2. De la segunda sesión a la quinta, se lleva a cabo la auto monitorización: Aquí se enseñan técnicas para que el menor aprenda a identificar, los pensamientos, los comportamientos y las causas que realiza ante el trastorno de ansiedad generalizada, así como las razones por las cuales se mantiene los miedos.

3. Intervenciones conductuales-cognitivas:

- Durante la sexta sesión se les enseñó a los niños técnicas de relajación muscular y respiración, con la finalidad de disminuir los síntomas fisiológicos de sus cuerpos.

- En las sesiones 7 y 8 se le enseñara a identificar los pensamientos irracionales y la decatastrofizacion a través de diversas técnicas cognitivas, una de ellas son las preguntas del buen cazador para poder cuestionar los pensamientos irracionales.
 - En la novena terapia se les da entrenamiento en habilidades sociales, así como técnicas para la resolución de problemas a través de la identificación de las diversas posibilidades que tiene el paciente para interpretar la situación.
4. Exposición.
- En las sesiones 10 y 11 se le muestra al paciente la técnica de sensibilización sistemática, donde el pequeño se expondrá a lo que más teme utilizando todas las conocimientos obtenidos en las sesiones anteriores.
5. Prevención de recaídas y valoración de logros. En la última sesión se los niños realizan una evaluación de los logros obtenidos y se les darán las respectivas recomendaciones para continuar con dicho avances. Finalmente se aplica por segunda vez a cada uno de los participantes la prueba Cmas-R.

Para dar un panorama específico en los anexos se describe de manera detallada el programa de intervención que se aplico en la terapia individual y grupal, no obstante en la última se realizaron menos actividades por la cantidad de pacientes, así como se dejo de lado la supervisión física del afrontamiento de los miedos, en otras palabras aquí los mismos pacientes gracias a la ayuda de sus padres y las técnicas enseñadas, fueron suficientes recursos para lograron enfrentar su miedo por si solos de manera sistemática.

Una vez concluido el programa de intervención en la penúltima sesión se califica el instrumento, más adelante se realiza la valoración con los padres de los menores, esto con la finalidad de conocer la situación actual del paciente, si ellos notan mejoría constante en sus hijos y en el consultorio se muestra realmente un avance, procede el alta del paciente. No antes de realizar una orientación con los tutores para continuar trabajando en casa y poder mantener esta mejoría.

Finalmente se agrega toda la información al expediente clínico, principalmente la obtenida en la entrevista con los padres y el niño, las aplicaciones del CMAS-R, la forma en cómo se trabajo con el paciente, las notas de avance y la nota de alta.

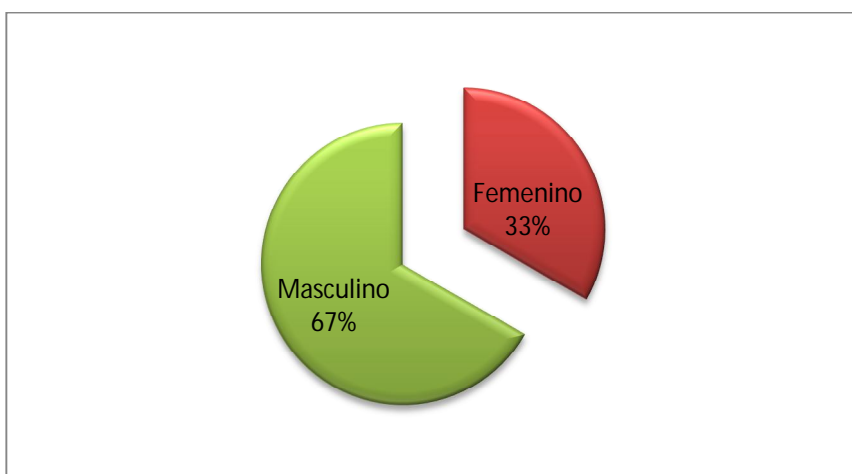
5. Resultados.

En esta sección se describen los resultados obtenidos por ambos tratamientos en cada uno de los pacientes.

5.1. Datos demográficos

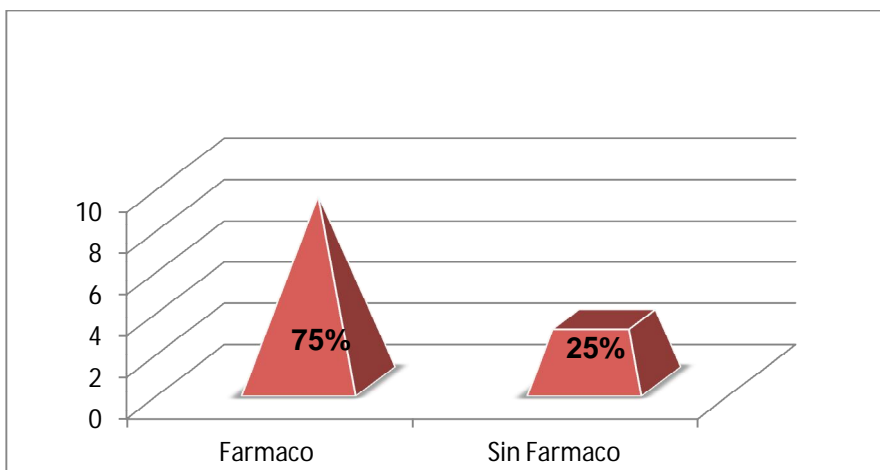
En los siguientes gráficos se encuentran representando el género, grado escolar, edad, uso de fármaco, institución escolar y si viven con ambos padres o con un solo progenitor de todos los participantes.

Grafico 1. Genero de los participantes.



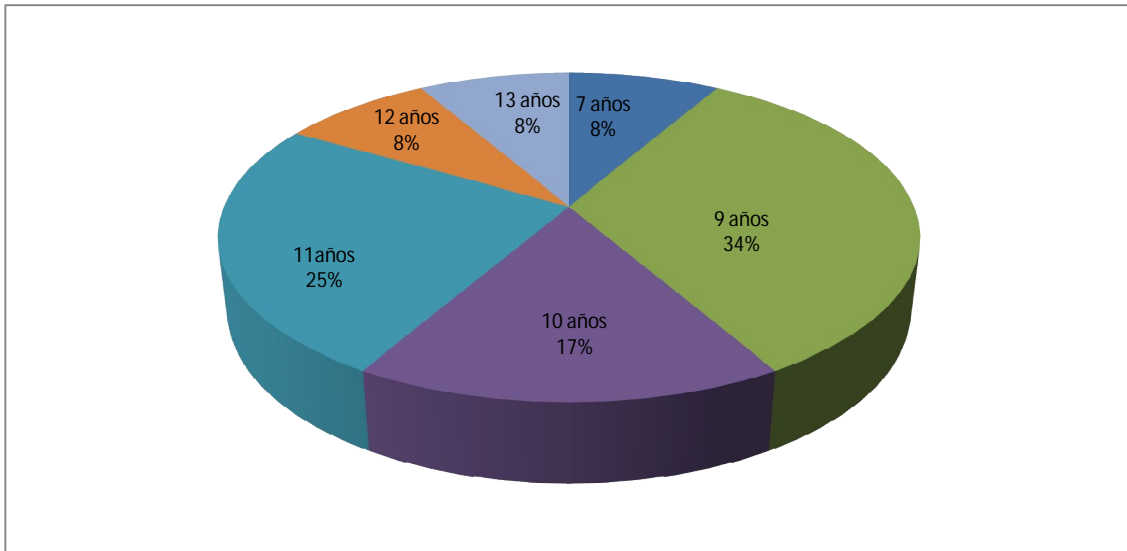
En la grafica se indica que el género masculino es predominante en la muestra.

Grafico 2. Tipo de tratamiento.



La grafica indica que el 75% de la población fueron medicados con Sertralina.

Grafico 3. Edades de los participantes de la muestra total.



La grafica indica que μ de edad de los pacientes corresponde a 10.08.

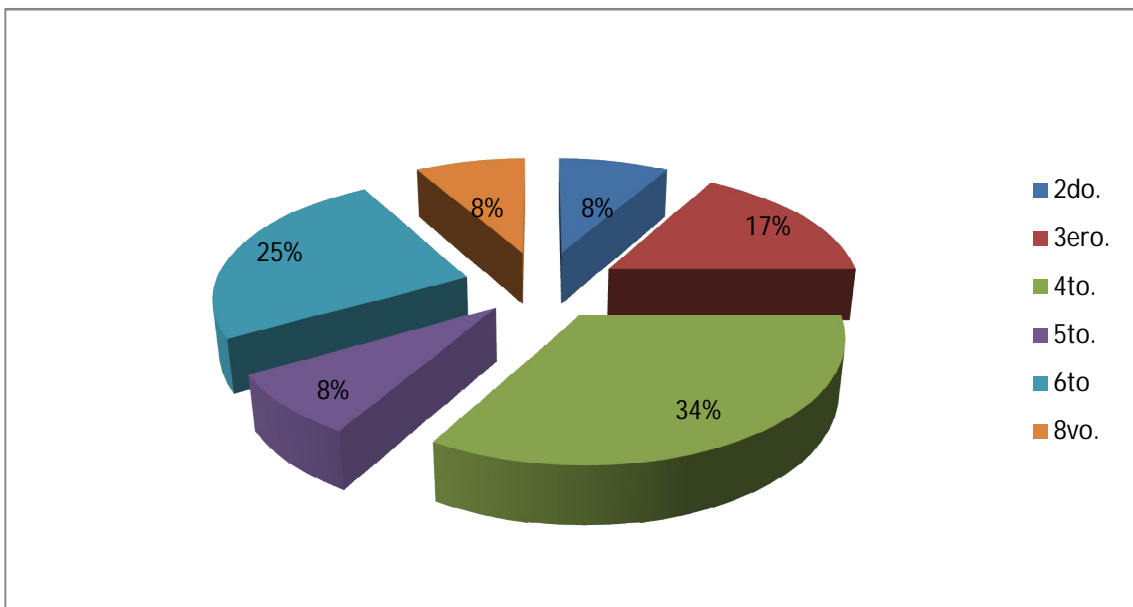
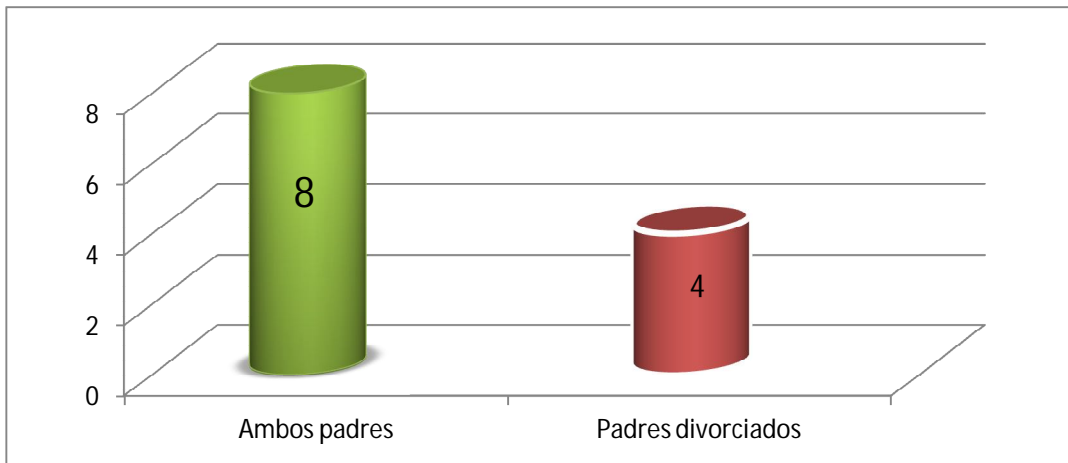


Grafico 4. Grado escolar de los pacientes con TAG.

La grafica indica que la 34% de los niños de la muestra con diagnostico de TAG cursan el 4to grado de de primaria.

Grafico 5. Muestra dividida en niños que viven con ambos padres o padres divorciados



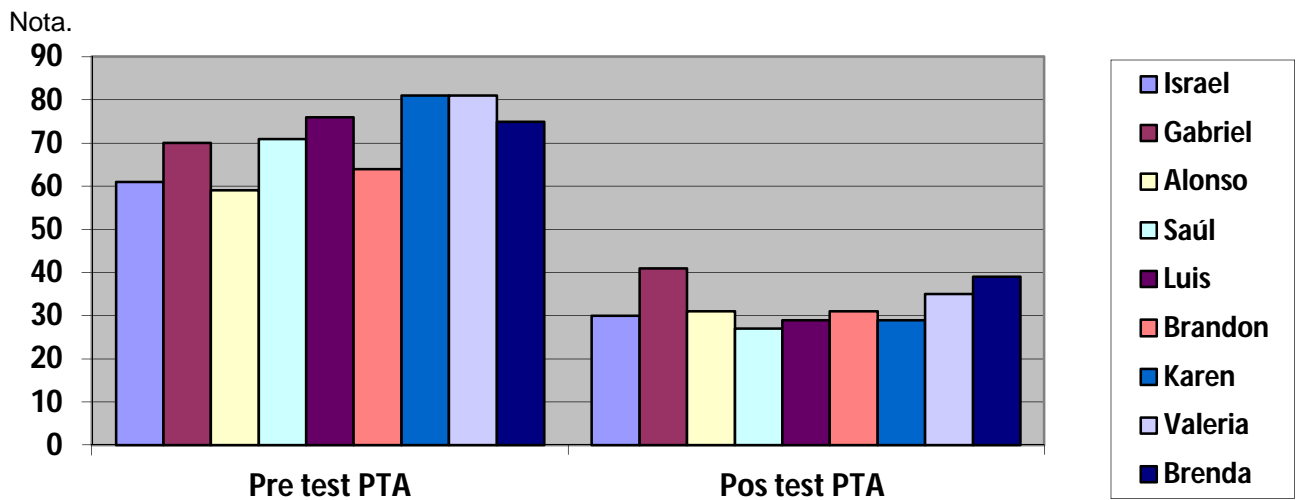
El 75 % de los niños de la muestra viven con ambos padres, mientras que el resto vive solo con un progenitor.

En la tabla 10 y el en grafico 6 se muestra la puntuación total de ansiedad en puntuación T de la prueba CMAS-R que tuvieron todos los pacientes intervenidos con la terapia cognitivo conductual grupal, antes y después de recibir el tratamiento. En esta se puede ver que existe una disminución significativa en las puntuaciones de cada uno de los niños, esto fue corroborado con la información que proporcionaron los padres, dado que ellos aseguran que los menores se mostraban más seguros y tranquilos. A continuación se describirán los cambios observados en cada uno de los pacientes que recibieron terapia grupal.

Tabla 10. Resultados Pre test y Pos test del escalas del CMAS-R aplicada a los niños que recibieron tratamiento grupal.

Sujeto	P-test T de ansiedad total	Po-test T de ansiedad total.	P-test ansiedad fisiológica	P- test ansiedad fisiológica	P-test Inquietud / hipersensibilidad	P- test Inquietud / hipersensibilidad	P-test Preocupaciones/concentración	P- test Preocupaciones/concentración
I	61	30	11	4	13	7	10	5
G	70	41	14	9	14	7	16	7
A	59	31	16	5	10	4	9	7
S	71	27	13	6	15	4	15	5
L	76	29	15	6	15	4	15	10
B	64	31	12	6	11	2	18	8
K	81	29	16	5	16	3	17	6
V	81	35	15	8	15	4	12	8
Ba	75	39	12	9	16	4	18	10

Gráfico 6. Resultados Pretest y Postest del total de la puntuación T de ansiedad en la prueba CMAS-R aplicada al grupo.



Nota: En la grafica se puede observar que el 100% de los pacientes que recibieron terapia grupal, obtuvo una disminución significativa en la puntuación de ansiedad total.

5.2 Resultados de los pacientes intervenidos con la terapia grupal

I:

En la primera aplicación del CMAS-R el joven tuvo una puntuación total T de ansiedad de 61, (como se puede observar en la tabla 10). Con esta puntuación el niño manifiesta un grado de ansiedad desadaptativo. En lo que respecta al resto de las sub escalas; fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupación social/concentración y mentira presento puntuaciones de 11, 13, 10 y 6 respectivamente. (Consultar tabla 10 y gráfico 6),

Al ingresar a la institución el niño muestra:

- Negación para entrar al colegio.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Sentimentalismo
- Incapacidad de concentrarse durante las clases.
- Llanto frecuente cuando su progenitora lo deja en la escuela o en casa.
- Incapacidad quedarse dormido.
- Fatiga.
- Preocupación constante

Sus pensamientos son:

- “Algo malo le puede pasar a mi mamá”.
- “Me puede pasar algo malo mientras duermo.”

Durante el tratamiento I. se muestra atento, participo en todas las actividades, así como ha demostrado tener un alto nivel intelectual, pues a pesar de su corta edad (comparada con el resto de los niños del grupo), el 90% de sus respuestas aproximadamente, fueron acertadas.

Al final del tratamiento, el pos test del CMAS-R mostro una disminución de ansiedad en puntuación T de 30, mientras que en el resto de las sub escalas; fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupación social/concentración y mentira también presento una disminución de puntajes de 4, 7, 5 y 5 correspondientemente.

En lo que respecta a las conductas que observaron y reportaron sus padres se encontró que hay:

- Mayor habilidad social
- Seguridad al asistir a clases

- Confianza al quedarse solo en casa.
- Mayor disposición para dormir en su cama.

En lo que respecta a sus pensamientos se modificaron por pensamientos más razonables.

G.

También mostro una mejora en respecto a los puntajes obtenidos en el CMAS-R. En el pre test alcanzó una T de ansiedad total de 70, mientras que en el post test hay una disminución de 41. En el resto de las sub escalas también hay una disminución significativa para consultar estos valores observar la tabla 10.

Las conductas des adaptativas observadas al ingreso al hospital tanto por los padres como en las sesiones son las siguientes:

- Temor a salir de su casa
- Dificultad para tomar decisiones
- Nerviosismo
- Irritabilidad
- Dificultad para dormir
- Sudoración de manos
- Constantes movimientos en su lugar.
- Preocupación por diferentes situaciones
- Se aprieta los dedos.

Durante el tratamiento G mostro gran nivel intelectual, siendo uno de los niños que frecuentemente participaba y motivaba al resto de sus compañeros. Así mismo fue uno de los que mostro resultados positivos en menor tiempo.

Al finalizar las sesiones clínicas G. modifíco sus conductas:

- Mostrándose más tranquilo y confiado de caminar en las calles tanto en el día como en la noche, aun sin la compañía de un mayor.
- Toma sus propias decisiones
- Mayor tolerancia
- Dejaron de sudares las manos en exceso
- Se muestra más tranquilo
- Duerme sin dificultad

- Ya no truena sus dedos, ante ninguna situación preocupante.

A.

En el CMAS-R, A. muestra contraste en los puntajes pre test y pos test de puntuación T de ansiedad total, así como en el resto de la sub escalas. (Consultar tabla 10).

Al ingresar Alonso al psiquiátrico presento principalmente:

- Temor a ser secuestrado
- Pesadillas
- Sudoración excesiva
- Dificultad para tomar decisiones
- Irritabilidad
- Miedo a quedarse solo
- Sensibilidad
- Asco y nauseas
- Pensamientos de que el mundo es peligroso.

En las sesiones A. se comporto inquieto y constantemente distraído, sin embargo con el apoyo de sus compañeros logro adaptarse a la situación y trabajar de manera adecuada.

Al finalizar la terapia grupal el joven:

- Aprendió a controlar sus sentimientos de irritabilidad y sensibilidad
- Desapareció el asco, las nauseas y la sudoración
- Aumento su confianza para tomar decisiones.
- Mayor seguridad al quedarse solo.
- Duerme sin dificultad.

S.

Al igual que los pacientes anteriores, en S existen diferencias significativas, pues hay una disminución en el pre test y pos test de cada una de las escalas del CMAS-R, (consultar tabla 10). En el caso de la puntuación T de ansiedad existe una variación de 71 a 27, antes y después del tratamiento respectivamente.

Al ingresar la madre de S reportan una serie de conductas que afectan su rendimiento académico, social y familiar, a continuación se describirán:

- Trabajo para tomar decisiones
- Temor a mirarse al espejo
- Incapaz de dormir solo.
- Le sudan en exceso las manos.
- Pesadillas constantes.
- Trabajo para concentrarse en las tareas escolares.
- Constantemente nervioso.
- Pensamientos catastróficos como:
 - “Mi reflejo me puede llevar”
 - “Puede pasarme algo malo”
 - “Me preocupa el futuro”.

Durante la terapia Saúl demuestra dificultad para entender la psi coeducación y tiene problema para adaptarse. Sin embargo al término de las sesiones muestra una mejoría importante pues:

- Actualmente puede mirarse al espejo
- Duerme solo
- Ya no tiene pesadillas
- Se muestra tranquilo y paciente
- Tiene un mejor rendimiento escolar ya que hay una mejor concentración.

L.

L muestra diferencia como el resto de sus compañeros. En la escala de ansiedad total al ingresar a la terapia tuvo un puntaje T de 76 y al finalizar el tratamiento obtuvo 29. En las demás sub escalas del CMAS-R también hay cambios significativos, (revisar la tabla 10).

Al inicio los padres y el niño reportan signos como:

- Temor a que le suceda algo a su padre mientras está trabajando
- Llama con frecuencia a su padre para asegurarse que está bien.
- Dificultad para tomar decisiones
- Nervioso cuando las cosas no le salen como quiere
- Preocupación constantemente
- Se enoja con facilidad

- Insomnio
- Fatiga sin causa aparente
- Pesadillas

Durante las sesiones L trabaja de manera efectiva, participando activamente y mostrándose interesado en cada una de las actividades, demuestra gran habilidad para interpretar y realizar las actividades.

Al finalizar la terapia grupal, la prueba junto con la descripción de los padres indica que:

- Hay mayor confianza y seguridad
- Control de sus emociones
- Duerme tranquilo
- Mayor rendimiento en sus actividades
- No realiza conductas compulsivas para calmar su miedo.

B.

El paciente muestra disminución de ansiedad después del tratamiento grupal. En la T de ansiedad total hay una disminución de 64 a 31, pre test y pos test relativamente. Para consultar los cambios en las sub escalas restantes consultar la tabla 10.

Antes del tratamiento el paciente ingreso con la siguiente sintomatología:

- Temor al infierno y al fin del mundo
- Preocupación a que le de un infarto a su padre.
- Trabajo en la toma de decisiones
- Miedo a estar solo
- Le sudan la manos con constancia
- Pesadillas constantes.
- Dificultad para concentrarse en las tareas escolares
- Nerviosismo constante.

En la terapia B participa y aconseja al resto de sus compañeros, mostrando gran compañerismo y el ejemplo al ser el de mayor edad. Así también demuestra gran capacidad para entender los temas expuestos durante la intervención.

Después del tratamiento B mostro:

- Disminución de sus miedos.
- Toma decisiones con mayor seguridad
- Confianza al quedarse solo
- Mayor concentración en las actividades escolares.
- Poca sudoración ante situaciones estresantes.
- Dormir sin dificultad.

K.

En el pre test y pos test de la aplicación de la escala CMAS-R de ansiedad, la niña mostro una disminución significativa en la puntuación T total de ansiedad, ya que de 81 que obtuvo al inicio, al final del tratamiento logro obtener un total de 29. Al igual que en la escala total de ansiedad, existe una disminución en el resto de las sub escalas (observar la tabla 10).

Las conductas que presento cuando ingreso a la institución son:

- Le costaba trabajo tomar decisiones
- Se ponía nerviosa cuando las cosas no le salen como quiere
- Le faltaba el aire cuando se ponía alterada
- Muchas cosas le daban miedo, entre ellas exponer, sacar malas calificaciones, hablar en público, hablar por teléfono, etc.
- Le sudan las manos
- Pesadillas constantes
- Trabajo para concentrarse en las tareas escolares
- Movimientos constantes cuando se encuentra sentada.

Sus pensamientos catastróficos eran:

- “Me preocupa que la gente piense mal de mí”.
- “Me preocupa lo que mis padres piensan de mí”.
- “Los demás son más felices que yo”.
- “Se van a reír de mí”

En las sesiones K se muestra tímida y le cuesta trabajo relacionarse con el grupo, no obstante después de la 5ta. Sesión la niña comienza a participar con mayor facilidad que al inicio del trabajo.

Al término de la terapia, se observa que la menor disminuye sus síntomas característicos de la ansiedad, esta información es corroborada por ambos padres ya que ellos reportan que:

- Tiene mayor seguridad para tomar decisiones
- No le sudan las manos
- Puede dormir tranquila y ya no se despierta durante la noche
- Realiza sus tareas con mayor confianza
- Esta calmada durante las clases
- Ya no se muestra inquieta ante una situación que ella consideraba peligrosa o inquietante
- Puede contestar el teléfono sin ninguna dificultad
- Puede expresar sus ideas de manera al hablar con otras personas.

V.

La niña mostro diferencias significativas antes y después del tratamiento. Su puntuación en la escala de CMAS-R vario en puntajes debido a que al inicio se obtuvo 81 y al final 35. Comparar los resultados en la tabla 10.

Al igual que el resto de los participantes V mostro cambios en las siguientes características clínicas:

- Preocupación excesiva por el medio ambiente
- Conductas compulsivas relacionadas con la limpieza, como por ejemplo apagar todas las luces de su casa, ahorrar agua, recoger basura, etc., que impedía que realizara sus actividades escolares.
- Le cuesta trabajo tomar decisiones
- Bajo rendimiento escolar
- Sudoración de manos excesiva
- Preocupación del futuro
- Dificultad para dormir

- Nerviosismos contante

Durante las sesiones V participo con gran capacidad intelectual y obtuvo resultados positivos en un tiempo reducido.

Después de la intervención la niña disminuyo su nivel de ansiedad, así mismo su madre asegura que:

- No se angustia tanto el medio ambiente
- Mejoro su rendimiento escolar a consecuencia de que dedicaba menos tiempo a limpiar y más a estudiar.
- Toma decisiones con mayor seguridad
- Duerme con tranquilidad
- No hay sudoración.

Ba.

La paciente después del tratamiento disminuyo sus niveles de ansiedad. Para consultar esta información revisar la tabla 10.

Al igual que en el resto del grupo la niña presento grandes cambios de conducta y pensamientos adaptativos. A continuación se describirán las conductas y pensamientos que describieron los padres cuando ella ingreso al hospital.

- Trabajo para tomar decisiones
- Nerviosa cuando las cosas no le salen bien
- Se muerde las uñas
- Preocupaciones contantes respecto a su familia y rendimiento escolar
- Irritabilidad
- Falta de sueño
- Le sudan las manos
- Depresión
- Nerviosismo
- Sentimental
- Fatiga

Durante las primeras sesiones a Ba le costó mucho trabajo adaptarse al grupo, su participación era breve y constantemente se negaba a hablar en el grupo, sin embargo poco a poco adquirió la familiaridad y pudo expresar mejor sus ideas, sus avances fueron lentos pero significativos.

Al finalizar la terapia la madre de Ba asegura que la niña ha mejorado bastante, ya que ha demostrado:

- Mayor seguridad en la toma de decisiones
- Confianza al expresarse delante de otras personas.
- Controla su nerviosismo
- Menor preocupación respecto a la escuela o familia
- Duerme tranquila y más tiempo.
- Mayor rendimiento escolar
- Más animada y alegre.

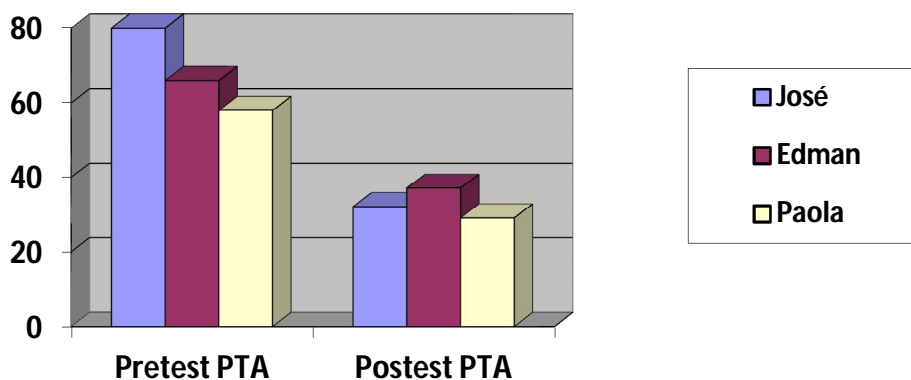
5.3 Resultados de los pacientes que recibieron terapia individual.

En lo que respecta a la terapia individual en la tabla 11 y el grafico 7. Muestran como estuvieron divididos los pacientes que fueron intervenidos con la terapia individual y los resultados Pre test y Pos test que obtuvieron en el área total de ansiedad de la prueba CMAS-R. Como se puede observar al igual que en la terapia grupal en esta hubo cambios significativos en el nivel de ansiedad, e igual que en la terapia grupal, los padres aseguran que hubo disminución de los síntomas fisiológicos y conductuales.

Tabla 11. Resultados de la intervención individual cognitivo conductual. Pre test y Pos test de las escalas del CMAS-R.

Sujeto	P-test Puntaje T de ansiedad total.	Po- test Puntaje T ansiedad total.	P-test Sub escala ansiedad fisiológica	Po- test Sub escala ansiedad fisiológica	P-test Sub escala Inquietud /hipersensibilidad	Po-test Sub escala Inquietud/hipersensibilidad	P-test Sub escala Preocupaciones sociales /concentración	Po-test Sub escala Preocupaciones sociales / concentración
José	80	32	17	5	15	7	11	8
Edman	66	37	14	8	14	6	11	9
Paola	58	29	14	6	10	2	9	6

Grafico 7. Diferencias entre la aplicación del CMAS-R Pre test y Pos test puntaje T, en pacientes intervenidos individualmente.



A continuación se describirá los cambios observados en cada uno de los pacientes que recibieron terapia individual.

J.

Mostro al inicio gran avance en su tratamiento, no obstante entre las sesiones 5 y 8, el paciente comenzó a mostrarse indiferente, logrando de esta manera el estancamiento de la intervención. Sin embargo se puede ver en la tabla 11, que el paciente tiene cambios importantes en sus diferentes escalas medidas con el CMAS-R, antes y después de la terapia.

Al ingresar al hospital el niño y los padres afirman que el paciente muestra la siguiente sintomatología:

- Miedo a dormir solo porque teme que le pique algún insecto.
- Preocupación por el rendimiento escolar.
- Miedo a ser secuestrado
- Dificultad para dormir solo
- Manos excesivamente sudorosas
- Poca concentración escolar
- Nerviosismo constante.

Al concluir la intervención el niño fue capaz de:

- Dormir solo
- Mejorar su rendimiento escolar
- Mayor seguridad.
- Disminución de preocupaciones excesivas respecto a su situación escolar.
- Disminución de sudoración en las manos.

E.

También mostro avances significativos, en la tabla 11 se puede observar las puntuaciones T obtenidos en la prueba CMAS-R aplicada antes y después del tratamiento. Ingreso al hospital con diagnostico del TAG, dentro de sus conductas se encontraron principalmente:

- Dificultad para tomar decisiones
- Nerviosismo
- Constantemente se jala el cabello y las pestañas
- Temor de sacar malas calificaciones en la escuela o que la maestra lo regañe
- Constante movimientos
- Falta de atención
- Fatiga sin razón
- Come en exceso cuando está nervioso
- Le sudan las manos

Después del tratamiento la madre asegura que el menor:

- Se muestra más tranquilo
- Deja de jalarse el cabello y las pestañas
- Se muestra más calmado cuando realiza sus tareas

- Mantiene una dieta más saludable
- Mejoro su situación académica.
- Mayor concentración en sus actividades diarias.
- Se cansa menos

P.

Paciente de 10 años de edad, que se le aplica la escala CMAS-R obteniendo en el pre test una puntuación T de 58. Esto en general quiere decir que la niña tiene una ansiedad considera adaptativa, sin embargos los padres reportan una gran variedad de indicios de un trastornos de ansiedad grave. A continuación se describirán las conductas observadas tanto en el consultorio, como mencionadas por los padres:

- Miedo de interactuar con personas de su edad.
- Trabajo para tomar decisiones
- Nerviosismo al realizar cualquier actividad escolar.
- Poca concentración y retención de los temas
- Pesadillas constantes
- Excesiva sudoración de manos
- Cuando las cosas no le salen como espera, comienza a caminar en círculos.
- Muy sentimental

Durante la terapia P mostro gran interés en los temas expuestos, sin embargo presento gran dificultad en la retención de la información debido a la preocupación excesiva de ser regañada. No obstante una vez terminado el tratamiento la niña disminuyo considerablemente sus síntomas de ansiedad. Es decir:

- Disminuyo su miedo al interactuar con otros niños
- Mejoro su concentración
- Desaparecieron sus conductas de caminar en círculos.
- Disminuyo la excesiva sudoración
- Se mostro más tranquila en el salón de clases.
- Mejor rendimiento escolar.

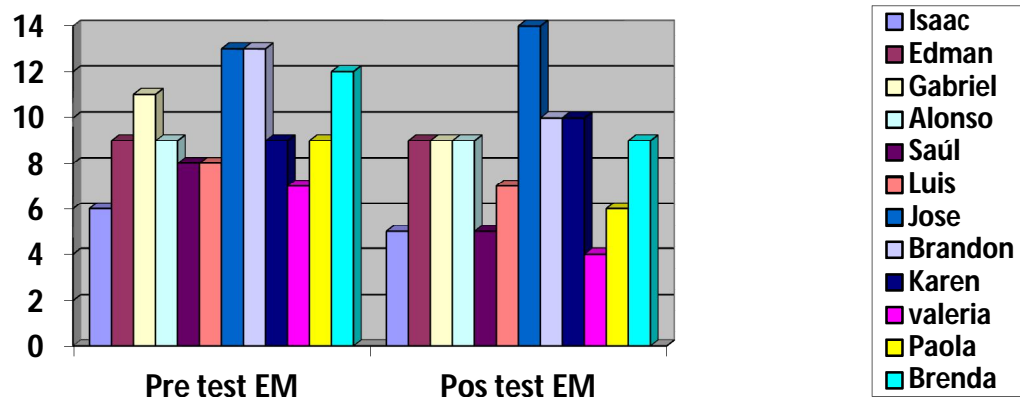
Por otro lado, en la aplicación Cmas-R, se encuentra la sub escala de mentira que se compone de 9 reactivos. Una puntuación elevada requiere determinar si el niño daba respuestas validas para la escala de ansiedad o si solo marcaba “si” a cualquier reactivo. En general se puede afirmar que la información proporcionada por los paciente coincidía en un 90 % con la que daban los padres por esta razón se tomo como valido el instrumento mencionado. Sin embargo como se podrá ver en esta sub escala en algunos casos no hubo cambios significativos.

Tabla 12. Resultado del CMAS-R de la escala de mentira de todos los pacientes atendidos.

Sujeto	Pre test Sub escala de mentira	Pos test Sub escala de mentira
I	6	5
E	9	9
G	11	9
A	9	9
S	8	5
L	8	7
J	13	14
B	13	10
K	9	10
V	7	4
P	9	6
Ba	12	9

Grafico 11.

Resultado del CMAS-R de la escala de mentira de todos los pacientes atendidos.



5.4. Análisis de resultados de ambos grupos.

De manera general se puede describir que la intervención cognitivo conductual grupal e individual han mejorado la calidad de vida de cada uno de los pacientes que la recibieron. En las diferentes sintomatologías del TAG han existido cambios significativos. Sin embargo en esta parte del trabajo se dedicara la atención a describir algunos puntos que se observaron durante la intervención, así como en los resultados de cada uno de los programas. Esto con la finalidad de demostrar que aunque el enfoque cognitivo conductual es si no la mejor, una corriente teórica muy bien fundamentada y eficiente para el trabajo con el trastorno de ansiedad generalizada, existe diferencia al utilizarlo en la modalidad individual y grupal.

A continuación se describirán algunos puntos que se observaron en ambos grupos:

En el caso de la terapia grupal:

Los pacientes recrearon las dificultades características en el grupo. Por ello las interacciones con el grupo permiten rápidamente exponer los patrones de comportamiento. El hecho que se sientan identificados, hizo el enfrentamiento con el problema más tolerable, gracias a esto ellos superaban más rápido sus miedos que los niños que recibieron terapia individual.

También se observo que la declaración de secretos vergonzosos puede proporcionar intensos alivios. Las interacciones entre el grupo favorecen respuestas y intercambios socialmente aceptables, además que ofrece modelos de comportamiento alternativos.

Sin embargo en la terapia de grupo, los pacientes tienen menos tiempo exclusivo y menor atención que en la terapia individual, así como las faltas y la poca comprensión de algunos pacientes puede afectar al grupo, ya que es necesario un retroceso para poder poner al corriente a todos los integrantes y finalmente el apoyo de los padres fue fundamental para lograr superar la ansiedad.

En el caso de la terapia individual:

Los niños tienen más tiempo exclusivo y mayor atención para exponer su problemática. Por lo que se puede trabajar al ritmo del paciente y se puede reforzar la información que le cuesta trabajo entender. Además la terapia individual permite ejercitar aquellas habilidades que mas trabajo le cuesta afrontar. Por ejemplo en el tratamiento individual se realizan más actividades para afrontar sus pensamientos catastróficos. Y el apoyo de los padres no fue tan indispensable como en la terapia grupal, ya que hay un mayor apoyo en el terapeuta.

Sin embargo la superación de los miedos fue más lento que en el otro grupo, esto debido a que no hay la motivación y modelamiento. También no se desarrollo la habilidad social como se logro en la terapia grupal, a pesar de que los menores adquirieron una mayor confianza, se muestran más reservados y tímidos que los del grupo, sin embargo el Cmas-R muestra una disminución en sus preocupaciones sociales.

6. Conclusiones.

Se cumplió el objetivo general al identificarse las diferencias que existen al ejecutar dos tratamientos, individual y grupal con un enfoque cognitivo conductual en niños con trastorno de ansiedad generalizada.

Cabe mencionar que los trastornos de ansiedad en la edad adulta han recibido mayor atención, no ha sido así en lo que se refiere a la infancia. La tasa de incidencia de estos trastornos cada vez es más alta y se hace necesario el atender los signos de ansiedad visibles de los niños para mejorar su calidad de vida, de no ser así, este tipo de trastorno tiene consecuencias en la edad adulta, (Thyer & cols.1985) por lo que aminorarlos podría ser una forma de conducir la vida de los niños hacia una vida adulta más satisfactoria.

En Luengo (2003), describe que la ansiedad es una emoción que se caracteriza por la presencia de un sentimiento de anticipación al peligro, tensión, angustia y por tendencias a evitar o escaparse, como también por manifestaciones de tipo conductual, cognitivo y fisiológico. Todos han sentido ansiedad en algún momento, lo cual es bueno y necesario, ésta hace darse cuenta del peligro y contribuye a la adaptación. Muchas veces por las sensaciones que la ansiedad produce se evita. Sin embargo, lo mejor sería aprender a enfrentar las situaciones que producen tensión a fin de superarlas. La mejor o peor manera de enfrentar la ansiedad dependerá en gran medida de las características de personalidad que tenga un individuo, como también del apoyo social que percibe. Tomar en cuenta esto es clave para cualquier intervención en los trastornos de ansiedad, ya que generalmente la mayoría de las personas quieren curarla o eliminarla, cuando es conocido que la ansiedad no tiene cura.

En lo que respecta a la etiología del trastorno, se ha encontrado en esta investigación, que los medios de comunicación y la situación por la que está pasando el país es una razón primordial por la que hay una mayor incidencia de algún tipo de trastorno de ansiedad en niños y adolescentes, debido a que la mayoría de los menores atendidos por la institución aseguran haber visto o vivido una experiencia delictiva, o su miedo se relaciona con una película de ciencia ficción, el final del mundo o con fantasmas. Por esta razón los padres deben preparar a sus hijos para enfrentar el contexto que vive el país actualmente. Sin embargo esto es un gran problema porque los tutores promueven estas creencias o también padecen algún trastorno de ansiedad. Esta información corrobora lo que dice

Bandura (1977) cuando informa que el miedo se adquiere con la experiencia directa de acontecimientos aversivos, la observación de otra persona sometida a un suceso traumático o a través de la recepción de información (historias, cuentos) por parte de personas significativas para el niño.

Con respecto al primer objetivo se puede concluir de acuerdo a los criterios del DSM-IV, que todos los pacientes que asistieron con diagnóstico de TAG y fueron evaluados por el CMAS-R presentaron preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, inquietud o impaciencia, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. Pero lo más importante esta ansiedad provoca malestar clínicamente significativo, deterioro social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Otro punto a tener en cuenta es la duración como criterio para el DSM-IV, este corresponde a seis meses con al menos uno de los síntomas para considera al paciente en el diagnóstico del TAG, sin embargo el CIE-10, (1992) indica que no es necesario considerar ese periodo, basta con que los síntomas se presente durante varias semanas y afecte la vida de la persona. En la muestra se puede comprobar esta información, ya la mayoría de los niños generalmente describen durante la entrevista que su sintomatología tuvieron una duración promedio de entre 2 a 3 meses antes de iniciar cualquier tratamiento.

En lo que respecta al Cmas-R es uno de los instrumentos utilizados en el Psiquiátrico Infantil, además de ser una herramienta confiable para el diagnóstico del TAG, no obstante hay que tener cuidado al utilizarlo como único criterio de valoración, ya que en ocasiones el afectado buscara satisfacer al psicólogo contestando a la mayoría de los ítems "sí", (Reynolds, 1997). Por esta razón se le hacen las preguntas enfocándolo a su problemática actual y con ejemplos que se relacionan con su caso. Una forma de confirmarlo es aplicar el instrumento tanto a padres como a pacientes, así como de utilizar otras técnicas de valoración, por ejemplo las entrevistas estructuradas.

La entrevista estructura, como lo comentan Costello (1984), es parte primordial para un diagnóstico más certero, (en la parte de anexos se encuentra la entrevista estructurada que es utilizada en el psiquiátrico), a pesar de que recolecta información indispensable para conocer las diferentes patologías, es relevante que el psicólogo clínico explore más, ya que la finalidad del documento es dirigir hacia la problemática, por ello el terapeuta

debe tener la suficiente habilidad para indagar y esto se logra a través de una buena comunicación, un excelente tacto para realizar las preguntas y una buena observación del lenguaje no verbal. También hay que dar merito al auto informe de cada uno de los pacientes, ya que esta técnica permite tener una visión general de sus conductas y permite identificar sus pensamientos relacionados con el padecimiento.

En lo que concierne al plan de intervención es importante redactar que la finalidad por la que se realiza es con la de ayudar al paciente a un mejor manejo de la ansiedad, se elaboro tomando en cuenta los programa de Aguilar, Moreno, Friedberg, y Bunge. Ellos proponen trabajar en equipo, es decir niños, padres, maestros, psicólogos, neurólogos y paidosiquiatra.

El trabajo en el hospital Juan N. Navarro es completo, ya que se trabaja con el paciente y con los tutores a través del uso de terapias individuales, grupales, de familia o de pareja. En el caso de los padres, se da orientación dirigida al problema del menor, esto les resulta de gran ayuda, ya que después de aplicar las técnicas sugeridas, comenzaban a ver cambios positivos en sus hijos. Silverman y Kearney, (1991), en sus proyectos confirman que el tratamiento cognitivo conductual, junto con orientación o intervención a los padres han permitido que los resultados del tratamiento se mantenga a través del tiempo.

El trabajo del psicólogo en el psiquiátrico infantil inicia al realizar la valoración, a través de la entrevista con los padres y con los niños, con esta información se confirman el diagnostico del especialista, se establece el programa de intervención o si es necesario se le refiere a otro servicio que le proporcione lo necesario para su salud mental.

El trabajo de los neurólogos y psiquiatras también se ve proyectado cuando recetan los fármacos. En lo que respecta a esto es elemental mencionarlo, ya que el 75% de los pacientes que recibieron intervención, estaban medicados con Sertralina, esto en la mayoría de los pacientes resultan ser muy útiles por que reducen los síntomas del TAG, sin embargo los niños que no recibieron tratamiento farmacológico al finalizar su plan de trabajo también lograron mejorar su situación. De esto se puede concluir como lo ha expuesto Prados (2008), que los fármacos soy muy útiles en algunos casos, sin embargo estos no curan la ansiedad y pueden en el peor de los casos crear una dependencia, si no se aprenden las técnicas adecuadas para el manejo de la ansiedad.

Con respecto al plan de trabajo, se desarrollo con la finalidad de proporcionar las herramientas necesarias a cada uno de los niños intervenidos para el manejo de su ansiedad, por ello la gran variedad de técnicas utilizadas, ha demostrado de acuerdo con Prados, (2008) desde la perspectiva cognitivo-conductual que la modificación de la conducta está influenciada por eventos conductuales, expectativas anticipatorias, atribuciones después del evento, procesamientos de la información, y estados emocionales. Para cubrir estos aspectos, el enfoque cognitivo-conductual está orientado a la solución de problemas, al trabajo profundo con el procesamiento de la información, a la incorporación de dominios sociales, familiares e interpersonales y enfatiza la exposición en vivo, así como las intervenciones basadas en el desempeño o la ejecución. En general lo que se quiere exponer es que cada una de las técnicas utilizadas han demostrado ser esenciales para la formación de un programa mas integro, que permite una modificación tanto de pensamientos como de conductas. Así mismo también se tomo en cuenta los principios de la terapia cognitivo conductual de Caro (2007) para la organización del plan de trabajo. Principalmente utilizando el método socrático, la orientación al problema, el modelo educativo y sobre todo el enseñar a los pacientes a identificar y modificar sus pensamientos automáticos.

En general los resultados obtenidos coinciden con la opinión de Caballo (2002), en que el programa con enfoque cognitivo conductual sin importar si es una intervención individual o grupal ha demostrado ser un excelente programa de intervención para los pacientes del psiquiátrico infantil Juan N. Navarro que presentaron Trastorno de Ansiedad Generalizada. Esto se puede comprobar puesto que después de que los menores fueron tratados existió una disminución de las respuestas ocasionadas por la ansiedad excesiva como; taquicardia, palpitaciones, temblores, nauseas, molestias estomacales, sensación de ahogo, opresión en el pecho, mareos, vértigo, sudor, escalofríos, sequedad en la boca. A nivel cognitivo existieron menos pensamientos automáticos negativos, imágenes intrusas, rumiaciones y preocupaciones. En el caso de las respuestas motoras se extinguieron las conductas de evitar o escapar de las situaciones o estímulos en general, movimientos repetitivos sin finalidad, movimientos torpes y dificultad para hablar.

No obstante a pesar de que ambos procedimientos fueron eficaces es importante remarcar, que la terapia grupal demostró resultados positivos en menor tiempo, esto

gracias a que en el grupo existe un reforzamiento positivo, al sentirse identificados y comprendidos, esto hace que puedan comprometerse en su propio avance, ellos observan cuando un miembro del grupo afrontaba su miedo y el resto seguía su ejemplo para enfrentar sus temores, descubriendo de esta manera que sus creencias no eran tan temibles como pensaban, de esta manera se puede comprobar que el moldeamiento (Ollendick & King 1983) es una técnica base para la terapia grupal.

Una más de las grandes ventajas es que a través de la terapia grupal se puede atender a una gran cantidad de niños al mismo tiempo y en el mismo lugar, sin embargo en el grupo descrito los pacientes tenían rango de edad muy diferentes y esto fue un obstáculo que puede perjudicar el avance del grupo, por ejemplo en el caso de los niños con menor edad, se mostro mayor dificultad para retener la información que se le daba en la fase de psicoeducación y las técnicas cognitivas, principalmente en la identificación del ABC de Ellis, esto es de importancia pues se ha visto que en los menores de 7 años se debe trabajar principalmente con técnicas conductuales, a causa de su estadio del desarrollo preoperatorio. Por esta razón una recomendación general, antes de enseñar dicha estrategia, es que todos los menores describan antes qué es para ellos; pensamiento, emoción y conducta, y elaborar un registro diario (ABC de Ellis) al menos durante el periodo terapéutico. Stallard, (2007) afirma que trabajar con niños de entre 7 a 12 años técnicas cognitivas puede ser un reto, no obstante sugiere utilizar técnicas concretas con instrucciones claras y sencillas para lograr una buena reestructuración cognitiva. Al final se puede comprobar esto ya que todos mostraron grandes avances tanto conductuales como cognitivos.

Una recomendación antes de integrar un grupo, es tomar en cuenta los rangos de edad e identificar las habilidades con las que cuenta cada paciente, para armar equipos que puedan trabajar en un ritmo parecido y de esta manera haya un avance homogéneo. Sin Corey, (1995) propone además que los grupos deben de formarse con pacientes que tienen diversos trastornos de ansiedad porque considera que si se realiza una intervención específica con un tipo de patología esta el riesgo de crear una cultura de grupo alrededor de un único trastorno de ansiedad y esto puede dificultar los cambios necesarios hacia la salud. Al haber más variedad de síntomas, estos se miran bajo la metáfora de lo que le sucede a la persona a un nivel más profundo, como una forma en la que está configurada la personalidad o la relación con los demás.

En la terapia individual en cambio, Mendez, (2003) afirma que permite que el paciente aprenda a comprometerse y lograr un avance pues tiene más tiempo exclusivo y mayor atención para exponer su problemática. Con esto el niño refuerza la información que le cuesta trabajo entender y sobre todo ejercitar aquellas habilidades necesarias para el control de la ansiedad. Por ejemplo en el tratamiento individual se realizan más actividades para afrontar sus pensamientos catastróficos y mayores ensayos del uso del ABC. Una ventajas más es que en esta el apoyo de los padres no es tan indispensable como en la terapia grupal, ya que hay un mayor apoyo en el terapeuta y por parte del paciente existe una mayor compromiso e independencia.

No obstante se pudo ver durante la intervención que en la terapia individual no hay tanta motivación como en la grupal, haciendo de esta manera que en ocasiones el menor no lograra los avances tan rápidos como en el grupo. Otra inconveniente es que no se desarrolla la habilidad social y es que a pesar de que los sujetos adquieren una mejor confianza, los niños tratados con una intervención individual se muestran más reservados y tímidos que los que participaron de la terapia grupal. En otras palabras, se les dificulta integrarse al grupo, sin embargo esto no evito que sus preocupaciones sociales disminuyeran notablemente.

Es importante comentar algunas observaciones que se encontraron en esta investigación y que se recomienda tener en cuenta para futuras investigaciones, estas tienen que ver con el tamaño de la muestra, ya que al ser los grupos tan pequeños hay una gran limitación en el trabajo, ya que el objetivo era realizar una comparación cuantitativa para ver cuál de las intervenciones tenia mayor cambio a nivel estadístico, sin embargo al realizar la confrontación con la prueba estadística respectiva se encontró que no hay diferencia, no obstante al comparar las conductas y las respuestas fisiológicas de cada uno de los niños antes y después del tratamiento se puede ver lo contrario, por esta razón para investigaciones futuras se sugiere utilizar muestras mayores en un rango de 10 a 13 niños por grupo, así como la equidad en cada una de las muestras, ya que una desproporción significativa en alguna de estas puede afectar considerablemente los resultados de la investigación.

Retomando lo anterior, se puede concluir de manera general que las intervenciones de manera grupal en el caso de pequeños con TAG tienen mayores beneficios que las individuales. Pues proporciona mayor estimulación en cada uno de los participantes, logra habilidades de sociabilidad y se puede dar servicio a una mayor población en un mismo tiempo, esto es realmente elemental sobre todo en instituciones como el Psiquiátrico Infantil donde hay muchos niños y adolescentes con diversas patologías. No obstante se ha observado que un equipo muy extenso puede ser perjudicial pues entre mayor es el número de integrantes, el tiempo de cada uno es más limitado. Por esta razón Corey (1995), recomienda que los grupos vayan de 6 a 10 integrantes máximo. También se advierte que es imprescindible que los grupos tengan características similares como; la edad, grado escolar y tal vez hasta el género, para un mayor control experimental, sin embargo lo ideal es que haya múltiples tipos de miedos y preocupaciones.

Referencias.

- Aguilar, K. (1997). *Descubre el manejo de tus sentimientos y tensiones*. (2ª Ed.). México: Árbol.
- Aguilar, K. (1997). *Elige el manejo de miedos y tensiones*. México: Árbol.
- Baum, H. (2004). *¡No apagues la luz! Como tratar el miedo y la inseguridad*. España: Paidós Ibérica.
- Beck, J. (2001). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. New York: Gedisa.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencias*. México: Manual moderno.
- Bello, A. & Crego A. (2003). Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos. (2ª ed.) España: Desclee de brouwer. Pp. 63-96.
- Biederman, J., Rosebaum, J. & Hirshfeld, A. (1990). *Correlación de inhibición de la conducta en los niños pequeños de padres con o sin un trastorno psiquiátrico*. Arch Gen Psiquiátrico. Pp. 21-27.
- Bobes J., Paz, M., Bascarán, M., Bousoño, M. & Saiz, P. (2002). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Barcelona: Psiquiatria Médica pp. 73-107 y 183-223.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. (2da Ed.). Paraguay, Buenos Aires: Akadia. Pp. 125-179.
- Burns, D. (2006). *Adiós, ansiedad. Como superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico*. Barcelona, Buenos Aires: Paidós.
- Caballo, V. (2005). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Psicología pirámide. Pp. 93-117.
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona; Paidós.
- Caro, I. G. (2007). *Manual teórico practico de psicoterapias cognitivas*. España: Desclee de Brouwer. Pp. 94-180.
- Cascardo, E. & Resnik, P. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada: bases para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con preocupación excesiva*. Buenos Aires: Polemos. Pp. 25-49 y 167-204.
- Compas, B. & Gotlib, I. H. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGrawHill. Pp. 369.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao : Desclee de Brouwer.
- Craske, M. (2008). *Miedos y fobias: de los procesos básicos a las implicaciones clínicas*. México: Manual moderno.
- Crist, J. (2004). *Miedos y preocupaciones. Una guía para niños*. México: Paidós.
- Escalante, G. (2011). *Introducción general al desarrollo I*. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve>
- Freeman, A. & Mahoney, J. M. (1988). *Cognición y psicoterapia*. New York: Paidós.
- Friedberg, D. & McClure, M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós, Pp. 261-311.
- Labrador, J. (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid.
- Ladeuceur, R. & Fontaine, O. (1994). *Terapia cognitivo y comporta mental*. Barcelona: Masson.
- Luengo, B. (2003). *Vencer la Ansiedad: Una Guía para Pacientes y Terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Mckay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1998). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martinez Roca.
- Meichenbaum, D. (1985). *Diccionario de técnicas de la terapia conductual*. New York: Pergamon Press.

- Méndez, F. (1998). *Miedos y temores en la infancia. Ayudar a los niños a superarlos*. Barcelona: Pirámide.
- Moreno, P. (2002). *Guía de la ansiedad (Versión adobe)*. Recuperado de: <http://www.infogerontologia.com/documents/patologias/ansiedad/ansiedad.pdf>
- Moreno, P. (2008). *Superar la ansiedad y el miedo*. (8 ed.). España: Desclee de Brouwer.
- Moreno, P. & Martín, J. C. (2004). *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes*. (7ª ed). España: Desclee de Brouwer.
- Nezu, A. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo- conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual moderno. Pp. 119-134.
- Nieto, C. (1994). *Psicoterapia: principios y técnicas*. México: Pax. Pp. 1
- Peurifoy, R. (1999). *Como vencer la ansiedad. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente*. (7ªed.). España: Desclee de Brouwer.
- Prados, J. (2008). *Ansiedad generalizada*. Madrid: Síntesis, depósito legal. Pp. 107- 161.
- Safran, J. & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson. Pp. 21-45. , 237-257.
- Solloa, L. (2012). *Los trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: trillas. Pp. 217-255.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien –sentirse: bien manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. España: Desclee de Brouwer. Pp. 41-64
- Reid, L. (2009). *Como curar la ansiedad en los niños*. (2ed.). Argentina: editorial sirio. Pp. 85-96.
- Reynolds, C. & Richmond, B. (1997). *Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada). Manual*. Los Ángeles, california: Manual moderno.
- Ros, R. (2004). *¡Stop a la ansiedad sin pastillas! La fórmula secreta para curar la ansiedad de forma definitiva*. Ed. Magalian, Madrid.
- Yankura, J. & Dryden, W. (1999). *Terapia conductual racional emotiva (REBT). Casos ilustrativos*. España: Desclee de Brouwer. Pp. 17-44 y 277-297.

Anexo I

FORMATO DE ENTREVISTA



HOSPITAL DR. JUAN N. NAVARRO
SERVICIO DE PSICOTERAPIA
COGNITIVO – CONDUCTUAL

Nombre del paciente:		Sexo:	Nº. Exp.	Edad:
Diagnóstico:	Fecha de Nacimiento:		Grado escolar:	
Referido por:	Tratamiento farmacológico:		Fecha entrevista:	Fecha de Ingreso:
Motivo de Canalización:				
Motivo de Consulta:				

DESARROLLO DEL PROBLEMA.

¿A partir de qué momento o acontecimiento dio inicio el problema?

¿Qué le hizo notar que las conductas, o emociones del menor no eran normales?

¿Qué conductas o emociones antes mencionadas continúan apareciendo desde el inicio hasta hoy en el menor?

¿En su familia, han existido casos iguales o parecidos al del menor?

¿Qué es lo que hace el menor para afrontar dichos padecimientos? ¿Cómo trata de resolverlos?

¿El menor ha recibido anteriormente algún tipo de ayuda para aminorar el problema? ¿Qué cambios observó?

¿Cuáles son sus expectativas con respecto a la problemática de su hijo y este tratamiento? ¿En qué cree que se le puede ayudar?

ENTREVISTA CON EL MENOR.

¿Sabes por qué estás aquí?

¿Hay algo que te haga sentir mal?

¿Cómo le haces para no sentirte mal? ¿Cómo afrontas esos sentimientos?

LISTA DE PROBLEMAS:

A EVENTOS ACTIVADORES	B PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	C CONSECUENCIAS
		Aspectos conductuales: conductas abiertas (excesos y déficits)
		Aspectos emotivos del problema: sentimientos, emociones y estados de ánimo.
		Aspectos fisiológicos del problema: sensaciones orgánicas, enfermedades.

PRINCIPALES DISTORSIONES COGNITIVAS ENCONTRADAS EN EL MENOR:

OBSERVACIONES GENERALES:

INTERVENCION TERAPEUTICA:

PSIC. IRIS TABOADA BARAJAS.

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD



Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-0305 Bogotá, DC

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Sexo (encierre uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: _____

Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra "Sí" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "No". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques "Sí" y "No" en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate "¿Así soy yo?" Si es así, encierra en un círculo "Sí". Si no es así, marca "No".

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escalar
Total:	_____	_____	_____
I:	_____	_____	_____
II:	_____	_____	_____
III:	_____	_____	_____
M:	_____	_____	_____

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Traducido y reimpresso con autorización. © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206; Col. Hipódromo; 06100; México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

MP
47-2

Nota: Este material está impreso en ROJO Y NEGRO.
No lo acepte si está en un solo color.



0107

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	Sí	No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	Sí	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Sí	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien	Sí	No
5. Muchas veces siento que me falta el aire	Sí	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	Sí	No
7. Muchas cosas me dan miedo	Sí	No
8. Siempre soy amable	Sí	No
9. Me enojo con mucha facilidad	Sí	No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Sí	No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Sí	No
12. Siempre me porto bien	Sí	No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	Sí	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	Sí	No
15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	Sí	No
16. Siempre soy bueno(a)	Sí	No
17. Muchas veces siento asco o náuseas	Sí	No
18. Soy muy sentimental	Sí	No
19. Me sudan las manos	Sí	No
20. Siempre soy agradable con todos	Sí	No
21. Me canso mucho	Sí	No
22. Me preocupa el futuro	Sí	No
23. Los demás son más felices que yo	Sí	No
24. Siempre digo la verdad	Sí	No
25. Tengo pesadillas	Sí	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Sí	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Sí	No
28. Nunca me enojo	Sí	No
29. Algunas veces me despierto asustado(a)	Sí	No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir	Sí	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Sí	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir	Sí	No
33. Me muevo mucho en mi asiento	Sí	No
34. Soy muy nervioso(a)	Sí	No
35. Muchas personas están contra mí	Sí	No
36. Nunca digo mentiras	Sí	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Sí	No

ANEXO III

Sesión 1

Terapia individual para el manejo de ansiedad.

Duración: 12 sesiones de 45 minutos a 60 min. 2 veces por semana. (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Que el menor conozca el contenido del tratamiento y la forma de trabajo.

Tema	Objetivo Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Presentación	Conocer al paciente.	La psicóloga y el paciente se presentan. Preguntando principalmente nombre, edad, pasatiempo favorito, etc.			Duración: 5 min.
II. Aplicación del Instrumento que mide la ansiedad. 2.1 CMAS-R	identificar los niveles de ansiedad del participante.	La ponente mencionará las instrucciones del instrumento, se leerá cada una de las preguntas así como el objetivo de este.	*CMAS-R	Aplicación	Duración: 20 min.
III. Encuadre 3.1 Duración del Tratamiento. 3.2 Compromiso con el tratamiento. 3.3 Forma de Trabajo. 3.4 Objetivo del Tratamiento. 3.5 Expectativas del tratamiento. 3.6 Entrega del material	El paciente identificará la forma de trabajo y el objetivo del tratamiento.	La ponente expondrá de manera verbal la temática del tratamiento, las reglas dentro de la terapia, así mismo se dará oportunidad para resolver dudas y se le entregara el material necesario (cuaderno y lápiz) para trabajar durante las sesiones.	-Pizarrón. -Plumones.		Duración: 15 min.

<p>III. Raportt</p>	<p>Lograr la comunicación adecuada para que el sujeto exprese sus sentimientos.</p>	<p>El niño o niña expresaran cual es su temor y realizaran un dibujo de ello. Terminada la actividad dirá como le hace sentir ese temor.</p>	<p>-Hoja -Lápiz -Colores.</p>	<p>Pregunta mágica.</p>	<p>15 min.</p>
<p>IV. Tarea</p>	<p>Que el participante conozca el concepto de su problemática.</p>	<p>Que el paciente busque en algún libro, diccionario o enciclopedia el concepto de ansiedad.</p>	<p>-Hoja -Lápiz</p>		<p>5 min.</p>

Sesión II

Manejo de Ansiedad terapia individual.

Duración: 12 sesiones de 45 minutos a 60 minutos. 2 veces por semana. (Martes y Jueves)

OBJETIVO: El participante conocerá y aplicaran el ABC ante una situación de ansiedad.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de tarea	Que el paciente describa como ha estado durante la semana.	Se le preguntara al menor como ha estado en el transcurso de la semana. Más adelante se le pedirá que describa cual fue el concepto de ansiedad que encontró.	Cuaderno de tarea		10 min.
II. Trastorno de Ansiedad. 2.1 Definición 2.2 La ansiedad amiga vs ansiedad enemiga. 2.3. La ansiedad como una alarma.	El paciente identificará el concepto de miedo y ansiedad	Se dará una exposición del tema: 1. En donde se le explicara el concepto de miedo y ansiedad. 2. Se le explicara que la ansiedad es como una alarma que a veces funciona bien y otras no. Para esto se realizara un ejercicio donde el niño simulara que es un carro con una alarma en buenas condiciones y que un ladrón pretende llevárselo. Y se le explicara que ante esa situación es normal que la			20 min.

		<p>alarma se encienda.</p> <p>Después se le pedirá que simule ser el carro con una alarma descompuesta y que imagine que unos niños pasen corriendo y apenas lo rosen, la alarma se activara. Es lo mismo que pasa con la ansiedad excesiva.</p> <p>Para reforzar la información se le expondrá los distintos tipos de esta. (ansiedad amiga vs. ansiedad enemiga)</p>			
<p>2.3 ABC de Ellis</p>	<p>Que el participante identifiquen y expliquen la situación, síntomas, pensamientos que les</p>	<p>2. Se describirá de forma práctica el modelo; ABC de Ellis. En donde se les explicara</p> <p>A.Cuál es la situación activadora.</p> <p>B. Pensamientos que se tiene ante esa situación. (Pensamientos catastróficos)</p> <p>C. Las respuestas: Conductuales Emocionales Fisiológicas. P. ej. *Aumento del ritmo cardiaco.</p>			

	podiera generar ansiedad.	<p>*Tensión muscular. *Incremento de ritmo respiratorio. *Aumento de la presión arterial. *Dilatación de las pupilas *Digestión interrumpida *Manos y cuerpo sudorosos. *Incremento de grasas y azúcares en la sangre. Cada vez que el paciente describen sus síntomas fisiológicos, se le comentara que está sucediendo y porque tiene esta reacción su cuerpo.</p>	<p>-Hojas Plumonones -Pizarrón</p>	Exposición	15 min.
3.3. Auto monitorización	Identificar si el paciente comprendió la lección.	El o la niña describirá y anotará en el pizarrón las situaciones, pensamientos y los síntomas fisiológicos, conductuales y emociones que presentan cuando se siente ansioso.	<p>-Hojas -Plumonones -Pizarrón</p>		20 min.
3.4 Tarea para reforzar información		Se le pedirá de tarea que registre durante la semana que días se sintió ansioso, ante qué situación y cuáles fueron sus síntomas fisiológicos, sus pensamientos y conductas.	<p>-Hojas -Lápiz.</p>		5 min.

Sesión III

Terapia individual para el manejo de ansiedad.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 minutos. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: El paciente aprenderá a identificar los distintos tipos de ansiedad y las técnicas para auto monitorear la ansiedad.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de Tarea.	Revisión de tarea y aclaración de dudas.	De manera verbal el participante describirá la tarea asignada. Y contara como le ha ido durante la semana.	Cuaderno de tareas.		10 min.
II. Tipos de miedos	Que el paciente conozca los tipos de ansiedad que existen y que identifique su caso	Se le explicara al paciente que existen diferentes tipos de ansiedad. Entre ellas: Social TOC Separación Fobia especifica Pánico General Nocturno	Pizarrón Plumones.	Exposición	15 min.

		Se le dará ejemplo de cada una y el paciente debe decir con cual se identifica y porque.			
III. Medir los miedos.	Que el paciente mida en unidades subjetivas el malestar.	Se le pedirá al niño que imagine que su nivel de miedo es representado en burbujas, y se le solicitará que dibuje las burbujas de acuerdo a nivel de ansiedad imaginado. Se le preguntara porque cree que tiene ese nivel.	Cuaderno Lápiz Colores	Pintar burbujas	15 min.
III. Identificar los componente cognitivos, fisiológicos y conductuales.	Identificar los componentes cognitivos, emocionales, interpersonales, fisiológicos y conductuales del miedo.	Una vez terminada la exposición el menor tendrá que realizar una actividad llamada vías de mis miedos. El ejercicio empieza pidiéndole al niño que dibuje un tren. El menor debe seguir el camino que recorren sus miedos, por lo que el tren pasa por seis estaciones: *Estación quien (¿Quién está ahí cuando tienes miedo?), *Estación de la mente (¿Qué te pasa por la	-Hojas -Lápiz -Colores.	Vías de los miedos.	15 min.

		<p>cabeza cuando tienes miedo?, *Estación donde (¿En qué lugares tienes miedo?), *Estación de la acción (¿Qué haces cuando tienes miedo?), estado del cuerpo (¿Qué sensaciones corporales tienes cuando tienes miedo?) Y *Estación de la emoción (¿Cómo te sientes cuando tienes miedo?). Es importante que el niño pare en todas las estaciones. Y cuando lo haga, que ilumine el edificio correspondiente y responda a la pregunta de la estación.</p> <p>Finalmente comentara que le ha parecido la actividad y que puede aprender de ella.</p>			
<p>IV. Tarea</p> <p>Registro de pensamientos y emociones durante la semana.</p>	<p>Que el paciente reafirmen la información obtenida durante la sesión.</p>	<p>Que el niño registre las vías del miedo en alguna situación que le cause ansiedad durante la semana.</p>	<p>Cuaderno de tareas</p>		<p>5 min</p>

Sesión IV

Terapia individual para el manejo de ansiedad.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 minutos. 2 veces por semana. (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Que el paciente identifique en que momentos aminora sus recursos y agranda los peligros que le rodean.

Tema	Objetivo específico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de tarea.	Reafirmar los conocimientos proporcionados en la sesión anterior.	De manera breve contara como ha estado durante la semana. El / ella explicara los pensamientos y emociones de las situaciones específicas que le ocasionaron ansiedad durante la semana.	Cuaderno de tareas		10 min.
II. Termómetro del miedo.	Que el paciente realice su termómetro para poder medir su nivel de ansiedad.	Se le comentara de forma breve porque es importante medir nuestra ansiedad y por esa razón se realiza junto con el paciente un termómetro que indique su nivel de ansiedad. Marcando así 10 el máximo nivel de ansiedad y 0 la relajación completa.	-Cartón -Plumones -Pegamento -Palo de madera.	Termómetro del miedo.	<hr style="width: 50%; margin: auto;"/> 25 min.
II. Como se agrandamos el	Que el paciente a través de la narrativa observe como agranda los peligros que vive a diario y aminora sus	Se le explicara al paciente que muchas veces los chicos tienen anteojos catastróficos y tienden a asustarse con muchas cosas, se imaginan peligros inexistentes o agrandan	Historia del León y el zoológico.		

<p>peligro.</p>	<p>recursos para defenderse.</p>	<p>los peligros pequeños. Después se le pedirá al menor que imagine un peligro a partir de algo que vio o escucho que al final no era nada peligroso. Y que describa como fue.</p> <p>Más tarde se le indicara que imagine un león suelto. Y que diga cuál sería su nivel de miedo. Después se le pedirá que imagine al mismo león en una jaula, cuál sería su nivel de miedo, Y si el paciente tuviera un escudo, o una escopeta y además lo acompañara el guardia del zoológico, cuál sería su nivel de miedo y finalmente cual sería su nivel de miedo si el león fuera de juguete.</p>			<p>15 min.</p>
<p>IV. Tarea</p>	<p>El paciente reafirmará la información proporcionada durante la sesión.</p>	<p>Se le pedirá al menor que realicen una tabla en su cuaderno donde registrara durante la semana que peligros imagino y que grado de miedo que tuvo de acuerdo a su termómetro.</p>	<p>-Pizarrón. -Plumones.</p>		<p>10 min.</p>

Sesión V

Terapia individual para el manejo de ansiedad.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 min. 2 veces por semana. (Martes y Jueves)

OBJETIVO: El menor identificará porqué se mantiene su ansiedad para que aprenda las desventajas de no enfrentar su miedo.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica Grupal	Duración
I. Revisión de Tarea.	Reafirmar los conocimientos proporcionados en la sesión anterior.	El niño o niña explicara cómo le ha ido durante la semana y se revisara la tarea	Cuaderno de tarea.		10 min.
II. Porque se mantiene la ansiedad, cuestionar su pensamiento 2.1 Definición. 2.2 Objetivo. 2.3 Ejemplificación. 2.4 Práctica.	El paciente identificará porqué se mantiene su ansiedad	La ponente llevará a cabo una exposición en donde se le explica al paciente lo que sucede si: *No se enfrenta a la situaciones temidas *Si se escapa cada vez que se pongan ansiosos *Si vive pendiente de lo que suele asustarlos *O cuando se enfrenta a las situaciones solo si cuentan con ayuda.	-Pizarrón. -Plumones -Borrador		30 min.

<p>III. Circulo vicioso de la ansiedad.</p>	<p>Que el paciente conozca las consecuencias que hay por no afrontar al miedo.</p>	<p>Se describirá de forma breve. Que el miedo es un círculo vicioso al cual constantemente se intenta evitar y que debido a esto hay una baja autoestima que no permite realizar las actividades de siempre. Después se le explica al niño que en cambio si hay seguridad y se enfrenta a la situación temida hay un aumento en la autoestima y hay mucho más seguridad que antes.</p>	<p>Pizarrón Plumones.</p>	<p>Exposición</p>	<p>10 min.</p>
<p>IV. Tarea.</p>	<p>Que el paciente reafirme los conocimientos obtenidos.</p>	<p>Que el paciente identifique durante la semana en que momentos no enfrento, no escapo, ni vivió pendiente o pidió ayuda para enfrentar sus miedos.</p>	<p>Cuaderno de tarea Lápiz.</p>		<p>5 min.</p>

Sesión VI

Terapia individual para el manejo de ansiedad.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 min. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: El participante conocerá y aplicara las técnicas de relajación y respiración.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de Tarea.	Que el paciente describa la tarea asignada.	El niño comentará como ha estado durante la semana y su registro que llevo de tarea. La psicóloga hará los comentarios respectivos.	Cuaderno de tarea.		10 min.
II. Técnica de Relajación. 2.1 Definición. 2.2 Objetivo. 2.3 Ejemplificación. 2.4 Práctica.	El paciente conocerá la técnica de relajación y la técnica de respiración	La ponente dará una breve exposición del tema así como aplicará las técnicas de relajación. Primero se pondrá un DVD con paisajes y música clásica para relajar. Más tarde se le pedirá que: *Imagine que es un muñeco de trapo muy suave. Después se le pedirá que respire como si fuera un globo que se está inflando poco a poco, hasta llenar su estómago con aire y después que se desinfle	-Pizarrón. -Plumones. -Borrador -DVD -TV ó Grabadora	El muñeco de trapo y el robot. El muñeco de nieve. El globo que se infla y desinfla	20 min.

		<p>como si alguien lo hubieran picado con una aguja</p> <p>*Más tarde imaginara que es un muñeco de nieve y que cada parte de su cuerpos se derrite mientras más relajado esté.</p> <p>Posteriormente se le solicitará nuevamente que imaginen que se ponen tenso como robot empezando con la cara, después los brazos, el torso y al final las piernas. Y por último se les pide que regrese al momento en el que es un muñeco de trapo y este totalmente relajado.</p> <p>Se le explicara que estas son diferentes técnicas que puede utilizar. Y que cuando se sienta ansioso no es necesario que imagine cada una de las técnicas, con pasar de ser un robot a un muñeco de trapo o derretirse como un muñeco de nieve es suficiente.</p>			
III. Comentario de la Técnica de relajación y conclusiones.	El sujeto identificará dudas que tenga a cerca de las técnicas de relajación y	Para esta actividad, la ponente pedirá que imagine una situación			20 min.

	respiración.	<p>que le ocasione ansiedad, una vez esto, se les solicitará que respire llenando su estómago como si fuera un globo y piense alguna frase que le cause tranquilidad como por ej. "Tranquilo" "Dalay" etc. Más tarde se le indicara que imagine que todo sale bien.</p> <p>Finalmente el niño dará sus comentarios respecto a su experiencia.</p>			
IV. Tarea	Que el paciente aplique los conocimientos obtenidos en alguna situación que le genere ansiedad.	Se le pedirá al paciente que durante 10 minutos al menos realice la técnica de relajación y respiración.	Cuaderno de tareas.		5 min.

Sesión VII

Terapia individual para el manejo de ansiedad.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 min. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: El paciente identificará pensamientos irracionales que le genera ansiedad y los modificarán a través de las preguntas del buen cazador.

Tema	Objetivo Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de Tarea	El menor explicara su tarea.	De manera verbal el paciente explicara su tarea y comentara de forma breve como ha estado durante la semana.	Cuaderno de tareas.		10 min.
II. Cuestionar los pensamientos irracionales	Que el paciente aprenda a cuestionar sus miedos.	Se le otorgara al participante un registro para cuestionar sus pensamientos, se explicara en qué consiste y se les pedirá que describan: - Nombre de su miedo. Las preguntas que el niño o niña contestara son: 1. Mi pensamiento miedoso es: 2. ¿Qué tan seguro del 1 al 10 es que eso que temo pase? 3. ¿Qué es lo peor que podría pasar? 4. ¿Qué cosas podrían pasar que no sean ni		Preguntas del buen cazador.	25 minutos.

		<p>buenas ni malas?</p> <p>5. ¿Qué es lo mejor que podría pasar?</p> <p>6. Y si a lo que le tengo miedo pasara. ¿Qué armas tengo para afrontarlo? ¿Qué puedo hacer para enfrentar la situación?</p> <p>7. ¿Alguna vez me paso antes?</p> <p>8. ¿Qué hice entonces para resolverlo?</p> <p>9. ¿Qué me hace pensar que va a ser así?</p> <p>10. ¿Qué me hace pensar que no va a ser así?</p> <p>11. ¿Cuántas veces pensé que iba a pasar?</p> <p>12. ¿Cuántas veces se cumplió mi pensamiento?</p> <p>13. ¿Cuántas veces no se cumplió mi pensamiento?</p> <p>14. ¿Tengo una tendencia a pensar estas cosas y que no se cumplan?</p> <p>15. Si un/a amigo/a pensara eso ¿Qué le diría para que se quede tranquilo/a?</p> <p>16. ¿Qué te dirían tus amigos si supieran lo que tú piensas?</p> <p>Respuesta al pensamiento miedoso.</p> <p>Finalmente se le pedirá que de su respuesta para comentar la información.</p>	<p>-Pizarrón</p> <p>-Plumones</p> <p>-Hoja</p> <p>-Lápiz</p>		
--	--	--	--	--	--

<p>III. Hablar con el miedo.</p>	<p>Que el paciente nombre su miedo y escriba 5 replicas a su miedo.</p>	<p>Por último se le enseñara a hablar con el miedo la cual incluye varias etapas. En la primera fase, el terapeuta enseña y modela frases de afrontamiento. En la segunda fase, el niño elabora sus propias frases, (se le aconseja que mínimo escriba 5). En la tercera fase, el pequeño escribe sus frases personalizadas de afrontamiento en una ficha. El menor pueden guardar estas frases en los bolsillos, en la cartera o en el monedero, y llevarlas consigo en situaciones en las que crea que puede sentir ansiedad</p>	<p>Tarjetas Plumas de colores.</p>	<p>Hablar con nuestro miedo</p>	<p>15 minutos.</p>
<p>III. Tarea.</p>	<p>El menor reforzara los conocimientos obtenidos en la sesión.</p>	<p>Se le invitara al paciente que durante la semana piensen en alguna circunstancia que tema y que escriba y contesten las preguntas del buen cazador.</p>			<p>5 min.</p>

Sesión VIII

Terapia individual para el manejo de ansiedad.

Duración: 12 sesiones de 60 a 45 minutos. 2 vez por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: El menor identificará pensamientos irracionales que le generan ansiedad y los modificarán por pensamientos claros.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de Tarea.	El niño explicará la tarea asignada.	<p>Se le preguntara al paciente como se ha sentido durante la semana.</p> <p>De manera verbal y escrita el niño explicará su tarea.</p>	Cuaderno de tareas		15 min.
II. Pensamientos racionales e irracionales	El menor identificará las diferencias de los pensamientos racionales de los irracionales así como las diferentes formas de interpretar las situaciones que les genera ansiedad.	<p>La ponente explicando de forma muy general que muchas veces los chicos suelen imaginarse que las cosas pueden ser muy buenas o muy malas, cuando por lo general ante una situación peligrosa suele haber muchas alternativas posibles.</p> <p>Por esa razón se le indicara al niño que realice una tabla en su cuaderno, en donde</p>	<p>-Pizarrón.</p> <p>-Plumones.</p> <p>-Borrador</p> <p>-Hojas de Rotafolio.</p>	-----	20 min.

		<p>describa en un lado, cosas catastróficas que él ha pensado y en otro lado cosas que podrían ser vista de una manera más clara.</p> <p>Por ejemplo pensamiento catastrófico: Mi mamá se fue y ya no va a regresar.</p> <p>Pensamiento claro: Mi mamá solo salió al mercado porque se le olvido algo.</p>			
III. Pensamientos positivos.	Impulsar en el paciente el uso de fantasías positivas contra otras negativas.	El paciente describe su miedo y con qué fantasía positiva lo eliminaría. Realiza un dibujo de cómo lo haría.	<ul style="list-style-type: none"> -Hojas. -Lápiz -Colores. 	Impulsar la imaginación positiva.	15 minuto.
IV. Tarea	El niño confirmará la información proporcionada en la sesión.	Se le solicitará de tarea al paciente escriba al menos 10 cosas que piensan respecto a ese temor. Después subrayaran todas las ideas que pueden ser falsas o que no necesariamente son verdad y las investigare al menos con 30 niños o adultos.	<ul style="list-style-type: none"> -Pizarrón. -Plumones -Hojas de Rotafolio. 	-----	10 min.

Sesión IX

Terapia individual para el manejo de ansiedad.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 min. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Que el paciente aprenda a encontrarle alternativas a su problema de ansiedad.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de Tarea.	El menor comentara su tarea realizada.	El niño explicara su experiencia durante el transcurso de la semana y de su tarea respectivamente. La ponente hará los comentarios respectivos.	Cuaderno de tareas.	Exposición	15 min.
II. Entrenamiento de habilidades sociales.	Que el paciente aprenda y aplique 2 técnicas de habilidades sociales.	Se le explicara al niño que es importante saber controlarse ante situaciones en las que otros niños molestan y no salirse de control. Por esa razón se le enseñaran 2 técnicas. 1. La primera consiste en ignorar al	Muñecos	Exposición	15 minutos.

		<p>niño que molesta totalmente, hasta que el/la otro(a) niño(a) se canse.</p> <p>2. Banco de niebla. Consiste en proporcionar al niño una habilidad verbal que les permite rechazar insultos. El ensayo se realiza con títeres o muñecos.</p>			
<p>III. Identificar las diversas posibilidades que tiene para interpretar la situación que le genera ansiedad.</p> <p>2.1 Definición.</p> <p>2.2 Objetivo.</p> <p>2.3 Ejemplificación.</p> <p>2.4 Práctica.</p>		<p>Una vez terminada la exposición, el o la niña realizará un registro donde plasme su pensamiento así como un abanico de posibles alternativas de ver las cosas. De esta manera se le invitara al paciente que expliquen lo peor que puede pasar. Después se le pedirá que escriba lo que sería normal y finalmente lo mejor que le puede pasar y</p>	<p>-Pizarrón</p> <p>-Plumones</p> <p>-Cuaderno</p> <p>-Plumas</p>		<p>15 minutos.</p>

		que dibujen como lo resolverían.			
IV. Curva del valiente.	Que el paciente tenga claro las consecuencias de no afrontar sus miedos.	Se explicara al paciente que es lo que sucede si evita el miedo y lo que sucede si lo afronta a través de la curva del valiente.	-Pizarrón -Plumones -Cuaderno -Plumas	La curva del valiente	10 minutos.
V. Tarea.	Que el paciente identifique diferentes alternativas a sus miedos e inquietudes.	Se le solicitará al menor que durante la semana registre algo que le dio miedo y escriba su abanico de posibilidades. Lo peor que podía pasar, lo normal y lo mejor que podría pasar.	Cuaderno de tareas.	_____	5 min.

Sesión X

Terapia individual para el manejo de ansiedad.

Duración: 12 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: El paciente conocerá la técnica “maestro Ninja” para afrontar sus miedos de forma sistemática.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de Tarea.	Revisar la tarea del paciente.	El niño o niña comentará su experiencia durante la semana y de su tarea y se le retroalimentará.	Cuaderno de tarea		20 min.
II. Aplicación de las técnicas enseñadas.	Que el paciente aplique técnicas antes aprendidas para poder crear un plan de enfrentar la ansiedad.	El paciente describirá 3 situaciones en las que el termómetro de ansiedad este alto por la incertidumbre en la que vive. Después deberá escribir que pensamientos ayudan a que esta incertidumbre se haga más llevadera, es decir más tolerante. Después anotara lo que puede hacer para reducir la incertidumbre. Y finalmente que puede aprender al vivir con esa incertidumbres.	Pizarrón Plumones Cuaderno Lápiz Colores o plumas.		15 minutos.

<p>III. Afrontando los miedos pasó a paso.</p>	<p>Que el paciente logre crear metas para poder superar su ansiedad.</p>	<p>Se le explicara al paciente que muchas veces es difícil superar la ansiedad. Por eso es importante dividir el miedo en pequeñas metas. Es lo mismo que pasa para ser un ninja, primero debe pasar por la cinta blanca, luego la amarilla y así hasta llegar a la negra y ser un maestro.</p> <p>Finalmente se le pedirá al paciente que haga una lista con los pasos para afrontar el miedo. Sobre todo que sean cosas que realmente puede hacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pizarrón -Plumones -Cuaderno -Lápiz 	<p>Maestro Ninja</p>	<p>20 minutos.</p>
<p>IV. Tarea</p>	<p>Que el paciente afronte sus miedos de forma sistemática.</p>	<p>Se le pedirá al menor que realice los pasos para ser maestro Ninja y describa la situación, como se ha sentido y cuál ha sido su nivel de ansiedad aplicando las técnicas de sesiones anteriores.</p>			<p>5 min.</p>

Sesión XI

Terapia individual para el manejo de ansiedad.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 min. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Evaluar la afrontación sistemática del paciente.

Tema	Objetivo Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de tarea	Conocer la situación del paciente.	Se le preguntara al niño o niña si ha podido afrontar sus miedos y como se ha sentido ante la situación. En caso de que el paciente no haya realizado la tarea. Se recapitulara lo importante que es aplicar las estrategias utilizadas y de no hacerlo lo que podría sucedes (evitación).	Cuaderno de tareas. Esquemas ilustrativos.		15 min.
II. Afrontamiento del miedo paso a paso	El niño conocerá y aplicara la técnica de la escalera del valiente para afrontar su miedo.	Se le dará al paciente las reglas de oro para las escaleras: * Hacer un listado de situaciones temidas. * Ordenarlas según el grado de dificultad. * Repetir la exposición hasta que se realice sin dificultad. * Pasa a la siguiente situación de la lista * El grado de dificultad puede variar por la compañía del terapeuta o	-Pizarrón. -Plumones -Borrador -Hojas	-----	20 min.

		<p>no, la duración, el número de personas presentes, etc. Más tarde se le indicara que dibuje en su cuaderno una escalera con 7 escalones. Dentro de cada escalón tendrá que dibujar unos cuadros donde el niño escribirá las metas que se va a poner y los pensamientos que tuvo en ese momento.</p>			
<p>III. Enfrentar a los miedos.</p>	<p>Que el paciente permanezca el mayor tiempo posible ante esa situación que le causa ansiedad.</p>	<p>Se le pedirá al niño que se queda congelado en el sitio o la situación que le cause ansiedad para simular la exposición, breve tiempo. Obviamente se vigilara la situación, y sobre todo se le estará motivando a realizar todas las actividades enseñadas. Al final se le preguntara al paciente como se ha sentido, que ha pensado y que ha aprendido de la situación.</p>	<p>Situación temida por el paciente.</p>	<p>Exposición a la situación temida.</p>	<p>20 min.</p>

<p>III. Tarea.</p>	<p>Que el paciente logre avanzar en la escalera del valiente.</p>	<p>Se le pedirá al paciente que realicen las actividades que han visto en la sesión.</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>5 min.</p>
------------------------	---	--	--------------	--------------	---------------

Sesión XII

Nombre del Curso: Terapia individual para el manejo de ansiedad.

Duración: 12 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: La ponente evaluará el desempeño del paciente.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad.	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de tarea	Conocer la situación del paciente.	Que el paciente describa como ha logrado avanzar en la escalera y como ha aplicado las técnicas.		Exposición	15 min.
II. Auto recompensa	Que el paciente identifique los logros que alcanzado.	<p>El niño o niña identificara los logros que ha tenido a través de la actividad medalla al valor. La cual consiste en contestar las siguientes preguntas:</p> <p>¿A qué miedo me he enfrentado?</p> <p>¿Durante cuánto, tiempo lo he afrontado?</p> <p>¿Cuántas veces lo he afrontado?</p> <p>¿Qué cosas me han ayudado a afrontarlo?</p> <p>¿Qué haría si se presentara un</p>	<p>-Pizarrón</p> <p>-Plumones.</p> <p>-Cuaderno</p> <p>-Lápiz.</p>	Medalla al valor.	<hr style="width: 50%; margin: auto;"/> 15 min.

		miedo similar? Finalmente se le darán sugerencias para el futuro.			
I. Post - Aplicación del instrumento CMAS-R.	La Ponente identificará los niveles de ansiedad y las habilidades que obtuvo el o la menor durante el tratamiento.	La psicóloga dará las instrucciones de cómo resolver el instrumento e indicaciones finales.	-Pizarrón -Plumones -Formato de CMAS-R	Aplicación CMAS-R	20 min.
II. Cierre del tratamiento	Que se logre el cierre clínico.	La ponente dará las recomendaciones generales al paciente y se le felicitara a través de una constancia por lograr superar su miedo.	Constancia		10 min

ANEXO IV

Sesión I

Manejo de Ansiedad, Terapia grupal.

Duración: 12 sesiones de 60 minutos. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los participantes conocerán las características de su padecimiento, el contenido del tratamiento y la forma de trabajo.

Tema	Objetivo Especifico	Estrategia	Material	Técnica	Duración
I. Bienvenida 1.1 Presentación de la ponente. 1.2 Presentación de los participantes.	Comenzar a generar el clima adecuado para el grupo, conociendo los nombres de los participantes.	La ponente y los participantes se presentaran por medio de una técnica. Esta consiste en lanzar una bola de estambre entre cada participante y quedarse con un extremo e irse presentando. Mencionando: Nombre: Edad: Algo que le guste mucho. Y la razón por la que asiste a terapia.	-Una madeja de estambre.	Bola de Estambre Aplicación grupal	15 min.

<p>II. Aplicación del Instrumento que mide la ansiedad.</p> <p>2.1 CMAS-R</p>	<p>La ponente identificará los niveles de ansiedad de cada participante.</p>	<p>La ponente mencionará las instrucciones del instrumento, así como el objetivo de este.</p>	<p>*CMAS-R</p>	<p>Aplicación Grupal</p>	<p>28 min.</p>
<p>III. Encuadre</p> <p>3.1 Duración del Tratamiento.</p> <p>3.2 Compromiso con el tratamiento.</p> <p>3.3 Forma de Trabajo.</p> <p>3.4 Objetivo del Tratamiento.</p> <p>3.5 Expectativas del tratamiento.</p> <p>3.6 entrega del material</p>	<p>Los participantes identificarán la forma de trabajo y el objetivo del tratamiento.</p>	<p>La ponente expondrá de manera verbal la temática del tratamiento, las reglas dentro de la terapia, así mismo se dará oportunidad para resolver dudas y se les entregara el material necesario para trabajar durante las sesiones.</p>	<p>-Pizarrón. -Plumones.</p>	<p>_____</p>	<p>15 min.</p>
<p>IV. Tarea.</p>	<p>Que los pacientes conozcan el concepto de ansiedad.</p>	<p>Se les pedirá a los menores que busquen en algún libro o en internet el concepto de ansiedad.</p>	<p>Cuaderno de tarea</p>		<p>2 min.</p>

Sesión II

Manejo de ansiedad, terapia de grupo.

Duración: 12 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los participantes identificarán la situación que les genera ansiedad y los síntomas que presentan ante esta.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
Revisión de tarea	Revisión de tarea.	<p>Cada uno de los participantes describirá que encontraron y entendieron por ansiedad.</p> <p>Y se intentara integrar el concepto de cada uno para formar uno general.</p>	Tareas	Lluvia de ideas.	15 min.
<p>I. Trastorno de Ansiedad.</p> <p style="padding-left: 20px;">2.1 Definición</p> <p style="padding-left: 20px;">2.2 Tipo de ansiedad</p> <p style="padding-left: 20px;">2.2 ABC de Beck</p>	<p>Los participantes identificarán el concepto de miedo y ansiedad así como los síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales.</p>	<p>Se dará una exposición del tema:</p> <p>1. En donde se les explicara el concepto de miedo y ansiedad, Más tarde se les expondrá los distintos tipos de esta. (ansiedad amiga vs. ansiedad enemiga)</p> <p>2. Se describirá de forma práctica el modelo; ABC de Beck. En donde se les dirá</p> <p style="padding-left: 20px;">A. Cuál es la situación</p>	<p>- Plumones</p> <p>-Pizarrón</p>	Exposición	40 min.

		<p>activadora.</p> <p>B. Pensamientos que se tiene ante esa situación.</p> <p>C. Las respuestas: Conductuales Emocionales Fisiológicas</p> <p>Una vez terminada la exposición los 9 participantes de la terapia pasara al pizarrón y describirán la situación, el pensamiento y las respuestas tanto conductuales, fisiológicas y emocionales que tuvieron ante un contexto de ansiedad.</p> <p>Se resuelven dudas.</p>			
3.3.Tarea para reforzar información	Que los menores refuercen sus conocimientos en casa.	Se les pedirá de tarea que registren en casa o en el lugar donde se presente la ansiedad el ABC de Beck	Hojas Lápices		5 min.

Sesión III

Manejo de ansiedad, terapia de grupo.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 minutos. 2 veces por semana

OBJETIVO: Los pacientes identificarán los distintos tipos de ansiedad e intentarán identificar en qué momento y como se siente ante ella.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de Tarea.	Revisión de tarea y aclaración de dudas.	De manera verbal cada uno de los participantes comentara como le fue con su tarea y se aclararan dudas.	Cuaderno de tareas.		15 min.
II. Tipos de miedos	Que los niños conozcan los tipos de ansiedad que existen y que identifiquen su caso.	Se les explicara a los pacientes que existen diferentes tipos de ansiedad. Entre ellas: Social TOC Separación Fobia especifica Pánico General Nocturno	Pizarrón Plumones.	Exposición	15 min.

		<p>Se les dará ejemplo de cada una.</p> <p>En cada caso los niños deberán decir con qué tipo de ansiedad se identifican y porque. Los demás lo retroalimentaran de no saber.</p>			
<p>III. Identificar los componente cognitivos, fisiológicos y conductuales.</p>	<p>Identificar los componentes cognitivos, emocionales, interpersonales, fisiológicos y conductuales del miedo.</p>	<p>Una vez terminada la exposición cada uno de los niños tendrá que realizar una actividad llamada vías de mis miedos. El ejercicio empieza pidiéndoles que imaginen que van en un tren y van a seguir un camino que recorren sus miedos, por lo que el tren pasa por seis estaciones: *Estación quien (¿Quién está ahí cuando tienes miedo?), *Estación de la mente (¿Qué te pasa por la cabeza cuando tienes miedo?), *Estación donde (¿En qué lugares tienes miedo?), *Estación de la acción (¿Qué haces cuando tienes miedo?), *Estado del cuerpo (¿Qué</p>		<p>Vías de los miedos.</p>	<p>20 min.</p>

		<p>sensaciones corporales tienes cuando tienes miedo?) Y *Estación de la emoción (¿Cómo te sientes cuando tienes miedo?).</p> <p>El tren avanza en su imaginación y cada uno va a pasar por la primera estación. Ej. "quien está ahí cuando tienes miedo. Y cada uno de los participantes contestara, hasta que todos hayan pasado y contestado el tren avanzara. El ejercicio termina cuando todos hayan pasado y contestado las 6 estaciones.</p> <p>Finalmente cada uno dará un comentario respecto a la actividad.</p>			
<p>IV. Tarea</p> <p>Registro de pensamientos y emociones durante la semana.</p>	<p>Que los participantes reafirmen la información obtenida durante la sesión.</p>	<p>. Los niños registraran las vías del miedo en alguna situación que les cause ansiedad durante la semana.</p> <p>Para esto se les pedirá que dibujen en su</p>	<p>Cuaderno de tareas</p>		<p>10 min</p>

		cuaderno un tren con 6 estaciones arriba descritas.			
--	--	---	--	--	--

Sesión IV

Manejo de ansiedad, terapia de grupo.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 minutos. 2 veces por semana. (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Que los niños identifiquen en que momentos aminora sus recursos y agranda los peligros que le rodean.

Tema	Objetivo específico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de tarea.	Reafirmar los conocimientos proporcionados en la sesión anterior.	De manera breve los pacientes contarán como les fue con su tarea y se resolverán dudas.	Tareas		15 min.
II. Termómetro del miedo.	Los participantes realizarán su termómetro para poder medir su nivel de ansiedad.	Se expondrá porque es importante medir la ansiedad y por esa razón se realiza un termómetro que indique su nivel de ansiedad. Marcando así 10 el máximo nivel de ansiedad y 0 la relajación completa.	-Cartón -Plumones -Pegamento -un palito de madera.	Termómetro del miedo.	<hr style="width: 100%;"/> 30 min.
II. Como se agrandamos el peligro.	Que el paciente a través de la narrativa observe como agranda los peligros que vive a diario y aminora sus recursos para defenderse.	Se le expondrá a los participantes que muchas veces los chicos tienen anteojos catastróficos y tienden a asustarse con muchas cosas, se imaginan peligros inexistentes o agrandan los peligros pequeños. Después se les pedirá que imaginen un peligro a partir de algo que vio o escucho que al final no era nada peligroso. Y que entre todos describan como fue.	Historia del León y el zoológico.		15 min.

		<p>Más tarde se le indicara que imaginen un león suelto. Y que digan cuál sería su nivel de miedo. Después se les indicara que imaginen a un león en una jaula, cuál sería su nivel de miedo, Y si tuvieran un escudo, o una escopeta y además los acompañara el guardia del zoológico, cuál sería su nivel de miedo y finalmente cual sería su nivel de miedo si el león fuera de juguete.</p>			
IV. Tarea	<p>Los niños reafirmarán la información proporcionada durante la sesión.</p>	<p>Se les solicitará que realicen una tabla en su cuaderno donde registraran durante la semana que peligros imagino y que grado de miedo tuvo de acuerdo a su termómetro. Así también deberá describir 5 factores de seguridad para sentirse tranquilos.</p>	<p>Cuaderno Lápiz</p>		<p>5 min.</p>

Sesión V

Manejo de ansiedad, terapia de grupo.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 min. 2 veces por semana. (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los pequeños identificarán porqué se mantiene su ansiedad y las desventajas de no enfrentar sus miedos.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de Tarea.	Reafirmar los conocimientos proporcionados en la sesión anterior.	Los participantes explicaran como les ha ido durante la semana y en grupos de tres realizaran una lista de 10 cosas necesarias para mejorar la seguridad de casa, escuela o consultorio y sentirme más tranquilo.	Cuaderno de tarea.	Lluvias de idas.	20 min.
II. Porque se mantiene la ansiedad, cuestionar su pensamiento 2.1 Definición. 2.2 Objetivo. 2.3 Ejemplificación.	Los niños identificarán porqué se mantiene su ansiedad	La ponente llevará a cabo una exposición en donde se les explica lo que sucede si: *No se enfrenta a la situaciones temidas *Si se escapan cada vez que se pongan ansiosos *Si viven pendiente de lo que suele asustarlos	-Pizarrón. -Plumones -Borrador	Exposición	<hr style="width: 50%; margin: auto;"/> 25 min.

2.4 Práctica.		*O cuando se enfrentan a las situaciones solo si cuentan con ayuda.			
III. Circulo vicioso de la ansiedad.	Que el grupo conozca las consecuencias que hay por no afrontar al miedo.	<p>Se describirá de forma breve. Que el miedo es un círculo vicio al cual constantemente se intenta evitar y que debido a esto hay una baja autoestima que no permite realizar las actividades de siempre. Después se les explica que en cambio si hay seguridad y se enfrenta a la situación temida hay un aumento en la autoestima y hay mucho más seguridad que antes.</p> <p>Finalmente todos darán sugerencias para intentar no escapar, evitar o buscar ayuda cuando se presenta la situación que se teme.</p>	Pizarrón Plumones.	Exposición	10 min.

<p>IV. Tarea.</p>	<p>Que los niños reafirme los conocimientos obtenidos.</p>	<p>Cada uno de los integrantes identificara durante la semana en qué momento No enfrento, escapo, vivió pendiente o pidió ayuda para enfrentar sus miedos.</p>	<p>Cuaderno de tarea Lápiz.</p>		<p>5 min.</p>
--------------------------	--	--	-------------------------------------	--	---------------

Sesión VI

Manejo de ansiedad, terapia de grupo.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 min. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: El grupo conocerá y aplicará las técnicas de relajación y respiración para utilizarlas en situaciones que les cause preocupación excesiva.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de Tarea.	Que el grupo describa la tarea asignada.	Los niños comentaran su registro que llevaron de tarea. La psicóloga hará los comentarios respectivos.	Cuaderno de tarea.		15 min.
II. Técnica de Relajación. 2.1 Definición. 2.2 Objetivo. 2.3 Ejemplificación. 2.4 Práctica.	Los participantes conocerá la técnica de relajación y la técnica de respiración	La ponente dará una breve exposición del tema así como aplicará las técnicas de relajación. Primero se les pondrá un DVD con paisajes y música clásica para relajar. Más tarde se les pedirá que: *Imaginen que son muñecos de trapo muy suaves. Después se les pedirá que respiren como si fueran globos que se está inflando poco a poco, hasta llenar sus estómagos con aire y después que se desinflen como si alguien los	-Pizarrón. -Plumones. -Borrador -DVD -TV ó Grabadora	El muñeco de trapo y el robot. El muñeco de nieve. El globo que se infla y desinfla	25 min.

		<p>hubiera picado con una aguja</p> <p>*Más tarde imaginaran que son muñecos de nieve y que cada parte de sus cuerpos se derrite mientras más relajados estén.</p> <p>Posteriormente se les solicitará nuevamente que imaginen que se ponen tenso como robot empezando con la cara, después los brazos, el torso y al final las piernas. Y por último se les pide que regresen al momento en el que son muñecos de trapo y estén totalmente relajados.</p> <p>Se les explicara que estas son diferentes técnicas que pueden utilizar. Y que cuando se sientan ansiosos no es necesario que imagine cada una de las técnicas, con pasar de ser un robot a un muñeco de trapo o derretirse como un muñeco de nieve es suficiente.</p>			
<p>III. Comentario de la Técnica de relajación y conclusiones.</p>	<p>Los participantes identificarán dudas que tengan a cerca de la técnica de relajación.</p>	<p>Para esta actividad, la ponente pedirá que imaginen una situación que le ocasione ansiedad, una vez esto,</p>			<p>20 min.</p>

		<p>se les solicitará que respiren llenando sus estómagos como si fuera un globo y piensen alguna frase que les cause tranquilidad como por ej. “Tranquilo” “Dalay” etc. Más tarde se les indicara que imaginen que todo sale bien.</p> <p>Finalmente todos darán sus comentarios respecto a su experiencia.</p>			
IV. Tarea	Que los niños apliquen los conocimientos obtenidos en alguna situación que le genere ansiedad.	Se les pedirá al grupo que durante 10 minutos al menos realice la técnica de relajación y respiración preferentemente antes de dormir o cuando sientan ansiedad.	Cuaderno de tareas.		5 min.

Sesión VII

Manejo de ansiedad, terapia de grupo.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 min. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: los participantes identificarán sus pensamientos irracionales que les genera ansiedad y los modificarán a través de las preguntas del buen cazador.

Tema	Objetivo Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de Tarea	Los niños explicaran su tarea.	De manera verbal los participantes explicaran su tarea y comentara si las técnicas le han funcionado y que resultados les ha dado.			15 min.
II. Cuestionar los pensamientos irracionales	Que el grupo aprenda a cuestionar sus miedos.	Se le otorgara a los participantes un registro para cuestionar sus pensamientos, se les explicara en qué consiste y se les pedirá que describan: - Nombre de su miedo. Las preguntas que el grupo contestaran son: 1. Mi pensamiento miedoso es: 2. ¿Qué tan seguro del 1 al 10 es que eso que temo pase? 3. ¿Qué es lo peor que podría pasar? 4. ¿Qué cosas podrían			

		<p>pasar que no sean ni buenas ni malas?</p> <p>5. ¿Qué es lo mejor que podría pasar?</p> <p>6. Y si a lo que le tengo miedo pasara. ¿Qué armas tengo para afrontarlo? ¿Qué puedo hacer para enfrentar la situación?</p> <p>7. ¿Alguna vez me paso antes?</p> <p>8. ¿Qué hice entonces para resolverlo?</p> <p>9. ¿Qué me hace pensar que va a ser así?</p> <p>10. ¿Qué me hace pensar que no va a ser así?</p> <p>11. ¿Cuántas veces pensé que iba a pasar?</p> <p>12. ¿Cuántas veces se cumplió mi pensamiento?</p> <p>13. ¿Cuántas veces no se cumplió mi pensamiento?</p> <p>14. ¿Tengo una tendencia a pensar estas cosas y que no se cumplan?</p> <p>15. Si un/a amigo/a pensara eso ¿Qué le diría para que se quede tranquilo/a?</p> <p>16. ¿Qué te dirían tus amigos si supieran lo que tú piensas?</p> <p>Respuesta al pensamiento miedoso.</p> <p>Finalmente se les pedirá que comenten sus respuestas y se darán</p>	<p>-Pizarrón</p> <p>-Plumones</p> <p>-Hoja</p> <p>-Lápiz</p>	<p>Preguntas del buen cazador.</p>	<p>35 minutos.</p>
--	--	---	--	------------------------------------	--------------------

		sugerencias de parte del resto de los niños.			
III. Tarea.	Los niños reforzaran los conocimientos obtenidos en la sesión.	Se les invitara que durante la semana piensen en alguna circunstancia que teman y que escriban y contesten las preguntas del buen cazador.	Papel Lápiz		5 min.

Sesión VIII

Manejo de ansiedad, terapia de grupo.

Duración: 12 sesiones de 60 a 45 minutos. 2 vez por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los pacientes identificarán sus pensamientos irracionales que les genera ansiedad y los modificarán por pensamientos claros.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de Tarea.	Los participantes explicarán la tarea asignada.	De manera verbal cada uno de los niños explicara su tarea y se realizaran los comentarios necesarios.	Cuaderno de tareas		20 min.
II. Pensamientos racionales e irracionales	Los pequeños identificarán las diferencias de los pensamientos racionales de los irracionales así como las diferentes formas de interpretar las situaciones que les genera ansiedad.	<p>La ponente de forma muy general explicara que muchas veces los chicos suelen imaginarse que las cosas pueden ser muy buenas o muy malas, cuando por lo general ante una situación peligrosa suele haber muchas alternativas posibles.</p> <p>Por esa razón se le indicara al grupo que realicen una tablita en sus cuadernos, en donde describirán en un lado, cosas catastróficas que ellos han pensado y en otro lado cosas que podrían ser vista de una manera más clara.</p>	<p>-Pizarrón.</p> <p>-Plumones.</p> <p>-Borrador</p>	-----	30 min.

		<p>Por ejemplo pensamiento catastrófico: Mi mamá se fue y ya no va a regresar.</p> <p>Pensamiento claro: Mi mamá solo salió al mercado porque se le olvido algo.</p> <p>Al final cada uno escribirá en el pizarrón una forma catastrófica de ver las cosas y el resto del grupo dará alternativas</p>			
IV. Tarea	Los pacientes confirmarán la información proporcionada en la sesión.	Se les solicitará de tarea a todos los niños del grupo escriban al menos 10 cosas que piensan respecto a ese temor. Después subrayaran todas las ideas que pueden ser falsas y que las investigare al menos con 30 niños o adultos.	<p>-Pizarrón.</p> <p>-Plumones</p>	-----	10 min.

Sesión IX

Manejo de ansiedad, terapia de grupo.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 min. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Que los participantes aprendan a encontrar alternativas a sus diferentes problemáticas de ansiedad

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de Tarea.	El grupo comentara su tarea.	Los menores explicaran sus experiencias con sus encuestas. La ponente hará los comentarios respectivos.	Cuaderno de tareas.	Exposición	20 min.
II. Identificar las diversas posibilidades hay para interpretar la situación que genera ansiedad.		Una vez terminada la exposición, se procede a que se realizase un registro donde plasmen sus pensamientos así como un abanico de posibles alternativas de ver las cosas. De esta manera se les invitara a que expliquen lo peor que puede pasar. Después se les pedirá que escriban lo que sería normal y	-Pizarrón -Plumones -Cuaderno -Plumas		15 minutos.

<p>2.1 Definición.</p> <p>2.2 Objetivo.</p> <p>2.3 Ejemplificación.</p> <p>2.4 Práctica.</p>		<p>finalmente lo mejor que les puede pasar y que dibujen como lo resolverían.</p> <p>Lo importante de esta dinámica es que todos den alternativas.</p>			
<p>IV. Curva del valiente.</p>	<p>Los menores tendrán claro las consecuencias de no afrontar sus miedos.</p>	<p>La psicóloga expondrá que es lo que sucede si se evita el miedo y lo que sucede si se afronta a través de la curva del valiente.</p>	<p>-Pizarrón</p> <p>-Plumones</p> <p>-Cuaderno</p> <p>-Plumas</p>	<p>La curva del valiente</p>	<p>10 minutos.</p>
<p>V. Tarea.</p>	<p>Que el grupo identifique diferentes alternativas a sus miedos e inquietudes.</p>	<p>Se les solicitará que durante la semana se registre algo que les dio miedo y escriban su abanico de posibilidades.</p> <p>Lo peor que podía pasar, lo normal y lo mejor que podría pasar.</p>	<p>Cuaderno de tareas.</p>		<p>5 min.</p>

Sesión X

Manejo de ansiedad, terapia de grupo.

Duración: 12 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana. (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Los pacientes conocerán la técnica “maestro Ninja” para afrontar sus miedos de forma sistemática.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad	Material	Técnica	Durante
I. Revisión de Tarea.	Revisar la tarea de los participantes.	Los niños comentarán sus experiencias durante la semana y de su tarea y se les retroalimentará.	Cuaderno de tarea		20 min.
III. Afrontando los miedos pasó a paso.	Que el grupo logre crear metas para poder superar su ansiedad.	<p>Se les explicara que muchas veces es difícil superar la ansiedad. Por eso es importante dividir el miedo en pequeñas metas. Es lo mismo que pasa para ser un ninja, primero debe pasar por la cinta blanca, luego la amarilla y así hasta llegar a la negra y ser un maestro.</p> <p>Finalmente se pedirá que en grupos de dos, traten de identificar el miedo y propongas metas para poder obtener las cintas y</p>	<p>-Pizarrón</p> <p>-Plumones</p> <p>-Cuaderno</p> <p>-Lápiz</p>	Maestro Ninja	35 minutos.

		<p>superar el miedo.</p> <p>Al término de esta actividad cada uno leerá su programa y el resto de los niños o el terapeuta comentara si es necesario.</p>			
IV. Tarea	Que los pacientes afronten sus miedos de forma sistemática.	Se le pedirá al menor que realice los pasos para ser maestro Ninja y describa la situación, como se ha sentido y cuál ha sido su nivel de ansiedad aplicando las técnicas de sesiones anteriores.			5 min.

Sesión XI

Manejo de ansiedad, terapia de grupo.

Duración: 12 sesiones de 45 a 60 min. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: Evaluar la afrontación sistemática del grupo.

Tema	Objetivo Específico	Actividad	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de tarea	Conocer la situación del grupo.	Se realizara un circulo y se preguntara a cada niño si ha podido afrontar sus miedos y como se ha sentido ante la situación. En caso de que alguno o la mayoría no hayan realizado la tarea. Se recapitulara lo importante que es aplicar las estrategias utilizadas y de no hacerlo lo que podría sucedes (evitación).	Esquemas ilustrativos.		Duración: 15 min.
II. Afrontamiento del miedo paso a paso	Los participantes conocerán y aplicaran la técnica de la escalera del valiente para afrontar su miedo.	Se le dará al grupo las reglas de oro para las escaleras: * Hacer un listado de situaciones temidas. * Ordenarlas según el grado de dificultad. * Repetir la exposición hasta que se realice sin dificultad. * Pasa a la siguiente situación de la lista * El grado de dificultad puede variar por la	-Pizarrón. -Plumones -Borrador -Hojas -Pluma -Lápiz	Escalera del valiente	<hr/> 30 min.

		<p>compañía del terapeuta o no, la duración, el número de personas presentes, etc.</p> <p>Más tarde se les indicara que dibuje en su cuaderno una escalera con 7 escalones. Dentro de cada escalón tendrá que dibujar unos cuadros donde escribirán las metas que se va a poner y los pensamientos que tuvieron en ese momento.</p> <p>Finalmente cada uno recomendará alguna situación para poder realizar más fácil subir los escalones de la escalera del valiente.</p>			
III. Tarea.	Que lo menores logre avanzar en la escalera del valiente.	Se les indicara que realicen sus actividades que se han visto en la sesión.	_____	_____	5 min.

Sesión XII

Nombre del Curso: Terapia individual para el manejo de ansiedad.

Duración: 12 sesiones de 1 hora. 2 veces por semana (Martes y Jueves)

OBJETIVO: La ponente evaluará el desempeño de los pacientes.

Tema	Objetivo. Especifico	Actividad.	Material	Técnica	Duración
I. Revisión de tarea	Valorar el avance de los pacientes.	Que los niños describan como han logrado avanzar en la escalera y como han aplicado las técnicas enseñadas.		Exposición	15 min.
II. Auto recompensa	Que los menores identifiquen los logros que alcanzado.	<p>El grupo identificara los logros que ha tenido a través de los comentarios realizados por sus compañeros.</p> <p>Cada uno de los pacientes pasara adelante del grupo y describirá los cambios obtenidos y los demás lo retroalimentaran, darán sugerencias para el futuro o felicitaran dependiendo el caso. Por último se le preguntara que harían si tuviera nuevamente pensamientos miedosos.</p>	<p>-Pizarrón</p> <p>-Plumones.</p> <p>-Cuaderno</p> <p>-Lápiz.</p>	Medalla al valor.	<hr style="width: 50%; margin: auto;"/> 30 min.

<p>III. Post - Aplicación del instrumento</p> <p>CMAS-R.</p>	<p>La Ponente identificará los niveles de ansiedad y las habilidades que obtuvo el grupo después de que se aplico el tratamiento.</p>	<p>La psicóloga dará las instrucciones de cómo resolver el instrumento e indicaciones finales.</p>	<p>-Pizarrón -Plumones -Formato de CMAS-R</p>	<p>Aplicación Grupal</p>	<p>20 min.</p>
<p>II. Cierre del tratamiento</p>	<p>Que se logre el cierre clínico.</p>	<p>La ponente dará las recomendaciones generales al grupo y se les felicitaran a través de una constancia que será otorgada a cada uno de los integrantes que han superado su miedo.</p>	<p>Constancias</p>	<p>Exposición Grupal</p>	<p>10 min</p>