



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología

LA EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN
ADOLESCENTES.

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Nilzehat Azucena García Guadarrama

Director: Dra. Sandra Ivonne Muñoz Maldonado

Vocal: Dra. Consuelo Rubí Rosales Piña

Lic. Liliana Moreyra Jiménez

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 02 de febrero de 2021.





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice

Introducción.	1
Adolescencia.	4
Desarrollo físico en la adolescencia.....	5
Desarrollo emocional en la adolescencia.	7
Estudios empíricos.....	10
Ansiedad y fobias.....	15
Conceptualización ansiedad.	15
Trastorno de ansiedad generalizada.....	18
Conceptualización del trastorno de ansiedad por separación.....	21
Conceptualización de fobia específica.....	24
Conceptualización del trastorno de ansiedad social.	26
Instrumentos de evaluación para el diagnóstico de ansiedad y técnicas para el tratamiento de ansiedad y fobias.....	31
Técnicas.....	43
Contrato de contingencias.....	44
Exposición.....	45
Técnica de relajación.....	46
Técnica mindfulness.	47
Auto instrucciones.....	48
Discusión y conclusiones.	50
Referencias.....	56

Introducción.

En la actualidad, la ansiedad es más común de lo que se piensa y poco se sabe la prevalencia de la ansiedad, poco a poco a los altos niveles de la misma hacen que las personas se limiten y obstaculicen para continuar con su vida diaria, por lo que sus efectos pueden llegar a ser severos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) reporta que los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas frecuentes de salud mental, pues más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, y más de 260 millones padecen trastornos de ansiedad.

El programa de acción específico enfocado en la salud mental en México (2018) indica que el 24.7% de los adolescentes mexicanos se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intento suicida.

De acuerdo con Virgen et al. (2005) en México existen estudios que muestran una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, es común que los síntomas concuerden con algunos del espectro depresivo y esto confunda su manejo. Además, que el pronóstico puede ser menos favorable para los trastornos de ansiedad que para los depresivos en forma separada, esto significa que la recuperación es menor para quien tiene un trastorno de ansiedad.

La sintomatología suele aparecer en la infancia, adolescencia o comienzos de la vida adulta, de acuerdo con Toquero et al. (2003), la edad de inicio oscila alrededor de los 20 años, en el caso de los hombres se presenta antes en comparación con las mujeres. La edad promedio en los hombres es de 6 a 15 años y para las mujeres de 20 a 29 años, mientras más temprano sea el inicio de los síntomas aumentará la intensidad de los mismos.

La importancia de evaluar y tratar el trastorno de ansiedad se centra en que éste, se presenta en distintas etapas de la vida humana, ya que no solamente afecta a personas adultas, sino que también perjudica a niños y adolescentes del país, Villaseñor (2016) asegura que el trastorno de ansiedad se encuentra entre los

principales problemas mentales, emocionales y de comportamiento que se presentan en la niñez y la adolescencia, en el caso de no detectarse y tratarse a tiempo, pueden arrastrarse hasta la vida adulta y resultar en trastornos de más difícil solución o tener riesgo de mayor comorbilidad con otros trastornos.

De acuerdo con Medina-Mora (2013), un trastorno mental en esta etapa de la vida tiene un costo elevado, no sólo por el sufrimiento que se representa para los jóvenes sino también por las secuelas que puede tener para el funcionamiento en la vida adulta, como se pueden mencionar las siguientes: un menor alcance educacional, ocupacional y económico, peor productividad laboral, embarazo no deseado, accidentes automovilísticos y relaciones interpersonales disfuncionales. Por estas razones, es de suma importancia evaluar la ansiedad de manera oportuna, efectuar planes de acción y poder llevar un seguimiento para el apoyo de los trastornos de ansiedad en población adolescente.

Rodríguez, et al. (2009) reportan que en México los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en los adolescentes, notificando que el 27.9% de los mismos han experimentado alguna fobia específica, el 14.3% han experimentado fobia social, el 2.3% trastorno de pánico, 1.0% trastorno de ansiedad generalizada, 5.7% agorafobia sin trastorno de pánico, 8.5% trastorno de ansiedad por separación y el 1.8% trastorno por estrés postraumático, esto quiere decir que el 40.6% de la población adolescente ha experimentado al menos un trastorno de ansiedad.

Una de las consecuencias más frecuentes de los trastornos de ansiedad en los adolescentes es la deserción escolar, indagando las principales causales de esta problemática, Rodríguez, et al. (2009) en la encuesta de salud mental en adolescentes mexicanos realizada en el 2003 muestra que el 10.0% tiene responsabilidades adultas como tener un hijo, estar casado o trabajar de tiempo completo y una tercera parte de este porcentaje no vive con ambos padres, el ausentismo de alguno de los padres es un suceso que con el paso del tiempo ha ido en aumento y aunque el círculo familiar juega un papel muy importante, también los causantes pueden ser su entorno escolar, cultural, social e incluso la forma de interactuar con sus iguales así como algún desastre natural o un acto delictivo.

Para el tratamiento de la ansiedad y fobias existen diferentes técnicas que son utilizadas y que con mucha frecuencia son efectivas , el modelo cognitivo conductual o terapia cognitivo conductual de acuerdo con la Sociedad Española de Psiquiatría (2009) es una forma de entender cómo piensa la persona acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que hace afecta a sus pensamientos y sentimientos, este tipo de intervención puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa "cognitivo" y cómo actúa "conductual".

Otra gran ventaja de la intervención o terapia cognitivo conductual según Masalan, Del Río, et al. (2018) es que existe evidencia para el cambio de hábitos, para luego trabajar en la educación de los padecimientos que presente la persona, así como las creencias, comportamientos y factores externos que les afectan, posteriormente se encuentra el control cognitivo que apoya el control de los pensamientos negativos y preocupaciones que influyen en la repercusión del problema, las restricciones y control de estímulos, entre otros, que ayudarán al tratamiento del problema de una manera viable y comprobable.

Por ultimo cabe mencionar que este trabajo tiene como objetivo general elaborar una revisión de forma teórica de los métodos de evaluación e intervención de los principales trastornos de ansiedad que padece la población adolescente, de mismo modo tiene como objetivos específicos plasmar la importancia y prevalencia del estudio de los trastornos de ansiedad en adolescentes así como conocer cuáles son los principales y más comunes trastornos de ansiedad que padecen los adolescentes, así como su sintomatología y elaborar una investigación de los principales instrumentos y técnicas de intervención que se utilizan frecuentemente en los casos de los trastornos de ansiedad en adolescentes.

Adolescencia.

La etapa de la adolescencia se sitúa entre la niñez y la edad adulta según Pineda y Aliño (2002) se inicia cronológicamente por los cambios puberales que se caracterizan por evoluciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivas, esta etapa es también una fase de grandes decisiones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Al hablar de la adolescencia se suele pensar directamente en chicos que cursan la educación secundaria, bachillerato o preparatoria, que son rebeldes y en ocasiones confundidos, con cambios físicos, emocionales y conductuales muy drásticos los adolescentes, sin embargo, esta serie de cambios son un curso biológico que implica según Philip (1997) un crecimiento progresivo hasta llegar a la madurez, misma que refiere a la edad, estado o condición de la vida en donde una persona ha alcanzado un pleno desarrollo físico, emocional, social, intelectual y espiritual.

“La adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto, es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta, terminando alrededor de la segunda década de vida” (Güemes et al., 2017, p.8).

De acuerdo con Prado (1994) el proceso de desarrollo biológico humano es un fenómeno complejo que se inicia desde el mismo momento de la fecundación y termina con la muerte de cada persona, se podría derivar que la adolescencia es una etapa natural que todos los seres humanos experimentan no de la misma manera, pero si en ciertos aspectos similar por circunstancias sociales, emocionales, intelectuales e inclusive físicas.

En este apartado se revisarán de manera breve y entendible las principales características de la adolescencia, pues de acuerdo con Pineda y Aliño (2002) conocer estas características universales de la adolescencia tiene una gran utilidad ya que permite identificar la normalidad de dichas manifestaciones y evitan el error de que sean considerados como aspectos o conductas patológicas.

Desarrollo físico en la adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, junio, 2020) considera como adolescencia a aquellos entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad, por otro lado, la Sociedad Americana de Salud y Medicina (junio, 2020) sitúa la adolescencia entre los 10 y 21 años, distinguiendo 3 fases que se revisten entre sí:

- Inicial desde los 10 a los 14 años.
- Media desde los 15 a 17 años.
- Tardía durante los 18 a 21 años.

La primera fase de la adolescencia es la pubertad de acuerdo con Coleman y Hendry (1999) se debe ver como un acontecimiento en el aspecto físico del cuerpo, esta etapa se asocia a menudo a la maduración sexual de los niños y niñas, pero este procedimiento complejo implica más cambios en el cuerpo humano como el aumento en talla, peso, fuerza, funcionamiento cardiovascular, musculatura corporal, etc.

Papalia (2012) afirma que los primeros signos externos de la pubertad suelen ser el tejido de los senos, el vello púbico en las niñas y el aumento de tamaño de los testículos en los niños.

De acuerdo con Papalia (2012) en la tabla 1. los cambios físicos en la adolescencia se describen los cambios físicos más notorios en los niños y niñas que se encuentran en la transición de niño a adolescente:

Tabla 1. Los cambios físicos en la adolescencia.

Niños	Niñas
Crecimiento temporal del tejido mamario (con duración de 18 meses).	Los pezones crecen y sobresalen las areolas.
Aparición de vello púbico.	Los senos primero adoptan una forma cónica y luego una redondeada.
Vello en el rostro y pecho.	Aparición de vello púbico.
Voz profunda mayormente en los hombres por el crecimiento de la laringe	Vello en el rostro o alrededor de los pezones.

y producción de hormonas.

A causa de la actividad de las glándulas sebáceas puede producir espinillas y puntos negros.

Voz un poco profunda.

La piel se vuelve más gruesa y grasosa.

Aumento rápido de la estatura, peso, crecimiento muscular y óseo.

Aumento en hombros, piernas más largas con relación al tronco y sus ante brazos son más largos con relación a la parte superior del brazo y a su estatura.

La pelvis se ensancha para facilitar la maternidad y bajo su piel se acumulan capas de grasa (dos veces más que los niños), lo que le da una apariencia más redondeada.

Producción de esperma, de primera instancia la primera eyaculación o espermarquia (13 años).

Menstruación, la primera menstruación llamada menarquia (entre los 10 y 16 años).

Elaboración propia. Basado en Papalia, D. (2012). Desarrollo humano. México. McGraw-Hill. Cap. 11. Pp. 355-360.

Así cómo se experimentan cambios físicos en el cuerpo de los niños y niñas que están en transición hacia la adolescencia también hay cambios cognitivos, ya que la velocidad, complejidad, comprensión, entre otros aspectos van en modificación hacia pensamientos abstractos, completos y complejos creando una nueva manera más flexible de manipular la información.

Desarrollo cognitivo en la adolescencia.

De acuerdo con Gaete (2015) en las investigaciones de Piaget, durante la adolescencia se avanza desde el pensamiento concreto (operatorio concreto) al abstracto (operatorio formal). El adolescente rompe con la realidad concreta del momento, entra en el campo de los conceptos abstractos, y entra en el mundo del pensamiento. A partir de convertirse en un pensador concreto, piensa en las cosas que conoce o tiene contacto directo con él. Como pensador abstracto, te imaginas sin ver o algo que ya se ha experimentado.

Para este procedimiento Cano (2007) indica que ninguna reflexión personal puede hacer que un adolescente se dé cuenta de la lógica de sus propios pensamientos, lo que demuestra que gradualmente ganará conciencia a través del lenguaje y la combinación y será capaz de expresar sus pensamientos, y aunque no existe una lista oficial de cuáles son los cambios cognitivos que experimenta el adolescente Flavell (1985) afirma que las principales tendencias en el desarrollo cognitivo de los adolescentes son la:

- Capacidad de procesamiento de la información, en este procedimiento los chicos comienzan a tener una actividad mental con un nivel de complejidad más avanzado, lo cual les exige prestar atención e interrelacionar cognitivamente más información de lo que acostumbran manejar.
- Mejora en la memoria a corto plazo o también conocido como amplitud de memoria.
- Adquisición de una gran cantidad de conocimiento y destrezas en muchas áreas o dominios específicos, como la acumulación de conocimientos.

Hay que mencionar que Papalia (2012) indica que en la etapa de la adolescencia el cerebro de los chicos tiene una mayor interacción en dos redes cerebrales, la primera que refiere a una red socioemocional y la segunda a la red de control cognoscitivo misma que se encarga de regular las respuestas a los estímulos, esta interacción puede ayudar a explicar la tendencia de los adolescentes a mostrar arrebatos emocionales y conductas de riesgo, como la inmadurez.

Es decir, Gaete (2015) afirma lo siguiente:

La toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, que son esenciales para la creatividad y el rendimiento académico, estos cambios se manifiestan frecuentemente ya que permite al adolescente representar, explorar, resolver problemas y recrear aspectos importantes de su vida. (p. 439).

Desarrollo emocional en la adolescencia.

De acuerdo con Zaldívar (2014) las emociones son el mecanismo de adaptación al medio, poseen respuestas naturales, para nuestra supervivencia como la ira, miedo, alegría, tristeza, desagrado y sorpresa, mismas que se caracterizan por tener un rasgo facial asociado y se consideran básicas en las personas.

Tomando en cuenta que los seres humanos son sociales Gómez (2012) muestra que los adolescentes comienzan a aprender distintas maneras de manejar sus emociones de tal manera que sean aceptadas por su sociedad lo que implicaría la relación con sus amigos, padres, maestros, conocidos, etc.

En el caso de los chicos que están en la etapa de la adolescencia y en desarrollo de índole físico, mental, también experimentan un desarrollo emocional y como indica Zaldívar (2014) después se adquieren emociones secundarias, que se pueden denominar como sentimientos , dentro de estos se encuentran: amor, afecto, pena, dolor, soledad, melancolía, envidia, impotencia, satisfacción, desamor, de tal forma que pueden ser incluidas todas las denominaciones que se refieran a la dimensión del sentir.

Los estudios sobre los procesos emocionales en la adolescencia presentan una serie de características (Ortiz, como se citó en Colom & Fernández, 2009):

- Se tiene una mayor conciencia de los estados afectivos que en edades anteriores y hacen más referencia a estados mentales a la hora de explicar sus emociones.
- Se ha adquirido un mayor conocimiento acerca del efecto que tienen sus estados afectivos sean negativos y positivos, en la percepción de personas y actividades.
- Existe la conciencia de que una persona puede motivar a la vez emociones contrarias y esto no perjudica en los sentimientos de afecto o cariño.
- Se ha desarrollado una mayor comprensión de las emociones de los demás, haciéndose más sensible pensando en que características de los otros pueden influir en la modulación de su respuesta emocional.
- Posee más capacidad para indagar y recabar información sobre las personas a la hora de entender y explicar emociones complejas.

- La autorreflexión y las competencias cognitivas de los adolescentes se asocian con una mayor referencia a estrategias cognitivas en la modulación de los estados emocionales y una mayor confianza en la regulación de sus estados afectivos.

Otras habilidades notorias e importantes según Colom y Fernández (2009) que es significativo que se adquieran en la adolescencia son:

- Regulación de emociones intensas.
- Autocontrolarse de manera independiente.
- Lograr el conocimiento de sus propias emociones y poder atenderlas de manera efectiva.
- Comprender las consecuencias sobre sí mismos y los demás de la expresión emocional.
- Transformar el significado de un acontecimiento negativo para que sea menos dañino.
- Distinguir entre las emociones y los hechos, para evitar razonar en base a las emociones.
- Negociar y mantener relaciones interpersonales en presencia de emociones fuertes.
- Utilizar las habilidades cognitivas para obtener información sobre la fuente de las emociones.

Esta fuerza y variabilidad de los sentimientos de acuerdo con Gómez (2012) influyen en el aprovechamiento escolar, autoestima, asertividad, establecimiento de metas, consumo de sustancias, actividades de estudios y adaptación. Papalia (2012) menciona que los adolescentes suelen presentar dificultades emocionales que afectan directamente en su desarrollo físico como:

- Problemas del sueño el cual puede influir en la motivación y ocasionar irritabilidad, además de afectar la concentración y el desempeño escolar.
- Trastornos alimentarios, una mala nutrición frecuentemente afecta en la preocupación de la imagen corporal y control de peso ocasionando

enfermedades como obesidad, anorexia y bulimia, frecuentemente acompañado de depresión, ansiedad y deseo de suicidio.

- Consumo y abuso de sustancias como alcohol y drogas ilícitas tiene como principales factores de riesgo y para que este consumo sea excesivo existe y/o provoca un temperamento “difícil”, tendencia a la agresividad, conflictos familiares y relaciones familiares problemáticas, fracaso académico y/o ausencia, rechazo en su círculo social.

Se puede deducir que en la adolescencia los chicos experimentan una serie de cambios que influyen de una manera significativa en sus decisiones, puede ser que se sientan vulnerables en distintas situaciones que no pueden manejar, ya que la evolución hacia la regulación y maduración de emociones, pensamientos y sentimientos hacen que sean expuestos a experimentar fácilmente emociones y/o sentimientos negativos que los lleven a consecuencias físicas y/o sociales de conflicto, pero estos hallazgos se han publicado y se han descubierto al paso de los años, a continuación con estudios empíricos se puntualizan algunas de las ideas principales de lo que son los cambios en la adolescencia, así como la relación que tiene con la ansiedad y trastornos de ansiedad y fobias.

Estudios empíricos.

Se ha apreciado anteriormente que la etapa de la adolescencia tiene una variedad de cambios, estos cambios son físicos, emocionales, conductuales y cognitivos que tienen un efecto en los chicos de cierta inestabilidad, es por eso que se tiene el concepto de que son rebeldes, incomprensidos e insoportables algunas veces, ahora bien cómo se ha revisado también en el texto anterior se debe de tener cuidado y conocimiento en las etapas que la adolescencia conlleva ya que alguna alteración emocional, física, cognitiva, entre otras pueden tener como consecuencia una afectación patológica, en la actualidad las familias y los entornos sociales de los jóvenes han sufrido distintos cambios que han repercutido negativamente directamente en los adolescentes, de acuerdo con Moral y Sirvent (2011) en los adolescentes existen frecuentemente crisis emocionales y afectivas

como desajustes emocionales, trastornos depresivos y ansiógenos, quejas somáticas, problemas de relación, conducta agresiva, búsqueda de atención y problemas de pensamiento, también afectaciones en su auto concepto, la relación entre iguales, problemas adaptativos de una manera poco controlable, más aún López (2015) indica que la presencia del maltrato familiar y/o conflictos familiares son factores que provocan inseguridad en las relaciones de apego, sentimientos de soledad, inestabilidad emocional y desconfianza que experimentan los adolescentes, mismas que pueden ocasionar también repercusiones como sufrimientos emocionales y sociales que pueden inducir un aislamiento, depresión e incluso el suicidio.

Así mismo Mardomingo (2005) afirmó que la ansiedad y el estrés forman parte de la vida cotidiana de los niños y los jóvenes, ellos captan muy pronto la dimensión amenazante del mundo que les rodea, ya sea en las relaciones personales, sociales e internacionales, por otra parte, Ruiz (2013) afirmó que para que exista la presencia de la ansiedad o algún tipo de fobias en el adolescente, éste debe de tener alguna raíz como factores personales sean estado de ánimo, motivación, metas, etc., factores familiares como el clima afectivo, estatus socioeconómico, nivel social y cultural; factores sociales los cuales implica su identificación grupal, red de apoyo, acceso a consumo de sustancias y factores escolares como aspectos estructurales de su escuela, clima escolar, expectativas de los profesores y estudiantes, convivencia entre alumnos y profesores, comunicación entre familia y escuela, en la persistencia de uno o varios factores de riesgo se percibe que el adolescente es vulnerable al fracaso escolar, por estas razones Mardomingo (2005) indica que cuando a estas circunstancias ambientales se unen otros factores de riesgo de tipo genético, temperamental o familiar, puede surgir el cuadro clínico del trastorno de ansiedad.

De acuerdo con Tayeh (2016) entre el 2,8% y 32% de los niños y adolescentes pueden sufrir un trastorno de ansiedad, esto varía de acuerdo con la definición de los trastornos utilizada en las diferentes investigaciones, al igual que en los métodos y las edades de los sujetos, también, se ha descubierto una mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad en el género femenino, el Senado de la

Republica y la coordinación de comunidad social (2017), publicó que en México se estima que al menos 14.3 por ciento de los ciudadanos padece trastornos de ansiedad generalizada, considerada hoy en día la enfermedad de salud mental más común en el país, le sigue la depresión y adicciones, ambas en un porcentaje de 9 por ciento, cabe mencionar que de los trastornos de ansiedad el 50% se presentan antes de los 25 años. Por otro lado, Parrado (2008) indica que el predominio en distintos estudios de España es de unas tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad de entre el 8.9% y el 15.4% basándose en la combinación de diagnósticos; la fobia simple, el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de ansiedad generalizada son los trastornos más frecuentes, con tasas de prevalencia del 9.2%, 4.1% y el 4.6% respectivamente, en relación a la fobia social su prevalencia es del 1%.

También Aldana (2009) indica que los trastornos de ansiedad son cuadros frecuentes en la población infantil y adolescente, entre los más frecuentes se puntualiza el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social y fobia específica, este mismo autor afirma que la detección, diagnóstico oportuno y acertado de las diferentes formas de ansiedad repercute directamente en el pronóstico escolar, social, individual, familiar e incluso vital de la población afectada. Gold (2006) coincide que los trastornos de ansiedad que suelen manifestarse a menudo en los niños y adolescentes son trastorno por ansiedad específico, trastorno por ansiedad de separación, trastorno por ansiedad social, trastorno por ansiedad generalizada y trastorno por pánico, indica que este problema pasa a integrarse en el grupo de enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la niñez y adolescencia y también el de menor consulta.

Mardomingo (2005) indica que la ansiedad de separación afecta a de 3 al 5% de los niños y del 2 al 4% de los adolescentes, la ansiedad generalizada al 4%, ya que las tasas de prevalencia de otros trastornos de ansiedad son estudiadas en adultos, pero en los adolescentes y niños se cree que el trastorno de ansiedad afectaría al 0.8% y las fobias específicas al 1, 5 y 3% aproximadamente.

También García (2014) realizó un estudio con el objetivo de implementar un programa de prevención de ansiedad en los adolescentes teniendo una muestra de 98 estudiantes de nivel básico (secundaria), en donde el resultado que se obtuvo fue que la mayoría de los chicos que participaron tuvieron una baja puntuación en trastornos de ansiedad, con el paso del tiempo y de las sesiones que se aplicaron para poder tratar la ansiedad se obtuvo una mejora muy significativa en la desaparición de la misma, por otro lado Acosta et al. (2010) al realizar un estudio a 344 jóvenes de la localidad de Empedrado Provincia de Corrientes con el objetivo de evaluar ansiedad y depresión, encontraron que del total de jóvenes que participaron se observó que 12 pacientes padece ansiedad grave, a su vez de los 26 adolescentes con ansiedad moderada; 5 presentaban depresión grave; 12 depresión moderada, y 9 depresión leve, en total 41% de los jóvenes que participaron padecen ansiedad, así que se determinó una prevalencia total de 11 % de ansiedad y una de 24 % de depresión y se observó que generalmente estos trastornos coexisten en toda la población adolescente del Empedrado Provincia de Corrientes.

Los autores antes mencionados coinciden en que la ansiedad en adolescentes en ocasiones puede ser un tanto silenciosa y que por defecto no se les proporciona tratamiento y seguimiento, también se ha revisado que entre más tempranamente se diagnostique y se trate mejor estilo de vida tendrá el adolescente, así mismo se puede concluir que hay ciertos tipos de trastornos de ansiedad que son más frecuentes en esta etapa de vida que son ansiedad generalizada, fobia o ansiedad específica, ansiedad por separación y ansiedad o fobia social, otro aspecto en común que existe entre los autores es que para diagnosticar este padecimiento se utilizaron encuestas, entrevistas, recursos de medición, entre otras técnicas que a menudo se emplean en el enfoque cognitivo conductual.

Otro aspecto muy importante que se tiene que tomar en cuenta es que la ansiedad es comúnmente conocida como un padecimiento episódico que se puede presentar en los seres humanos en las diferentes etapas de su vida, pero la ansiedad es un estado en el que el ser humano experimenta miedo excesivo y como consecuencia este le impide realizar labores cotidianas sean en su trabajo,

escuela o en cualquier lugar en donde él o ella se desenvuelva y en cualquier edad que éste se encuentre, existe la ansiedad como se había mencionado anteriormente “normal” o transitoria y la que se vuelve “anormal” es decir patológica, esta última tiene una consecuencia severa en la vida de quien la experimenta.

Ansiedad y fobias.

Conceptualización ansiedad.

De acuerdo con el DSM-V (2014), la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, la ansiedad está frecuentemente asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.

Ahora bien, en la nueva versión de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, el CIE-11 (2018) define a la ansiedad como una amenaza anticipada experimentando miedo excesivo y alborotos conductuales, afectando el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional y otras áreas importantes de los seres humanos.

A pesar de que existen distintas definiciones sobre ansiedad en los manuales oficiales de clasificación de trastornos mentales, distintos autores han clasificado esta alteración cognitiva con consecuencias físicas, a continuación, se presentan dichas concepciones de la ansiedad por diferentes autores.

- La ansiedad se define como una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos (Barlow, como se citó en Clark & Beck, 2010)
- La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo, es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo (Beck, Emery y Greenberg, como se citó en Clark & Beck, 2010)
- De acuerdo con Clark y Beck (2010), “la ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos

imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo” (p. 23).

- Por otra parte, Cárdenas et al. (2010), conceptualizan a la ansiedad como una emoción normal que todas las personas han experimentado, forma parte de mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio que resultan sorprendidas, nuevas o amenazantes, mismas que incita a actuar de forma evasiva o escapatoria.
- De acuerdo con Rodríguez (2002) la ansiedad o angustia es un estado desagradable, en ocasiones normal, caracterizado por un sentimiento de amenaza terrible que provoca invariablemente una necesidad de evitar las situaciones que la producen.
- Sin embargo, Carrión y Bustamante (2008) apuntan que la ansiedad es definida como un estado de inquietud o temor originado como reacción ante un peligro inminente y determinado de un suceso real o imaginario, siendo un estado de inquietud, agitación o preocupación.

Como se puede ver todas definiciones coinciden en que la ansiedad se desencadena de la percepción de una amenaza o un peligro, que nos lleva a evitar las situaciones que nos generan este estado de agitación y además activa un sistema de respuesta en tres ejes que se expresan en síntomas.

Síntomas.

Los síntomas son datos personales de revelaciones físicas, mentales y conductuales que producen transformaciones en el cuerpo, para poder diferenciar cuales son estas referencias Clark y Beck (2010) indican que los síntomas de ansiedad se dividen en cuatro sistemas funcionales implicados en una respuesta adaptativa a la amenaza que percibe el individuo, tal como se muestra en la tabla 2. Síntomas de ansiedad, descrita por Clark y Beck (2010).

Tabla 2. Síntomas de ansiedad.

<i>Síntomas fisiológicos</i>	<i>(1) Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; (2) respiración entrecortada, respiración acelerada; (3) dolor o presión en el pecho; (4) sensación de</i>
------------------------------	--

asfixia; (5) aturdimiento, mareo; (6) sudores, sofocos, escalofríos; (7) náusea, dolor de estómago, diarrea; (8) temblores, estremecimientos; (9) adormecimiento, temblor de brazos o piernas; (10) debilidad, mareos, inestabilidad; (11) músculos tensos, rigidez; (12) sequedad de boca.

<p>Síntomas cognitivos</p>	<p>(1) Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; (2) miedo al daño físico o a la muerte; (3) miedo a “enloquecer”; (4) miedo a la evaluación negativa de los demás; (5) pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; (6) percepciones de irrealidad o separación; (7) escasa concentración, confusión, distracción; (8) estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; (9) poca memoria; (10) dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.</p>
<p>Síntomas conductuales</p>	<p>(1) Evitación de las señales o situaciones de amenaza; (2) huida, alejamiento; (3) obtención de seguridad, reafirmación; (4) inquietud, agitación, marcha; (5) hiperventilación; (6) quedarse helado, paralizado; (7) dificultad para hablar.</p>
<p>Síntomas afectivos</p>	<p>(1) Nervioso, tenso, embarullado; (2) asustado, temeroso, aterrorizado; (3) inquieto, asustadizo; (4) impaciente, frustrado.</p>

La tabla 1 fue obtenida del estudio de Clark, D., Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica*. p. 42. Bilbao, España. **DESCLÉE DE BROUWER**.

Por otro lado Beck (2004) indica que los síntomas que experimentan las personas que padecen ansiedad son tristeza, desvelamiento, sentimiento de que tienen una falta de vida en su interior así como perturbaciones del sueño, además suelen experimentar pensamientos automáticos de que en la vida no había nada de lo que se pueda disfrutar, tienen una imagen de sí mismo de una manera aislada y

ermitaña y por ultimo suelen abandonar actividades que antes disfrutaba y su interacción social se ve extremadamente limitada.

Los síntomas antes revisados se pueden presentar de diversas formas y en combinación con otros síntomas para establecer que se trata de uno de los trastornos de ansiedad que se enlistan en el DSM o la CIE, sin embargo, en este escrito se detallarán los cuatro trastornos que se presentan con mayor frecuencia en la población adolescente.

Trastorno de ansiedad generalizada.

El CIE-10 (1992) definió el trastorno de ansiedad generalizada como la manifestación de temor a que el mismo individuo u otro allegado vaya a padecer una enfermedad, a tener un accidente o alguna consecuencia negativa de forma inmediata a consecuencia de alguna situación específica.

Cabe señalar que ahora el CIE-11 (2018), define el trastorno de ansiedad generalizada como la preocupación excesiva centrada en acontecimientos diarios múltiples, a menudo relacionado con aspectos familiares, salud, finanzas, escolares o trabajo ocasionando empeoramiento e incapacidad personal en distintas áreas antes mencionadas para su sana relación y desenvolvimiento.

Distintos autores definen el trastorno de ansiedad generalizada con una conceptualización no tan alejada a las definiciones de los manuales oficiales citadas anteriormente, por ejemplo:

- Un trastorno de ansiedad según Cárdenas, Feria, Palacios y de la Peña (2010) es una enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada y persistente que afecta la vida cotidiana de quien la padece, al grado que dificulta o le incapacita estudiar, trabajar y convivir con sus familiares y amigos.
- López (2005), indica que el trastorno de ansiedad generalizada es una preocupación y ansiedad excesivas, persistente (mínimo 6 meses) y difícil de controlar en actividades como actuaciones laborales o escolares, esto significa que su intensidad, duración o frecuencia no es acorde o está

directamente conectado con la posibilidad o el impacto real del evento de miedo o temido.

- En pocas palabras Olivares, Piqueras y Rosas (2006), resumen el trastorno de ansiedad generalizada es la manifestación de una preocupación excesiva en situaciones del desarrollo de aspectos cotidianos de la vida.

Síntomas.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (2016) los criterios de diagnóstico para el trastorno de ansiedad generalizada son:

1. Ansiedad generalizada y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de las que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos de actividades (escolar o laboral).
2. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
3. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.
4. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

Por otra parte, los criterios de diagnóstico o síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en la recopilación de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento décima edición (1992), se dividen en síntomas autonómicos, síntomas relacionados con el pecho y abdomen, síntomas relacionados con el estado mental, síntomas generales y síntomas no específicos que corresponden a:

- Síntomas autonómicos.
 - Palpitaciones en el corazón o ritmo cardiaco acelerado.
 - Sudoración.
 - Temblor o sacudidas.
 - Sequedad en la boca.
- Síntomas relacionados con el pecho y abdomen.

- Dificultad para respirar.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o malestar en el pecho.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Síntomas relacionados con el estado mental.
 - Inestabilidad o desvencimiento.
 - Desrealización o despersonalización.
 - Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.
 - Miedo a morir.
- Síntomas generales.
 - Sofocos de calor o escalofríos.
 - Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
 - Tensión, dolores o molestias musculares.
 - Incapacidad de relajarse.
 - Sentirse bajo presión o tensión mental.
 - Sensación de tener un nudo en la garganta y/o dificultad de tragar.
- Síntomas no específicos.
 - Respuesta exagerada o sobresaltos a pequeñas sorpresas.
 - Tener “mente en blanco” a causa de la preocupación o de la ansiedad.
 - Irritabilidad persistente.
 - Dificultad para dormir a causa de las preocupaciones.

En pocas palabras el trastorno de ansiedad generalizada ya es una distorsión más grave a nivel cognitivo que como consecuencia puede repercutir emocionalmente y físicamente en el sujeto que el experimenta, sí bien se revisó, el trastorno de ansiedad generalizada comparte muchos síntomas de la ansiedad, ya que es una derivación de la misma, de este modo se va a poder entender de una manera más clara que los trastornos de ansiedad y fobias van a tener en común síntomas y características de la ansiedad; a continuación se presenta la conceptualización del trastorno de ansiedad por separación de manera breve.

Conceptualización del trastorno de ansiedad por separación.

De acuerdo con la nueva versión de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento el CIE-11 (2018) define al trastorno de ansiedad por separación como el miedo marcado y excesivo o ansiedad entre la separación de figuras de lazos directos o contacto concreto. En niños, el trastorno de ansiedad por separación específicamente de relación con los padres u otros miembros familiares; en el caso de los adultos es típicamente un socio romántico (pareja) o niños. Las manifestaciones de ansiedad de separación pueden incluir pensamientos de daño o adverso a acontecimientos que están sucediendo con la figura de directa, para ir al trabajo o la escuela, aflicción excesiva recurrente a la separación, renuencia o resistencia para dormir fuera de la figura de implicada, y pesadillas recurrentes aproximadamente relacionadas con la separación.

Sin embargo, el CIE-10 (1992) define al trastorno de ansiedad por separación en la infancia cuando el foco de temor a la separación constituye un ansiógeno y cuando tal ansiedad aparece por primera vez en los primeros años de la infancia, este trastorno se puede diferenciar de la ansiedad de separación normal cuando el problema va asociado a problemas significativos del funcionamiento social.

Por otra parte el DSM-V (2014), indica que el trastorno de ansiedad por separación es una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quién es el sujeto está vinculado, el índice de ansiedad es superior a la que se espera en los sujetos con el mismo nivel de desarrollo, las personas con trastornos de ansiedad por separación suelen experimentar un malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las figuras a las que tienen un mayor apego, se preocupan por el bienestar o la muerte de las personas por la que sienten apego y sobre todo cuando se separan de ellas y sienten necesidad de conocer el paradero de las figuras de mayor apego y deseo de estar en contacto con ellas; así mismo también suelen mostrarse preocupados por los acontecimientos adversos que pueden sucederles a ellos mismos como miedo a perderse, a ser secuestrados o a sufrir un accidente, algo que les impida reunirse de nuevo con las figuras de apego, as personas con ansiedad por separación

rechazan irse a otro lugar solo debido a su temor ante la separación presentan una excesiva y persistente negación o rechazo estar solos o sin una figura de apego en casa o en otros lugares.

Para el trastorno de ansiedad por separación distintos autores definen este tipo de ansiedad con una particularidad, que es, el trastorno se presenta cuando el menor experimenta un cambio drástico en su núcleo familiar en el que implique la desaparición o el apartamiento de algún miembro de la familia al que estaban acostumbrados a compartir su día a día.

- De acuerdo con Hernández y Sánchez (2007) las emociones del trastorno de ansiedad por separación en la infancia no son proporcionales a la situación por la que están pasando, porque en el caso de los niños pensarán que determinadas situaciones son amenazantes y / o peligrosas, porque los niños no siempre saben que sus miedos son irracionales y exagerados, sin en cambio en el caso de los adultos reconocen plenamente la irracionalidad sin ser estimulado por el miedo, que no es realmente peligroso.
- Bados (2005) define al trastorno de ansiedad por separación como una ansiedad excesiva e inapropiada relacionada con la separación de las personas a las que está afectivamente ligado, el malestar que genera su ausencia y que genera su partida anticipada tiene valor adaptativo.
- Pacheco y Ventura (2009) puntualizan que la ansiedad por separación es una manifestación psicopatológica, que se caracteriza por la debilidad infantil de quedarse solo, después de haber experimentado el separarse físicamente de la persona con quién está vinculado el menor que generalmente son sus padres o cuidadores.

Síntomas.

De acuerdo con el DSM-V (2014), los síntomas que presentan las personas que padecen del trastorno de ansiedad por separación son las siguientes:

- Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.

- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
- Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso cause la separación de una figura de gran apego.
- Resistencia o rechazo persistente a salir lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
- Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
- Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
- Pesadillas repetidas sobre el tema de separación.
- Quejas repetidas de síntomas físicos como dolor de cabeza, estomago, náuseas, vómitos, etc., cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

Algunos síntomas adicionales que existen se describen en el manual de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE- 10 (1992) son:

- Preocupación injustificada y persistente a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa (p. ej., perderse, ser secuestrado, hospitalizado o asesinado).
- Desagrado o rechazo persistentes a ir al colegio por temor a la separación
- (más que por otras razones, como temor a que algo pudiera ocurrir en el colegio).
- Dificultad para separarse por la noche, manifestado por cualquiera de los siguientes:
 - a) Desagrado o rechazo persistentes a irse a la cama sin la cercanía de una persona significativa.
 - b) Levantarse frecuentemente durante la noche para comprobar o para dormir cerca de la persona significativa.
- Malestar excesivo y recurrente antes, durante o inmediatamente después de la separación de una figura significativa (manifestado por ansiedad,

llanto, rabietas, rechazo persistente a salir de casa, necesidad excesiva de hablar con las figuras significativas o deseo que vuelvan a casa, tristeza, apatía o aislamiento social).

Para simplificar el contenido de la conceptualización del trastorno de ansiedad por separación se puede concluir que en tanto adultos como niños y adolescentes la padecen de manera distinta, no obstante este trastorno de ansiedad por separación está fuertemente ligado al desapego forzoso o a la ausencia de una figura que está estrechamente ligada al sujeto como lo es la familia, se revisó qué en el caso de los niños y adolescentes se relaciona más a menudo con sus cuidadores en comparación que los adultos puede ser más a menudo en parejas emocionales, aun así el trastorno de ansiedad por separación comparte algunos síntomas y características de la ansiedad y trastorno de ansiedad generalizada, en este caso la especificidad del trastorno oscila en la separación de un individuo y familia.

Conceptualización de fobia específica.

Una vez teniendo más claro la conceptualización de la ansiedad es más sencillo entender de lo que se tratan las distintas fobias y tipos de trastornos de ansiedad en este caso de acuerdo con el DSM-V (2014), define a una fobia específica como el miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica, por ejemplo, volar, las alturas, animales, aplicación de una inyección, etc., en el caso de los niños se expresa este miedo con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

Sin embargo en el CIE-10 (1992) define a las fobias específicas como a los miedos intensos a situaciones muy específicas, tales como la proximidad a un animal particular, a las alturas, a los truenos, a la obscuridad, espacios cerrados, orinar o defecar lavabos públicos, a comer ciertos alimentos, acudir al dentista, visualización de sangre o heridas y aun que la situación que desata este miedo sea específica o concreta, el contacto con ella puede provocar pánico, como en la agorafobia o la fobia social.

Además, la definición que apunta el manual de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, el CIE-11 (2018) puntualiza que la fobia específica está caracterizada por un miedo marcado y excesivo o ansiedad que coherentemente ocurre cuándo se está expuesto a un u objetos más concretos o situaciones y aquello es fuera de proporción a peligro real, la fobia a los objetos o las situaciones están evitados o más soportados con ansiedad o miedo intensos.

Concretamente con el caso de la fobia específica diversos autores concuerdan con la definición de los manuales oficiales de trastornos mentales y su conceptualización no varía mucho en cuanto a dichas definiciones, por ejemplo:

Virgen et al. (2005) afirman que el individuo con fobia específica anticipa el daño, como el ser mordido por un perro, o el pánico a perder el control cuando se encuentre en una situación determinada, o temer desmayarse al cerrarse una puerta, en cuanto a la fobia a los animales habitualmente son miedos monosintomáticos (manifestado por un solo síntoma) que comienza en la niñez antes de los ocho años de edad.

De acuerdo con Lima y Casanova (2006) la fobia específica consiste en un temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos, por ejemplo: miedo a volar, a la altura (Acrofobia), vértigo, precipicios, animales (Zoofobia) o insectos (Entomofobia), ascensores, espacios cerrados (claustrofobia), oscuridad, administración de inyecciones, visión de sangre o heridas, ingerir determinadas comidas o medicamentos, ir al dentista, etc.

Síntomas.

De acuerdo con el manual de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 (1992), los síntomas de la fobia especifican son:

- Miedo marcado a un objeto o situación específicos, no incluidos en la agorafobia o en la fobia social.
- Evitación marcada de un objeto o situación específica, no incluidos en la agorafobia o en la fobia social.
- Malestar emocional significativo ocasionado por los síntomas de evitación y la persona reconoce que son excesivos o irracionales.

- Los síntomas se limitan a la situación temida o a la contemplación de la misma.

En cambio, en el DSM-V (2014), puntualiza que los síntomas son:

- El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental como el miedo, la ansiedad y la evitación de las situaciones asociadas a síntomas tipo pánico y otros síntomas incapacitantes, objetos o situaciones relacionados con obsesiones, recuerdo de sucesos traumáticos, dejar el hogar, separación de las figuras de apego o situaciones sociales.

Brevemente hay que agregar qué en el caso de la fobia específica el miedo intenso que incapacita al sujeto quién la padece puede ser manifestado o provocado por diferentes estímulos, en el caso de fobia específica también tiene una conexión con las características y los síntomas de ansiedad pero suelen ser los síntomas físicos que emocionales y cognitivos, ya que por el miedo específico al objeto que le tenga el sujeto así será la varianza que se presentan a nivel cognitivo y emocional, así como en el trastorno de ansiedad social que es seguida se describe.

Conceptualización del trastorno de ansiedad social.

De acuerdo con el DSM-V (2014), el trastorno de ansiedad social se explica como el miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas, algunos ejemplos son las interacciones sociales, cómo mantener una conversación, reunirse con personas extrañas, ser observado, estar comiendo o bebiendo algo y actuar delante de otras personas, como por ejemplo platicar con alguien más; de acuerdo con el DSM-V (2014), existe una tipificación más de fobia o ansiedad social que se denomina como ansiedad social sólo de actuación en la cual los individuos con esta tipificación de trastorno tienen miedo de desenvolverse, que son típicamente los que resultan más incapacitantes en su vida profesional como los músicos, bailarines, artistas, deportistas y las personas que requieran hablar en público de forma habitual, los temores de actuación también pueden manifestarse en el trabajo, la escuela o en el ámbito académico, concretamente en el que se requiera presentaciones públicas regulares, las personas con trastornos de ansiedad social sólo de actuación no temen y evitan las situaciones sociales sin actuación.

En cambio, el CIE-10 (1992), determina a este trastorno como fobia social y hace referencia al miedo a ser examinado por otras personas, esto conduce a evitar situaciones de encuentro social, está fobia social o trastorno de ansiedad social en un nivel más grave suelen asociarse con una baja autoestima y miedo a las críticas pues el paciente o la persona quien la padece puede presentar manifestaciones secundarias de ansiedad ya que mismos los síntomas pueden progresar a crisis de pánico.

En el caso del CIE-11 (2018), indica que el trastorno de ansiedad social está caracterizado por miedo marcado y excesivo o ansiedad que coherentemente ocurre en uno o más situaciones sociales como interacciones sociales, ser observados o actuar delante de otros. El individuo está preocupado que él o ella actuarán en una manera y ser negativamente evaluado por otros, las situaciones sociales son evitadas o más soportados con ansiedad o miedo intensos.

Al igual que las fobias y trastornos de ansiedad descritas anteriormente en el trastorno de la fobia social distintos autores han construido su propio concepto,

estas definiciones no varían mucho de acuerdo los manuales oficiales descritos anteriormente por ejemplo García, Piqueras, Díaz e inglés (2008) apuntan que el trastorno de ansiedad social también conocida como fobia social se caracteriza por un miedo persistente y evidente a diversas condiciones sociales, en cuyo caso otros pueden juzgarlo negativamente, dentro de la gama de preocupantes se encuentran las condiciones sociales como ir a clase, ir a una fiesta (como un cumpleaños), ir a un club o cafetería, ir a actividades o equipos deportivos, usar baños públicos, hablar con personas en el poder (por ejemplo, maestros) o asistir a reuniones sociales informales, sin embargo Wagner, Pereira y Olivera (2014) resumen este padecimiento como la relación especial con la falta de habilidades sociales así como el fuerte miedo o ansiedad en una o más situaciones usualmente ante una posible evaluación de las condiciones.

También Morales (2012) concluye que la ansiedad social es un trastorno mental que provoca miedo intenso e irracional cuando la persona se expone a interacciones sociales o cuando realiza actividades en presencia desconocidos.

Se puede apreciar que los autores antes mencionados no están tan alejados a las definiciones y conceptualizaciones que manejan los manuales oficiales, se sospecha que por dicha razón los artículos antes revisados no describen síntomas específicos que identifiquen este trastorno, pues es evidente que el trastorno de ansiedad social es un miedo irracional que incapacita a las personas siempre y cuando tiene que relacionarse con una o más personas desconocidas.

Síntomas.

Según el CIE-10 (1992), los síntomas del trastorno de ansiedad social son:

- Miedo marcado a ser el foco de atención o miedo comportarse de un modo que sería humillante o vergonzoso.
- Evitación notable de ser el centro de atención, o de situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de un modo que sería vergonzoso humillante.
- Roboración.
- Miedo a vomitar.
- Necesidad imperiosa o temor de orinar o defecar.

- Malestar emocional significativo ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación, que el paciente reconoce excesivos o irrazonables.

Por otra parte, el DSM-V (2014), indica que los síntomas del trastorno de ansiedad social son:

- El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente.
- Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento humano.
- El miedo, la ansiedad o levitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno de espectro autista.
- En caso de existir alguna otra enfermedad el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionadas con el trastorno de ansiedad social o ser excesivos.

En resumen, se puede afirmar que todos los trastornos antes descritos comparten síntomas y tienen algunas particularidades que en se centra en la situación, objeto o contexto que desencadena los síntomas de ansiedad. Un factor relevante en la psicología clínica es que se diagnostique y evalúe adecuadamente a las personas que padecen un trastorno para que a la postre puedan recibir la intervención requerida. Es por lo que resulta fundamental realizar una evaluación, precisa, sensible y certera, para lograr este cometido se puede echar mano de los instrumentos que han sido creados para el diagnóstico y medición de los

síntomas, en el siguiente apartado se revisarán la evaluación para los trastornos de ansiedad.

Instrumentos de evaluación para el diagnóstico de ansiedad y técnicas para el tratamiento de ansiedad y fobias.

La evaluación es una forma de medir o valorar los atributos o características que tienen una persona, en la ansiedad en particular se centra en la identificación de los síntomas. De acuerdo con Angel (2016) una adecuada evaluación, debería incluir múltiples métodos (entrevista, escalas, cuestionarios, autoinformes, autoregistros), administrados a distintas personas (padres, maestros, niño, etc.) y referidos en distintos contextos (casa, escuela, etc), así como incluir una evaluación tanto familiar como extrafamiliar.

Por ello es importante conocer los distintos instrumentos disponibles para evaluar los trastornos de ansiedad que ya se han usado en población adolescente, con la finalidad de identificar qué instrumento sería más útil y con qué propiedades psicométricas cuenta.

En breve se realizará una revisión de los diferentes tipos de instrumentos de evaluación psicológica en la infancia y adolescencia resumidos en la tabla 3. Instrumentos de evaluación y diagnóstico, que nos ayudara a su rápida revisión misma que contiene nombre del instrumento, autor y año publicado, los aspectos que evalúa, que población evalúa, numero de ítems, opción de respuesta, índice de confiabilidad y tipo de evaluación.

Tabla 3. Instrumentos de evaluación y diagnóstico.

Nombre	Autor(es)	Año	¿Qué evalúa?	Población que evalúa	Ítems	Opción de respuesta	índice de Cronbach	Tipo de evaluación
Diagnostic Interview for Children and Adolescents. Entrevista de diagnóstico para niños y adolescentes. (DICA).	Herjanic, Herjanic, Brown y Heatt (1975).		Ayuda a detectar trastornos psicológicos en los adolescentes entre ellos en trastorno de ansiedad.	Niños de 6 a 17 años y padres.	247	Likert.	Valores kappa entre .65 y 1 adaptación española.	Entrevista estructurada.
Diagnostic Interview Schedule for Children. Programa de entrevistas de diagnóstico para niños (DISC-IV).	Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone (2000).		Diseñada para realizar diagnósticos de acuerdo con los criterios DSM.	Niños de 6 a 17 años.	30	Dicotómica.	Valores kappa entre .53 adaptación española.	Entrevista estructurada.
Anxiety Disorders interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent	Silverman, Albano y Sandín (2003)		Sintomatología ansiosa	Niños y padres.	69	Dicotómica.	Valores kappa entre .63 y	Entrevista estructurada.

Versions							.80 versión original.	
Entrevista para los Trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-IV: C; ADIS-IV: P).								
Survey Schedule for Children-II (FSSC-E), Inventario de miedos para niños- adaptación española.	Valiente, Sandín y Chorot (2002)	Miedos más relevantes en adolescentes	Niños.	78	Likert.	.96 version en español.		Inventario.
Fear Inventory (FI) Inventario de Miedos	Cautela y Esonis (1983).	Miedos entre ellos miedo a situaciones inhabituales y alarmantes, a la muerte, reprobación social, soledad-fantasía, caricias, enfermedad y miedosidad.	Niños y adolescentes	69	Likert.	.96 version original.		Inventario.
Louisville Fear Survey for Children (LFSC), Inventario de miedos para niños.	Miller, Barrett, Hampe y Noble (1972)	Miedos de los niños percibidos por sus padres.	Niños y adolescentes	81	Likert.	.82 versión original.		Inventario.
Separation Anxiety Avoidance Inventory, child and parent version. Inventario para evitar la ansiedad por separación, versión para padres e hijos (SAAI-C y SAAI-P).	In-Albon, Meyer y Schneider (2013).	Trastorno de ansiedad por separación.	Niños y padres.	7	Likert.	.81 y .84 versión original.		Inventario.
Escala de detección del TAG de Carroll y Davidson (Screening scale for DSM-IV Generalized Anxiety Disorder).	Bobes J, García-Calvo C, Prieto R, García-García M, Rico-Villademoros F, y cols (2006).	Trastorno de ansiedad generalizada.	Adultos.	12	Dicotómica.	.85 versión en español		Escala.
Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (RCMAS).	Sosa, C. D., Capafons, J.I. Y López, C. (2009)	Trastorno de ansiedad generalizada.	Niños y adolescentes de 6 a 19 años.	28	Dicotómica.	.92 versión original		Escala auto informada.
Escala para el Trastorno de Ansiedad por Separación para Niños y Adolescentes.	Caballo (2005).	Trastorno de ansiedad por separación.	Niños y adolescentes	16	Likert.	.83 versión en español.		Escala estructurada.
Separation Anxiety Assessment Scale (SAAS) Escala para Evaluar la Ansiedad por Separación.	Eisen y Schaefer (2005).	Trastorno de ansiedad por separación.	Niños y adolescentes y versión para padres (SAAS-P)	34	Likert.	.91 versión original.		Escala estructurada.
Multidimensional Anxiety	March, Parker,	Trastorno de ansiedad	Niños y	39	Likert.	.64 y .82		Escala

Scale for Children (MASC) Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños.	Sullivan, Stallings y Conners (1997).	generalizada, trastorno de ansiedad por separación y trastorno de ansiedad social.	adolescentes de 8 a 18 años.			versión original.	multidimensional estructurada.
Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) Escala de Ansiedad Infantil de Spence	Spence (1998).	Trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, fobias específicas, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada.	Adolescentes y adultos.	44	Likert.	.83 y .99 versión en español.	Escala estructurada.
Screen For Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED)	Birmaher et al. (1999)	Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social y fobia escolar (somatizaciones).	Adolescentes y adultos.	41	Likert.	.93 total y .74-.83 subescalas versión original.	Escala estructurada.
Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)	Hamilton (1995).	Ansiedad psíquica y ansiedad somática.	Adolescentes.	14	Likert.	.89 versión en español.	Escala clínica estructurada.
Escala Magallanes de Ansiedad (EMANS)	García- Pérez, Magaz y García (1998).	Trastorno de ansiedad generalizada.	Adolescentes de 12 a 18 años.	15	Likert.	.85 versión original.	Escala estructurada.
Escala de autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)	Zung (1965).	Ansiedad rasgo-estado.	Adolescentes y adultos.	20	Likert.	.81 versión original.	Escala estructurada.
Cuestionario de Ansiedad por Separación de Inicio Temprano (CASIT)	González, Méndez e Hidalgo, citado en Méndez, Orgilés y Espada (2008).	Trastorno de ansiedad por separación.	Niños de 3 a 5 años (respondida por los padres)	24	Likert.	.84 versión en español.	Cuestionario estructurado.
Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado / rasgo en niños (SATAIC)	Spielberger, C. et al. (1982).	Ansiedad rasgo- estado.	Niños y adolescentes de 9 a 15 años	40	Likert.	.85 y .89 versión en español.	Cuestionario estructurado.
Inventario Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)	Miguel-Tobal y Cano-Vindel (1986).	Trastorno de ansiedad generalizada.	Adolescentes.	224	Likert.	.92 versión en español.	Escala estructurada.
Beck Anxiety Inventory (BAI)	Beck, Epstein, Brown y Steer (1988).	Discriminación de Trastornos de ansiedad y depresión.	Adolescentes y adultos.	21	Likert.	.88 versión en español.	Escala estructurada.
School Anxiety Questionnaire (SAQ)	Dunn (1970).	Ansiedad escolar.	Niños y adolescentes de 8 y 12 años.	160	Likert.	.80 versión original.	Escala estructurada.
La Escala de Ansiedad	La Greca y Stone	Trastorno de ansiedad social	Niños y	22	Likert.	.92 versión	Escala

Dentro de la tabla 3 se puede apreciar que se encuentran tres tipos de entrevistas estructuradas diagnósticas (Entrevista de diagnóstico para niños y adolescentes (DICA), Programa de entrevistas de diagnóstico para niños (DISC-IV) y Entrevista para los Trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-IV: C)) que pueden ser útiles para la identificación del problema inicial y verificar cuáles son los criterios diagnósticos que cumple el adolescente.

Además, se puede percibir en la tabla 3 que la mayoría de los instrumentos enlistados son escalas que por su índice de confiabilidad son aplicados en niños adolescentes y algunas veces en adultos o viceversa, ya que se pueden adaptar dichos ítems a los criterios del paciente, en este caso son específicos en adolescentes y niños que padecen algún trastorno de ansiedad.

Para realizar de manera breve un análisis de los trastornos de ansiedad y fobias de forma específica a continuación se hará un desglose de los instrumentos en listados en la tabla 3, se comenzará a redactar este análisis de acuerdo al orden que se ha llevado al inicio de este documento. Primero se mencionarán los instrumentos adecuados o que ayudan a detectar el trastorno de ansiedad generalizada, posteriormente se mencionaran los instrumentos de diagnóstico y evaluación de fobia o ansiedad específica, a continuación, los instrumentos de diagnóstico y evaluación de ansiedad por separación y por último los instrumentos de diagnóstico y evaluación de ansiedad o fobia social.

Para la detección del trastorno de ansiedad generalizada la tabla 3 ofrece ocho escalas, la primera que se menciona es la escala de detección del TAG de Carroll y Davidson, este instrumento está enfocado a la población adulta, cuenta con 12 ítems y se divide en cuatro criterios el primero se refiere a la expectativa aprensiva, el segundo a la falta de control en la preocupación, el tercero a los síntomas fisiológicos y el último criterio se enfoca a la afectación de la vida cotidiana temporalmente, este instrumento tiene su adaptación en español por Bobes, Garcia-Calvo, García- Garcia y Rico Villademoros (2006).

El siguiente instrumento es la escala de ansiedad manifiesta en niños revisada esta escala se aplica en niños y adolescentes (RCMAS) de 6 a 19 años tiene un total de 28 ítems, este instrumento es el más utilizado en la medición de los síntomas de ansiedad infantil, consta de cuatro escalas las cuales son ansiedad psicológica, preocupación e hipersensibilidad, preocupaciones sociales, así como la concentración y la contrastación de veracidad.

También se encuentra la escala de ansiedad multidimensional para la infancia (MASC) dirigida a niños y adolescentes de 8 a 18 años, cuenta con 39 ítems y cuenta con su versión en español, entre los intereses que cuenta son el detectar el trastorno de ansiedad generalizada también tiene el objetivo de validar la división de síntomas en físicos y comportamentales del niño o adolescente, este instrumento en especial es para identificar a las personas que pueden requerir una nueva evaluación de los síntomas de ansiedad antes de comenzar un programa de intervención.

La escala de ansiedad infantil de Spence (SCAS) está dirigido a adolescentes y adultos y consta de 44 ítems este instrumento ayuda a diagnosticar los problemas de ansiedad cómo ataques de pánico y agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada, tiene su versión en español hablado en México por Hernández (2010)

La escala SCARED que también está dirigida a adultos y adolescentes, cuenta con un total de 41 ítems y está permite detectar síntomas de ansiedad de acuerdo a los criterios del DSM-IV este instrumento tiene una versión para adolescentes y otra también para los padres, ayuda a detectar síntomas de trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de pánico y fobia escolar, este instrumento es uno de los más utilizados para el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad o alguna fobia.

La escala Magallanes de ansiedad (EMANS) está dirigida principalmente a adolescentes de 12 a 18 años y cuenta con 15 ítems, esto escala está diseñada para detectar a las personas que presentan respuestas fisiológicas indicadoras del trastorno de ansiedad generalizada únicamente en un lapso de al menos 2 meses,

en esta escala se describen sensaciones fisiológicas y movimientos involuntarios relacionados con tensión, malestar y agobio, por su parte el inventario de situaciones y respuestas para jóvenes (ISRA) dirigido para adolescentes cuenta con un total de 224 ítems, evaluando respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras referidas a las relaciones sociales o de evaluación y en situaciones potencialmente ansiomáticas genéricas o cotidianas.

Por último se encuentra el inventario de ansiedad de Beck (BAI) dirigido a adolescentes y adultos y consta de 21 ítems este inventario tiene como objetivo identificar si la persona que está siendo evaluado padece ansiedad o depresión, este inventario incluye ítems que evalúan síntomas fisiológicos como entumecimiento u hormigueo y ansiedad subjetiva y pánico en donde incluyen ítems relacionados al miedo, inestabilidad y dificultad para relajarse este instrumento también es de los más utilizados para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada.

Para la detección o diagnóstico de fobia específica en la tabla 3 se enlistan cuatro instrumentos el primero de ellos es el inventario de miedos para niños (FSSC-E) como su nombre lo dice únicamente está dirigido a niños y en ocasiones se puede adaptar en población adolescente, esta escala cuenta con 78 ítems y evalúa tres puntos que son la frecuencia e intensidad de diferentes miedos clasificados en cinco dimensiones principales que son miedo a la muerte y al peligro, miedo a lo desconocido, miedo al fracaso o a la crítica, miedo a animales y estrés físico, en este último incluyen miedos médicos.

El inventario de miedos (FI) dirigido a niños y adolescentes que consta de 69 ítems conformado por escalas que evalúan miedo a situaciones inhabituales y alarmantes, reprobación social, a la muerte, la soledad y fantasías, así como las caricias, alguna enfermedad y miedosidad.

También se encuentra el inventario de miedos para niños (LFSC) dirigido a niños y adolescentes y cuenta con un total de 81 ítems, este inventario evalúa los miedos de los niños percibidos por sus padres, y por último la escala de ansiedad infantil de Spence (SCAS) también puede ser utilizada para el diagnóstico de fobias específicas, cómo se había mencionado anteriormente está dirigido a adolescentes

y adultos, consta de 44 ítems y este instrumento ayuda a diagnosticar problemas de ansiedad como ataques de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada.

Para el caso del diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación la tabla 3 ofrece siete instrumentos diferentes, el inventario para evitar la ansiedad por separación, versión para padres e hijos (SAAI-C y SAAI-P) es un inventario como su nombre con una versión para los hijos y otro para los padres, el que en este caso nos interesa más es el que está dirigido hacia los hijos mismo que cuenta con un total de 7 ítems con el objetivo de evaluar trastorno de ansiedad por separación además de evaluar la frecuencia con la que el o los evaluados evitan determinadas situaciones debido a sentir ansiedad.

La escala para el trastorno de ansiedad por separación para niños y adolescentes de Caballo (2005) está dirigido para niños y adolescentes cuenta con 16 ítems que evalúa los pensamientos, sentimientos y conductas característicos del trastorno de ansiedad por separación que presenta el evaluado cuando se separa de sus padres.

La escala para evaluar la ansiedad por separación (SAAS) dirigida a niños y adolescentes, cuenta con 34 ítems que es presentado por seis subescalas que evalúan miedo a estar solo, miedo al abandono, quejas somáticas, miedo a la enfermedad física, preocupación por acontecimientos desastrosos, frecuencia de acontecimientos desastrosos e índice de señales de seguridad, para el diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación.

También se encuentra la escala de ansiedad multidimensional para la infancia (MASC) dirigida a niños y adolescentes de 8 a 18 años, cuenta con 39 ítems y cuenta con su versión en español, entre los intereses que cuenta son el detectar el trastorno de ansiedad por separación con el objetivo de validar la división de síntomas en físicos y comportamentales del niño o adolescente, este instrumento en especial es para identificar a las personas que pueden requerir una nueva evaluación de los síntomas de ansiedad antes de comenzar un programa de intervención.

La escala de ansiedad infantil de Spence (SCAS) está dirigida a adolescentes y adultos y consta de 44 ítems este instrumento ayuda a diagnosticar los problemas de ansiedad como ataques de pánico y agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada, tiene su versión en español por Hernández (2010).

También se puede utilizar la escala SCARED que también está dirigida a adultos y adolescentes, cuenta con un total de 41 ítems y está permite detectar síntomas de ansiedad de acuerdo a los criterios del DSM-IV este instrumento tiene una versión para adolescentes y otra también para los padres, ayuda a detectar síntomas de trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de pánico y fobia escolar, este instrumento es uno de los más utilizados para el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad o alguna fobia.

Y por último se encuentra el cuestionario de ansiedad por separación de inicio temprano (CASIT) este instrumento en particular está dirigido a niños de 3 a 5 años y es contestado por los padres del evaluado, consta de 24 ítems que evalúan ansiedad por separación ante la pérdida o daño de un ser querido, ansiedad por separación relacionada con el dormir y ansiedad por separación ante acontecimientos cotidianos se recomienda que los padres contesten el cuestionario de manera independiente.

Por último, para el diagnóstico del trastorno de ansiedad social o fobia social en la tabla 3 se encuentran únicamente cuatro instrumentos que son el inventario de miedos (FI) dirigido a niños y adolescentes que consta de 69 ítems conformado por escalas que evalúan miedo a situaciones inhabituales y alarmantes, reprobación social, a la muerte, la soledad y fantasías, así como las caricias, alguna enfermedad y miedosidad.

Se encuentra también en la tabla 3 Escala de ansiedad social para adolescentes (SAS-A), este escala está dirigida a población adolescentes aunque también cuenta con su versión para niños, dependiendo a las versiones o adaptaciones en español que la escala tiene varía entre 18 ítems y 22 ítems normalmente es de 22, este escala evalúa tres factores de ansiedad social el primero es el miedo a la

evaluación negativa, el segundo es la evitación social y angustia ante situaciones nuevas y por último el tercero que evalúa la evitación social y angustia general.

La escala de ansiedad multidimensional para la infancia (MASC) dirigida a niños y adolescentes de 8 a 18 años, cuenta con 39 ítems y cuenta con su versión en español, entre los intereses que cuenta son el detectar el trastorno de ansiedad social o fobia social tiene el objetivo de validar la división de síntomas en físicos y comportamentales del niño o adolescente, este instrumento en especial es para identificar a las personas que pueden requerir una nueva evaluación de los síntomas de ansiedad antes de comenzar un programa de intervención.

La escala de ansiedad infantil de Spence (SCAS) está dirigido a adolescentes y adultos y consta de 44 ítems este instrumento ayuda a diagnosticar los problemas de ansiedad cómo ataques de pánico y agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada, tiene su versión en por Hernández (2010).

Y por último la escala SCARED que también está dirigida a adultos y adolescentes, cuenta con un total de 41 ítems y está permite detectar síntomas de ansiedad de acuerdo a los criterios del DSM-IV este instrumento tiene una versión para adolescentes y otra también para los padres, ayuda a detectar síntomas de trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de pánico y fobia escolar, este instrumento es uno de los más utilizados para el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad o alguna fobia.

Ahora bien, para concluir este breve análisis para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada y depresión en adolescentes y adultos de entre 18 a 22 años de Granada et al. (2006) utilizaron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), así mismo Guillén y González (2019) también utilizaron el (BAI) para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes y adultos asmáticos mayores de 17 años pertenecientes a la Ciudad de México, México, de igual manera Morales (2016) en una investigación sobre los trastornos del comportamiento, en el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada en estudiantes universitarios pertenecientes a la Universidad Autónoma del Estado de México hizo uso del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), también en un estudio

realizado por Acosta et al. (2011) con el objetivo de evaluar el trastorno de ansiedad generalizada y depresión en adultos desempleados y estudiantes universitarios en la Ciudad de México emplearon el Inventario de Ansiedad de Beck, por último cabe mencionar que de igual manera Beltrán et al. (2012) en su estudio realizado en la Ciudad de México, México, con el propósito de diagnosticar a población adolescente de entre 14 y 16 años con trastorno de ansiedad generalizada aplicaron el Inventario de Ansiedad de Beck, esto quiere decir que por lo menos en México el instrumento de evaluación y diagnóstico más utilizado es el Inventario de Ansiedad de Beck.

Ahora bien, para el diagnóstico del trastorno de ansiedad específica o fobia específica, Orgilés, Rosa, Santacruz, Méndez, Olivares y Sánchez (2002) utilizaron el Inventario de miedos para niños- adaptación española (FSSC) en una población de niños y adolescentes de entre 3 a 17 años para el diagnóstico de fobias específicas entre ellas los animales, aspectos ambientales y dentales, esto se llevó a cabo en Murcia, España, además Ascencio, Vila, Robles, Páez, Fresán y Vázquez (2012) emplearon el Inventario de miedos para niños (FSSC) en adolescentes de entre 14 y 24 años de nacionalidad mexicana poniendo especial énfasis en fobia a los animales, las heridas, al fracaso o a la crítica, a lo desconocido y miedo a los médicos, de igual manera Pulido (2019) realizó un estudio dirigido a estudiantes de primaria de Granada, España, con el objetivo de conocer cuántos estudiantes exteriorizan miedo a lo desconocido, miedo a la muerte, miedo a los animales y miedos escolares, utilizando el Inventario de miedos para niños- adaptación española (FSSC), además Gutiérrez y Caballo (2005) recurrieron al Inventario de miedos para niños- adaptación española (FSSC) para el diagnóstico de fobias específicas en niños y adolescentes de entre 9 a 15 años de Costa Rica, para finalizar Acosta y Calvero (2015) realizaron un estudio dirigido a estudiantes de primaria, secundaria y universitarios de Granada, España, utilizando en todos los participantes el Inventario de miedos para niños- adaptación española (FSSC); en este caso se puede apreciar que en población hispana es frecuentemente utilizado el Inventario de Miedos para niños y adolescentes (FSSC) con sus respectivas adaptaciones de cada país pero con el

objetivo de evaluar y/ o diagnosticar el trastorno de ansiedad especifica o fobia especifica.

En cuanto al diagnóstico del trastorno de ansiedad social o fobia social Saura, Carrillo, Montesinos, Alcázar y Amorós (2003) elaboraron un trabajo con el objetivo de diagnosticar fobia social en adolescentes con la ayuda de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en la Universidad de Murcia, España, así mismo Gómez et al. (2016) al evaluar los factores de riesgo y protección relacionados con el desarrollo de la ansiedad social en los adolescentes estudiantes de secundaria en España, utilizaron la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) para el diagnóstico de ansiedad social en estudiantes adolescentes, también López et al. (2013) utilizaron la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en población adolescente mexicana de entre 12 a 18 años con el objetivo de diagnosticar trastorno de ansiedad social o fobia social, además Orgilés et al. (2012) al querer profundizar su investigación sobre la relación entre el acoso escolar y la ansiedad social emplearon la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en estudiantes infantojuveniles españoles para la evaluación de fobia social y por ultimo García, Piqueras, Díaz y Cándido (2008) para diagnosticar trastorno de ansiedad social en niños y adolescentes españoles emplearon la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A), de igual manera esto indica que al menos en la población hispana es frecuentemente utilizada la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) para la evaluación y diagnóstico de fobia social.

Para concluir este breve análisis cabe mencionar que para la evaluación y diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación Martínez (2013) con el fin de identificar niños vulnerables con riesgo de desarrollar el trastorno de ansiedad por separación, utilizo el cuestionario de ansiedad por separación de inicio temprano (CASIT) en población infantil de entre 3 a 5 años en Murcia, España, por su parte Cortés (2019) también utilizo el cuestionario de ansiedad por separación de inicio temprano (CASIT) para el diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación en niños españoles de entre 5 años, así mismo Fdez-Zúñiga y Cogolludo (2012) en su investigación sobre un caso de ansiedad por separación de una niña adoptada de

3 años de edad emplearon el cuestionario de ansiedad por separación de inicio temprano (CASIT) para el diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación, lo cual indica que el instrumento frecuentemente utilizado en niños hispanos es el cuestionario de ansiedad por separación de inicio temprano (CASIT).

Todavía cabe señalar que añadiendo al análisis de la tabla 3 que ofrece los principales métodos de evaluación de los trastornos de ansiedad y fobias en adolescentes y niños, también es frecuentemente utilizado el uso de los autoinformes como método de evaluación en la terapia cognitivo conductual, pues de acuerdo con Catresana y Revuelta (1992) los autoinformes son una técnica utilizada desde principios de la terapia cognitivo conductual la cual constituyen un método adecuado y directo en la evaluación de las respuestas cognitivas y experiencia subjetiva del individuo, por ejemplo en el caso de los adolescentes que padecen algún trastorno de ansiedad les ayuda a identificar las situaciones, acontecimientos, momentos, personas u eventos, algún estímulo en específico, pensamiento que le provoque temor, los autoinformes en el caso de la terapia cognitivo conductual en el tratado de los trastornos de ansiedad se llevan a cabo de manera escrita utilizando únicamente papel y lápiz o bolígrafo, este evento se plasmará en el momento que ocurra el momento temido o cuando el paciente identifique algún síntoma que lo valla a orillar a una crisis de pánico, de igual manera le servirá al paciente a darse cuenta si aumenta o disminuye el trastorno de ansiedad con el transcurso de las sesiones en terapia.

No obstante, Angel (2016) recomienda que dependiendo de los objetivos que se tengan, deberán determinarse los criterios para la elección de los instrumentos a administrar, considerando las distintas metodologías a través de las cuales se puede realizar la exploración del adolescente, entre las cuales se encuentran los registros de observación, las pruebas estandarizadas, las escalas y los cuestionarios, entre otros, posteriormente para el tratado de algún trastorno de ansiedad se debe de acompañar de una técnica o diversos conjuntos de técnicas dependiendo la situación del paciente o sujeto así como del terapeuta y su versatilidad para el correcto seguimiento del trastorno, para esto se presenta el

siguiente apartado en donde se expondrán de manera breve y ejemplificada los principales tipos de técnicas que se utilizan para los trastornos de ansiedad.

Técnicas.

Para poder continuar con la explicación de los tipos de evaluaciones, instrumentos y técnicas para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes es importante delimitar qué se inclinarán y llevarán a cabo el enfoque cognitivo conductual ya que la evaluación cognitivo conductual así como la terapia cognitivo conductual que de acuerdo con Puchol (2002) pone especial interés en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica, en donde la conducta se explica a través de una serie de procesos y estructuras mentales internas como son la memoria, la atención y la percepción, hace un acentuado énfasis en los determinantes actuales de la conducta, teniendo un enfoque centrado en el aquí y ahora y en los cambios conductuales que han de ser observables en el paciente.

Muchos de los modelos o enfoques psicológicos hacen uso de instrumentos psicométricos y técnicas psicológicas para tratar problemas psicológicos pero específicamente el Modelo Cognitivo Conductual (MCC) participa un papel muy importante en una intervención clínica psicológica, puesto que la estructura del modelo permite determinar e identificar con mayor facilidad desde la identificación del problema utilizando diferentes instrumentos ya sean para diagnóstico, evaluación y seguimiento que en este caso servirían de soporte para el trastorno de ansiedad y los tipos más comunes en los adolescentes de una manera eficaz y viable.

Por su parte Erazo & Nisenbaum (2005) determinan que el Modelo Cognitivo Conductual está conformado por procesos una vez identificado el problema:

1. El primer proceso es cuando el terapeuta involucra el entrenamiento del paciente para observar sus propias conductas el cual implica la autoexploración y autovigilancia de conductas y cogniciones,
2. El segundo proceso de este modelo es la traslación en donde el terapeuta responde selectivamente a los principales problemas del paciente, el

terapeuta deja tareas, da explicaciones, se hacen preguntas lo cual alienta al paciente reconstruir los problemas antes discutidos,

3. Otro proceso es establecer una relación de colaboración entre paciente y terapeuta en donde trabajan de manera conjunta para identificar e interpretar los datos pertinentes y cooperación para poder alcanzar los objetivos destinados

Así pues, se puede concluir en que la idea del uso del MCC es que el paciente perciba cambios significativos en el curso de sus actividades cotidianas y no solamente cuando está con su terapeuta.

Las técnicas de intervención psicológica abarcan un conjunto diverso de métodos y procedimientos estructurados con la intención de obtener ciertos objetivos que se establecen en la terapia psicológica que como se ha estado mencionando en este caso se enfocara a la TCC, estos propósitos se edifican para el tratamiento con el fin de conseguir la superación del problema en este caso los trastornos de ansiedad y fobias, motivo de intervención psicológica del adolescente. En estas páginas se exponen algunas de las técnicas utilizadas en el tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad por separación y fobia específica.

Contrato de contingencias.

Es un acuerdo por lo general escrito o impreso en el que se especifican las conductas que se desean eliminar y las consecuencias que acompañarán al proceso de intervención, en el caso de los trastornos de ansiedad y fobias las principales complicaciones en las que en ocasiones el paciente desea abandonar el tratamiento es cuando se le expone al objeto o situación temida, así mismo el contrato de contingencias tiene como una de sus funciones principales conseguir la implicación de la persona en el cambio de conducta ya que también ayuda a que el paciente o el sujeto quien acude a terapia se comprometa a finalizar el tratamiento completo (Ruiz et al., 2012).

Psicoeducación.

La técnica de la psicoeducación es fundamental en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y en los casos de trastornos de ansiedad y fobias es particularmente favorecido ya que de acuerdo con Lemes y Ondere (2017) la psicoeducación es una técnica que relaciona las herramientas psicológicas y pedagógicas con el fin de enseñar a los pacientes sobre la condición física, psíquica, así como su tratamiento, con el propósito de desarrollar un trabajo de prevención y de concienciación sobre la salud en los pacientes, en el caso de los trastornos de ansiedad y fobias es importante que el paciente conozca desde definiciones o un breve marco teórico general de lo que es el trastorno de ansiedad y/o fobia que padezca para tener un mayor control, dentro de la técnica de psicoeducación es importante instruir al paciente sobre el autoconocimiento tanto racional como emocional y conductual, las técnicas que se utilizarán para el afrontamiento del trastorno de ansiedad y/o fobias.

Exposición.

También otro tipo de técnicas que son de mucha ayuda para el trastorno de ansiedad y fobias son las técnicas de exposición, éstas implican poner al individuo en contacto con el estímulo temido, con el objetivo de producir la adaptación al estímulo, la extinción de la respuesta de miedo y así proveer oportunidades de establecer nuevas asociaciones, es decir, de facilitar un nuevo aprendizaje en relación con el estímulo temido (Ruiz et al., 2012, p. 194) la técnica de exposición tiene distintos tipos para la resolución de casos específicos, como:

- Exposición en vivo: consiste en tomar contacto directo con la situación o estímulo temido, puede ser de forma gradual, en este caso la exposición se denomina inundación, por ejemplo, en el caso de las fobias específicas se expondrá al paciente a un animal, a una persona, personaje (payasos) y/o profesionistas (médicos).
- Exposición simbólica: hace referencia a la toma de contacto con la situación temida a través de representaciones mentales, visuales, estímulos físicos, auditivos o mediante programas informáticos de generación de realidad virtual, particularmente la exposición simbólica es utilizada en casos de

trastorno de ansiedad por separación en niños y adolescentes, pidiendo al paciente que realice representaciones mentales en distintos casos por ejemplo, cuando los padres salen a trabajar, salen de vacaciones, etc. Otro de los casos particulares en los que se utiliza la exposición simbólica es cuando no se encuentran los recursos para tratar algún tipo de trastorno de ansiedad y fobias, por ejemplo en caso de las fobias específicas puede que el objeto temido sea un animal que por seguridad no se puede interactuar, miedo a las alturas o fobia social como en la exposición en vivo y puede resolverse con representaciones mentales y hoy en día también se pueden utilizar programas informáticos de generación de realidad virtual.

- Exposición en grupo: planificación y evaluación de las sesiones de exposición en un contexto grupal, manteniendo la ejecución de la propia exposición de forma individual.
- Exposición en imaginación: revisión del hecho traumático mediante la imaginación, es un procedimiento en el que el paciente debe visualizar y conectar emocionalmente con el trauma mientras cuenta esa experiencia en voz alta y en tiempo presente, la exposición en imaginación usualmente se utiliza en el tratado de trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad por separación y también en ocasiones en casos de fobia específica, pidiendo al paciente que imagine el objeto, situación, persona y/o acontecimiento temido tal cual el paciente lo sienta lo tendrá que imaginar y estructurar mentalmente.

Técnica de relajación.

La técnica de relajación es utilizada como método esencial en el tratamiento y seguimiento de los casos de trastornos de ansiedad y fobias, puede emplearse antes de utilizar algún tipo de exposición, durante de la exposición y/o al finalizar la técnica de exposición, de acuerdo con Chóliz (agosto 2020) la utilidad de la relajación consiste en que conduce a la obtención de un estado de disminución de la activación general del organismo, lo que supone de beneficio, tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a las propia

salud física y psicológica, esta técnica de relajación también tiene distintos tipos para poder lograr una relajación controlada:

- Relajación muscular progresiva: pretende conseguir un nivel de relajación general, así como un estado de autorregulación del organismo, sobre la base de la distensión de la musculatura esquelética y mediante una serie de ejercicios de tensión- distensión de los principales grupos musculares.
- Control mental.
- Distintas posturas para lograr una relajación eficaz.
- Respiración diafragmática: este tipo de ejercicio se lleva a cabo de manera en el que la persona la practique se encuentre sentada y de preferencia con una almohada detrás de la cabeza, el ejercicio comienza en inhalar aire durante dos segundos y exhalándolo en cuatro segundos, el efecto de la respiración diafragmática en distintas repeticiones tendrá como resultado una mejor relajación en la persona que la practique, así como la sensación de mejora en su respiración habitual.

Técnica mindfulness.

De acuerdo con Martínez, Piqueras y Salvador (2017), la técnica de mindfulness es una forma de meditación que consiste en la atención plena, presencia plena o conciencia plena, concretamente es una forma de centrarse en el momento presente de manera activa y reflexivamente, en el caso de los trastornos de ansiedad se lleva a cabo de una manera en el que el paciente debe de estar concentrado en la forma en la que respira para así poder controlar la frecuencia cardíaca con la respiración, frecuentemente se recomienda que al estar concentrado se comience a contar del 1 al 10 sin interrupciones ya que si el paciente se desconcentra por algún síntoma de ansiedad o algún pensamiento temido el paciente tendrá que de nueva cuenta iniciar con el conteo y con la atención hacia sus respiraciones, este con el objetivo de lograr una relajación efectiva.

Auto instrucciones.

Según Roca (2015) el terapeuta aconsejará al paciente que confeccione herramientas que le ayuden a generar respuestas automáticas ante una situación específica temida, en el caso el tratado de trastorno de ansiedad y fobias es muy frecuente que el terapeuta pida realizar una o varias hojas para llevarlas consigo mismo y leerlas al aparecer los primeros síntomas de ansiedad, con el propósito de que le ayuden a contrarrestar la tendencia automática, hacer interpretaciones catastróficas; cuando perciba alguna sensación de pánico, otra opción que el paciente puede emplear para lograr la técnica de las auto instrucciones es realizar también tarjetas anotando ideas que le resulten útiles y memorizarlas, pues también es una buena técnica para que le resulte más convincente ante situaciones temidas.

Ahora de manera concisa se examinarán algunos estudios de caso que respaldan las principales técnicas de intervención y seguimiento para el tratado de trastornos de ansiedad en este documento, cabe recalcar que dichas técnicas se pueden utilizar en los diferentes enfoques en los que participa la psicología pero este trabajo está estrechamente relacionado a los lineamientos de la terapia cognitivo conductual así como el modelo cognitivo conductual, es por eso que Fernández et al. (2017) al realizar un estudio de caso único de un trastorno de ansiedad social realizado en Lima, Perú, en un adolescente de 14 años con un tratamiento cognitivo conductual se emplearon técnicas como la psicoeducación, exposición imaginativa, exposición en vivo y simbólica, respiración, relajación y técnicas de distracción, todo este proceso con una duración de ocho sesiones, con el objetivo de reducir de forma significativa y deseablemente definitiva la situación temida, obteniendo resultados considerablemente favorables.

También Olivares et al. (2019) realizaron un estudio con el objetivo de presentar los efectos de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual en casos de trastorno de ansiedad social o fobia social en adolescentes españoles, posterior a las evaluaciones de diagnóstico que se aplicaron a 67 adolescentes que participaron en el estudio se llevaron a cabo dos sesiones con una duración de 90

minutos en las cuales aplicaron las técnicas de psicoeducación además de esta técnica se llevó a cabo el entrenamiento de habilidades sociales con el objetivo de que los adolescentes con fobia social comenzarán a mantener conversaciones, expresarse y poder hablar en público, además de la psicoeducación también se llevó a cabo la reestructuración cognitiva con el objetivo de enseñar a los adolescentes a identificar los pensamientos automáticos negativos que le generan la fobia social asimismo los terapeutas dejaban tareas en casa cómo autorregistros y por último se llevó a cabo la técnica de exposición en vivo.

Del mismo modo Torralbas et al. (2018) al realizar un diagnóstico y tratamiento en un caso de fobia específica a la que respecta fobia a tragar, llevado a cabo en el Centro de Atención Primaria La Serra ubicado en España, dirigido a pacientes de entre 7 y 15 años, posterior a haber elaborado la evaluación y diagnóstico pertinente para el caso de fobia específica llevaron a cabo un tratamiento cognitivo conductual en el que de acuerdo con la edad de los participantes es cómo se reflejó el tiempo de evolución, ya que el periodo en el que se llevó a cabo el tratamiento y seguimiento fue del 2008 al 2016 a un total de 13 pacientes diagnosticados de fobia específica correspondientes a fobia a tragar, los autores se basaron en el empleo del tratamiento cognitivo conductual en donde se incluyeron técnicas como la psicoeducación hacia el paciente y hacia los cuidadores de los menores, también se emplearon técnicas de relajación claramente adaptadas a la edad del niño o adolescente, hicieron uso de la exposición progresiva en vivo a los estímulos que les provocaba temor así como el uso de autoinformes y tareas con el objetivo de posteriormente utilizar reforzadores materiales y sociales de acuerdo a la conducta del niño o adolescente.

Además, Martínez et al. (2017) en un estudio en donde realizan una investigación para seleccionar las técnicas más utilizadas para el tratamiento del trastorno de ansiedad en los adolescentes y niños de entre 9 y 16 años, obteniendo como resultado a la investigación que las técnicas más utilizadas para la ansiedad en población infantil y adolescente son la psicoeducación, conciencia de la

respiración, del cuerpo y de los pensamientos, así como prevención de recaídas empleando meditación mindfulness, prácticas en casa y autoinformes.

Por último, Martínez (2017) en la elaboración de un programa psicoeducativo en línea para adolescentes con elevada ansiedad empleado en tres adolescentes de en una escuela concertada de la ciudad de Barcelona, España. cursaban primero de educación secundaria obligatoria, en donde el programa propuesto por Martínez (2017) implicaba la aplicación de cinco módulos que de forma resumida se dividen en la psicoeducación de lo que es la ansiedad, los diferentes trastornos de ansiedad, los componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales de la ansiedad y por último una escala de satisfacción de los temas que se trataron a lo largo del programa, no sin antes haber aplicado encuestas y evaluaciones de diagnóstico para detectar la presencia de ansiedad en los participantes elegidos.

Es así que se puede observar que en la mayoría de los estudios citados enfocados en la intervención, evaluación y tratamiento de los trastornos de ansiedad y fobias de forma general incluyen técnicas como la psicoeducación, exposición progresiva, la respiración, mindfulness, reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales cuando se trata de fobia social en especial. Aun cuando en los manuales se propone el uso de autoinstrucciones y el contrato de contingencias, se puede notar que en los protocolos de intervención revisados no se utilizan estas técnicas, pero se están integrando técnicas como mindfulness para el control de la activación fisiológica.

Discusión y conclusiones.

Este trabajo tuvo por objetivo realizar una revisión teórica sobre los trastornos de ansiedad, su evaluación y tratamiento en una población particular que son los adolescentes, con la finalidad de condensar la información disponible sobre el tema, es importante mencionar que la información obtenida para la elaboración del presente trabajo con el uso de las plataformas de la biblioteca digital de la Universidad Nacional Autónoma de México así como de Google académico, Redalyc, Google Books, Scielo, todo ello con un período de no más de 10 años de antigüedad.

Este trabajo también tuvo como objetivo plasmar una revisión teórica sobre la gran importancia que tienen hoy en día la prevalencia de los diferentes trastornos de ansiedad en los adolescentes, dichos trastornos de ansiedad han sido confundidos con un estado de estrés o de depresión que al pasar el tiempo han tenido consecuencias desfavorables en los pacientes o los sujetos que la padecen, por esta razón se realizó una revisión en la que abarcó desde la identificación del problema o la definición de lo que es cada trastorno de ansiedad en los adolescentes como: el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social o fobia social, fobia específica y trastorno de ansiedad por separación, así como sus principales síntomas.

Ya que es importante conocer cómo los trastornos de ansiedad y fobias afectan significativamente a los adolescentes y niños en la actualidad perjudicando su vida diaria, la convivencia entre iguales, su madurez psicológica, así como su autoestima su autoconcepto y funciones fisiológicas, cognitivas y emocionales en general.

Posteriormente también toma una gran relevancia la revisión de los diferentes tipos de evaluación o los instrumentos que son frecuentemente utilizados para la identificación o el diagnóstico de los trastornos de ansiedad, estos instrumentos también pueden ayudar para conocer el nivel de trastorno de ansiedad que maneja el paciente después de estar sometido en algún tratamiento terapéutico psicológico.

De la misma forma se realizó una revisión de las principales técnicas utilizadas en la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y fobias en adolescentes, qué afortunadamente en las últimas dos décadas se han publicado más estudios dirigidos a adolescentes hispanohablantes con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social o fobia social, así como trastorno de ansiedad por separación y fobias específicas, no obstante si existe escasez en cuanto a estudios de casos específicos, ya que se conoce que los trastornos de ansiedad y fobias en adolescentes son un padecimiento más común de lo que se piensa y sabe.

Cabe mencionar que la etapa de la adolescencia es una etapa de cambio tanto físico, emocional, conductual, biológico y social en el que los jóvenes se ven en un estado de confusión que es completamente normal, experimentando estados de crisis, conflictos y contradicciones, todo este cambio, por lo que centrarse en la evaluación e intervención de los trastornos de ansiedad en esta etapa permitiría prevenir que estos problemas se cronificaran y agravaran en la edad adulta.

Cómo se ha revisado con anterioridad una de las principales preocupaciones por las cuales se ha decidido realizar este trabajo es por las consecuencias que tiene el mismo trastorno de ansiedad sobre la persona que la padece, pues en los estudios antes mencionados se ha revisado que los sujetos que la padecen pueden llegar a la incapacidad de realizar actividades cotidianas afectando su vida, su estado de ánimo y su salud, en el caso de los adolescentes como es una etapa en donde las emociones y las decisiones son un tanto extremas se busca evitar decisiones trágicas que repercutan directamente a la integridad y salud del adolescente ya que el programa de acción específico enfocado en la salud mental en México (2018) indica que el 24.7% de los adolescentes mexicanos se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intento del suicidio.

Por consiguiente, la revisión teórica específica de la evaluación e intervención de los trastornos de ansiedad y fobias en la adolescencia proporcionan una base que permitirá conocer cuáles son los instrumentos y técnicas más utilizados en estos padecimientos, como en el estudio de Fernández et al. (2017) en Lima, Perú, en un adolescente de 14 años emplearon técnicas como la psicoeducación, exposición imaginativa, exposición en vivo y simbólica, respiración, relajación y técnicas de distracción, así como Martínez et al. (2017) en un estudio en España seleccionaron las técnicas más utilizadas para el tratamiento del trastorno de ansiedad en los adolescentes como la psicoeducación, conciencia de la respiración, del cuerpo y de los pensamientos, así como prevención de recaídas empleando meditación mindfulness, prácticas en casa y autoinformes, habría que decir también que específicamente en el apartado de los instrumentos es

comúnmente utilizado el Inventario de Ansiedad de Beck para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada como Granada et al. (2006) hizo uso del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), así mismo Guillén & González (2019) también utilizaron el (BAI) para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes pertenecientes a la Ciudad de México, México.

De manera concreta los autores mencionados en este trabajo coinciden en el uso de las técnicas e instrumentos revisados anteriormente puesto que por su gran eficacia han sido validados en otros países y adaptados en español para tener un mejor alcance, convirtiéndose también en apoyo académico para los estudiantes que cursan la licenciatura en psicología en línea ya que en el plan de estudios que maneja el sistema de educación abierto y a distancia de la licenciatura en psicología no se habla o se enfoca específicamente de algún trastorno, el plan de estudios nos brinda las bases de una manera no específica a alguna edad o algún padecimiento.

Al egresar de la licenciatura en psicología se puede presenciar con este tipo de problemas que como se ha mencionado anteriormente es un problema común en los adolescentes y adultos, este argumento podría tomarse también como alguna limitación, se espera y se invita a que surja algún seguimiento de este trabajo, ya que se tenía planeado poner en práctica todo lo que sea revisado de manera teórica con algún paciente cara a cara, pero por la situación en el que estamos viviendo de manera mundial en cuanto a la pandemia del 2020 no se ha podido realizar esta conclusión de investigación, por lo tanto este trabajo también da pie a que sigan las investigaciones y lograr estudios de caso en la población adolescente.

Cabe mencionar también que este es un trabajo que está dirigido a estudiantes de la licenciatura en psicología así como profesionistas enfocados en la salud, ya que como tal este trabajo está estructurado como una guía rápida para identificar los trastornos de ansiedad en adolescentes, este trabajo ofrece los principales conceptos de la adolescencia, el desarrollo físico en la adolescencia, el desarrollo cognitivo en la adolescencia, el desarrollo emocional así como algunos estudios empíricos en los que respaldan que la ansiedad aparece frecuentemente en la

población adolescente; también este trabajo ofrece lo que son las conceptualizaciones de lo que es la ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad por separación, la conceptualización de fobia específica y la conceptualización a la definición del trastorno de ansiedad social, cada una de estos contenidos de conceptualización también contienen los principales síntomas de acuerdo a los manuales oficiales de salud mental como lo son el CIE- 10, el DSM- 5 y el CIE- 11 la versión más actualizada, de igual manera este trabajo expone los principales instrumentos de evaluación para el diagnóstico de ansiedad y técnicas para el tratamiento de ansiedad y fobias, en las que contiene una tabla que brinda distintos tipos de instrumentos como entrevistas estructuradas, inventarios, escalas, escalas auto informadas, escalas estructuradas y cuestionarios estructurados enfocados únicamente a población infantil y adolescente específicas a los trastornos de ansiedad antes mencionados, ya que en las revisiones elaboradas en la tabla 3 sobre estos instrumentos cuentan con su versión en español y con su adaptación para aplicarlas en niños, adolescentes y algunas en adultos, esto ya dependerá del terapeuta que estará a cargo del paciente que padece trastorno de ansiedad, por último se hizo una concisa investigación para poder determinar y plasmar en este trabajo cuáles son las principales técnicas en la terapia cognitivo conductual para percibir cambios significativos en el tratamiento de algún trastorno de ansiedad en adolescentes. Y por último para este ejercicio de intervención hay que tomar en cuenta la gran responsabilidad que lo acompaña, es por eso que se deben de tener consideraciones éticas que de acuerdo con Aguilera- Guzmán et al. (2008):

La ética, entendida como el estudio de las normas morales en términos de sus supuestos, orígenes y cambios en el tiempo, sistematiza las similitudes y diferencias entre varios códigos morales. Sirve, por tanto, de punto de encuentro entre diferentes perspectivas, a través del diálogo, característica fundamental de esta disciplina. (p. 132).

En el caso de la intervención con familias y menores de edad de acuerdo con Lozano (2014):

Es la responsabilidad del ejercicio del uso de competencias con una gran repercusión sobre la vida de las familias y menores, así como la intervención social, tanto en la práctica profesional como en la formación e investigación ya que requiere la detección, identificación y estudio de una variedad muy amplia de factores influyentes en una situación determinada dentro de los factores individuales de padres, tutores e hijos en donde se analizan y evalúan los riesgos, siempre junto a las protecciones y capacidades resilientes de cada uno de los miembros de la familia. (p. 127).

Referencias.

- Acosta, A., Rodríguez, A., Lotero, J. (2010). Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. *Revista de posgrado de la vía Catedra de Medicina*, 184(1), 59. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237620734_EPIDEMIOLOGIA_DE_LOS_TRASTORNOS_DE_ANSIEDAD_Y_DEPRESION_EN_ADOLESCENTES_DE_UNA_POBLACION_RURAL
- Acosta, F. & Clavero, F. (2015). Miedo e inteligencia emocional en el contexto pluricultural de Ceuta. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 45(2), 249-263. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212017000100029&script=sci_arttext
- Acosta, F. (2019). *Validación del Inventario de Miedo FSSC-II en una muestra de estudiantes de primaria*. Eindhoven: Adaya Press. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=s3maDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA91&dq=el+inventario+de+miedos+para+ni%C3%B1os+\(FSSC\)+&ots=miK3r1TSUe&sig=41dk4-x1VXnnzyYgT5619prec6U#v=onepage&q=el%20inventario%20de%20miedos%20para%20ni%C3%B1os%20\(FSSC\)&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=s3maDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA91&dq=el+inventario+de+miedos+para+ni%C3%B1os+(FSSC)+&ots=miK3r1TSUe&sig=41dk4-x1VXnnzyYgT5619prec6U#v=onepage&q=el%20inventario%20de%20miedos%20para%20ni%C3%B1os%20(FSSC)&f=false)
- Acosta, F., Rivera, M., & Pulido, M. (2011). Depresión y ansiedad en una muestra de individuos mexicanos desempleados. *Journal of behavior, health & social issues*, 3(1), 35-42. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/jbhsi/v3n1/v3n1a4.pdf>
- Aguilera- Guzmán, R., Mondragón, L. & Medina- Mora, M. (2008). Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado. *Salud Mental*, 31(2), 129-138. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n2/v31n2a7.pdf>
- Aldana, M. (2009). Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: particularidades de su presentación clínica. *Revista Científica, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso*, 2(1), 93-101. Disponible en: https://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/pdf/psimonart03_completo.pdf#page=94
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (5ª ed.)*. México: Editorial Medica Panamericana.
- Angel, C. (2016). *Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: análisis de las propiedades psicométricas del SCARED y del CASI-N en población infanto-juvenil madrileña*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense De Madrid. Madrid. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/37627/1/T37200.pdf>
- Ascencio, M., Vila, M., Robles, R., Páez, F., Fresán, A., & Vázquez, L. (2012). Estudio de traducción, adaptación y evaluación psicométrica del Inventario de Miedos FSSC-II en una muestra de estudiantes de educación media superior. *Salud mental*, 35(3), 195-203. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300003
- Bados, A. (2006). Trastorno de ansiedad por separación: rechazo escolar y fobia escolar. España: Universidad de Barcelona. Disponible en:

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=trastorno+de+ansiedad+por+separaci%C3%B3n&btnG=&oq=trastorno+de+ansied

- Bados, A. y García, E. (2011) Técnicas operantes. España: Universidad de Barcelona.
- Beltrán, M. Freyre, M. & Hernández, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/785/78523000001.pdf>
- Camejo, R., López, Y., Cuba, P. (2015). Alteraciones psíquicas y conductuales en escolares primarios hijos de padres divorciados. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 40(6), 1-4. Disponible en: http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/viewFile/49/pdf_14
- Cano, A. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski: ¿Dos caras de la misma moneda?. *Boletín- Academia Paulista de Psicología*, 27(2), 148-166. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2007000200013&lng=pt&tlng=es
- Cárdenas, EM., Feria, M., Palacios, L., De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y Secretaría de Salud. Disponible en: http://inprfcd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf
- Carrión, O., & Bustamante, G. (2008). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad: cómo reconocerlos, como superarlos*. Buenos Aires: Galerna. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=CNaGuFnLSZEC&pg=PA33&dq=ansiedad&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwir59ft5PzoAhVGB60KHUUMBGM4FBD0AQhnMAG#v=onepage&q=ansiedad&f=true>
- Catresana, C. & Revuelta, J. (1992). Autoinformes y respuestas sesgadas. *In Anales de Psiquiatría*, 8(9), 362-366. Disponible en: http://psicoter.es/_arts/92_A109_09.pdf
- Chóliz, M. (2000). *TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE LA ACTIVACIÓN: Relajación y respiración*. Facultad de Psicología. España: Universidad de Valencia. Disponible en: https://www.academia.edu/12639478/Relajaci%C3%B3n_y_respiraci%C3%B3n
- Clark, D., & Beck, A. (2004). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Bilbao: Desclée De Brouwer. Disponible en: [https://books.google.com.mx/books?id=WZz-DQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Beck,+A.+\(2004\).+Terapia+cognitiva+de+los+trastornos+de+personalidad.&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwinj93Q9JbuAhUKOq0KHf7YBuQQ6AEwAHoECAMQAg#v=onepage&q=Beck%2C%20A.%20\(2004\).%20Terapia%20cognitiva%20de%20los%20trastornos%20de%20personalidad.&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=WZz-DQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Beck,+A.+(2004).+Terapia+cognitiva+de+los+trastornos+de+personalidad.&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwinj93Q9JbuAhUKOq0KHf7YBuQQ6AEwAHoECAMQAg#v=onepage&q=Beck%2C%20A.%20(2004).%20Terapia%20cognitiva%20de%20los%20trastornos%20de%20personalidad.&f=false)
- Clark, D., Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica*. Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER.

- Cobas, J., Querts, O., García, Á., del Toro, A., Agüero, R. (2015). Secuelas psicosociales más frecuentes en adolescentes de padres divorciados. *MEDISAN*, 19 (9), 2008-2011. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445179006.pdf>
- Coleman, J., Hendry, L. (1999). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=94Od90KAzNYC&pg=PA31&dq=pubertad&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwixxYrikPPqAhUGHS0KHRC3B1EQ6AEwB3oECAkQAg#v=onepage&q=pubertad&f=false>
- Colom, J., Fernández, M. (2009). Adolescencia y desarrollo emocional en la sociedad actual. *INFAD, Revista psicológica*, 1(1), 235-242. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832320025.pdf>
- Cortés, M. (2019). *Trastorno de ansiedad por separación: psicopatología y evaluación*. (Tesis de licenciatura). Universidad de la Laguna. España. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/21490/Trastorno%20de%20ansiedad%20por%20separacion%20psicopatologia%20y%20evaluacion.pdf?sequence=1>
- Erazo, L., Nisenbaum, I. S. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Te75iok5oAgC&oi=fnd&pg=PA145&dq=modelo+cognitivo+conductual+psicologia+clinica&ots=o89dlv7iM_&sig=4SAj9x1s5awS-K-DwWCNdNW253o#v=onepage&q=modelo%20cognitivo%20conductual%20psicologia%20clinica&f=false
- Fdez-Zúñiga, A., & Cogolludo, A. (2012). Caso clínico: evaluación e intervención en un caso de ansiedad por separación de una niña adoptada. *Clínica y Salud*, 23(3), 235-245. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000300004
- Fernández, I., Casanova, I., & Cabañas, V. (2018). Estudio de caso unico: Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en un trastorno de panico en un adolescente. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 6(1), 27-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642691>
- Flavell, J. (1985). *El desarrollo cognitivo*. Madrid: Prentice Hall. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=lee4DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=desarrollo+cognitivo&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwifwuq79PXqAhUJCKwKHVZzCdsQ6wEwAXoECAUQAQ#v=onepage&q&f=false>
- Gaete, V. (septiembre, 2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>
- García, A. (2014). Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 53-60. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4696963>
- García, J., Piqueras, A., Díaz, M., Inglés, J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*,

- 16(3), 501-533. Disponible en: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/07.Garcia_lopez_16-3oa.pdf
- Gil, A., & Cano, A. (2001). Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en un caso de ansiedad generalizada. *Psicología.com, Artículo informativo*, 5(3), 1-14. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/230577083_Aplicacion_de_tecnicas_cognitivo-conductuales_en_un_caso_de_ansiedad_generalizada
- Gold, A. (2006). Trastornos de ansiedad en niños. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77(1), 34-38. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492006000100008&script=sci_arttext&lng=pt
- Gómez, O. (2012). *Valoración de la regulación emocional en la adolescencia: diseño, desarrollo y evaluación del cuestionario de regulación emocional para estudiantes de secundaria, CREES*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México. D.F. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2014/anteriores/0713692/Index.html>
- Gómez, O., Casas, C., & Ortega, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(1), 29-49. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/06bda83ef6cc08107522b75385717813/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
- Gómez, O., Martín, L., Ortega, R. (2017). Conflictividad parental, divorcio y ansiedad infantil. *Pensamiento Psicológico*. 15(2), 67-78. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/801/80152474006.pdf>
- González, M., Ibáñez, I., & Cubas, R. (2006). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *International journal of clinical and health psychology*, 6(1), 23-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33760102.pdf>
- Güemes, M., Ceñal González, M., Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. 5(1), 07-22. Disponible en: https://www.academia.edu/download/56205989/07-22_Pubertad_y_adolescencia.pdf
- Guillén, C., & González, A. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29 (1), 5- 16. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/2563/4471>
- Gutiérrez, S. & Caballo, V. (2005). *Miedos infantiles y estilo de educación: diferencias y similitudes entre España y Costa Rica*. (Tesis de doctorado). Universidad de Granada. España. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/15476777.pdf>
- Hernández, N., Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo- conductual para trastornos de la salud*. Montevideo: LibrosEnRed. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=EzlwZg_aH6AC&pg=PA266&dq=trastorno+de+ansiedad+por+separacion&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjQ78nVq4_sAhWJiK0KHTIiBnoQ6wEwBHoECAUQAaw#v=onepage&q=trastorno%20de%20ansiedad%20por%20separacion&f=false

- Inglés, J., Martín, N., García, J., González, C., Vicent, M. (2015). Situaciones y respuestas de ansiedad escolar más temidas en el alumnado chileno de educación secundaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 463-472. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851779047.pdf>
- Lagos, N. (2015). *Adaptación y validación psicométrica del inventario de ansiedad escolar (IAES) en una muestra de estudiantes chilenos de educación secundaria*. (Tesis de doctorado). Universidad de Alicante, Chile. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50389/1/tesis_nelly_gromiria_lagos.pdf
- Lemes, C., & Ondere, J. (2017). Aplicaciones de la psicoeducación en el contexto de la salud. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2017000100002&script=sci_abstract&lng=es
- Lima, M., Casanova, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas*, 6(1), 1-21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000100007
- López, A. (1998). Trastorno de ansiedad generalizada. España: Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>
- López, F. (2015). Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. *ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 3(2), 9-17. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_9-17_Adolescencia.pdf
- López, L., Aragón, R., & Cruz, A. (2013). Escala de Ansiedad Social para Adolescentes: confiabilidad y validez en una muestra mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 72-84. Disponible en: <https://psicologiaiberoamericana.iberomx.com/index.php/psicologia/article/view/156/333>
- Lozano, A. (2014). Cuestiones éticas en la intervención con familias y menores. Cuadernos de Trabajo Social, 28(1), 127-136. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/45727/46008>
- Martin, G. y Pear, J. (2008). Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla. Canada: Pearson.
- Martínez, C. (2003). *Elaboración y validación del cuestionario de ansiedad por separación de inicio temprano* (Tesis de Doctorado). Universidad de Murcia, España. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=217109>
- Martínez, L., Piqueras, J., & Salvador, C. (2017). Eficacia de las intervenciones basadas en la atención plena (mindfulness) para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes: una revisión sistemática. *Psicología Conductual*, 25(3), 445-463. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/1f6de177c8d6dc54f29b3f1d9f26b581/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
- Masalan, M., Del Río, M., Yáñez, Á., Araya, A., Molina, Y. (2018). Intervención cognitivo-conductual para trastornos del sueño en adultos mayores. *Enfermería universitaria*, 15, (1), 2-11. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/486/476>

- Medina-Mora, (M). (2013). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos-México. Secretaria de salud. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramon de la Fuente". Disponible en: <http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Moral, M., Sirvent, C. (2011). Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 33-56
Disponible en: <https://www.ijpsy.com/volumen11/num1/281/desrdenes-afectivos-crisis-de-identidad-ES.pdf>
- Morales, M. (2016). *Sintomatología de anorexia nerviosa, autoestima, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México. Ecatepec de Morelos. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/65294/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Olivares, J., Piqueras, J., Rosas, A. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Terapia Psicológica*, 24(1), 87-98. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/785/78524109.pdf>
- Olivares, P., Caballo, V., Alcázar, Á., Macià, D., & Olivares, J. (2019). Efectos del tratamiento de adolescentes con fobia social en el neuroticismo y la extraversión. *Psicología Conductual*, 27(2), 199-216. Disponible en: <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/10/02.Olivares-27-2oa-2.pdf>
- Olivo, M. (2011). La ansiedad social en el ámbito universitario. *Revista Griot*, 4(1), 35-48. Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1870/1662>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación de los trastornos mentales del comportamiento. Guía de bolsillo de la clasificación. 10. a revisión*. México. Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Salud mental. Día mundial de la salud 2017. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Clasificación de los trastornos mentales del comportamiento. 11. a revisión. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Organización Mundial de la Salud. (junio, 2020). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Salud del adolescente. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Orgilés, M., Espada, J., Méndez, X., García, J. (2008). Miedos escolares en hijos de padres divorciados y no divorciados. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 693-703. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33712016005.pdf>
- Orgilés, M., Johnson, B., Huedo, T., & Espada, J. (2012). Autoconcepto y ansiedad social como variables predictoras del rendimiento académico de los adolescentes españoles con padres divorciados. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1), 57-72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293123551004.pdf>
- Orgilés, M., Rosa, A., Santacruz, I., Méndez, X., Olivares, J., & Sánchez, J. (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: Terapia de conducta para las fobias

- específicas. *Psicología conductual*, 10(3), 481-502. Disponible en: <https://www.um.es/metaanalysis/pdf/7068.pdf>
- Pacheco, B., Ventura, T. (2009). Trastorno de ansiedad por separación. *Revista chilena de pediatría*. 80(2), 109-119. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v80n2/art02.pdf>
- Papalia, D., Feldman, R. & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (12 ed.). México: McGraw Hill Education.
- Parrado, F. (2008). *Ansiedad (aspectos conceptuales) y Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes*. España: Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/Trastornos_Ansiedad_0_07-09_M2.pdf
- Phillip, F. (1997). *Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. Segunda edición*. México: Pearson. Prentice Hall. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=ZnHbCKUCtSUC&pg=PA10&dq=desarrollo+fisico+humano&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiJ0OaVy-7qAhVJQq0KHxjbAd0Q6AEwAXoECAIQAg#v=onepage&q&f=false>
- Pineda, S., Aliño, M. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2(1), 15-23. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>
- Pons, G., del Barrio, V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. *Psicothema*, 7(3), 489-497. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72707302.pdf>
- Prado, C. (1994). El desarrollo físico en la adolescencia. En A. Baztán (Marcombo: Universidad de Barcelona.), *Psicología de la adolescencia* (pp.43-60). Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=ENVMNZgyxQIC&pg=PA43&dq=desarrollo+fisico+en+la+adolescencia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiZ9dfurfPpAhURLK0KHWu5AE0Q6AEIKDAA#v=onepage&q=desarrollo+fisico+en+la+adolescencia&f=false>
- Programa de Acción Especifico. (2018). *Salud Mental*. Programa Sectorial de Salud. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Puchol, D. (2002). *Teoría y práctica de la psicoterapia cognitivo-conductual*. Interpesiquis: Valencia. España. Disponible en: <http://studylib.es/doc/7686871/descargar-pdf---psiquiatria.com>
- Roca, E. (2015). *Cómo superar el pánico, con o sin agorafobia*. España: Universidad de Valencia. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/tecnicas%20ansiedad.pdf>
- Rodríguez, J., Kohn, R., Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=VpX64YMGAKoC&oi=fnd&pg=PA90&dq=info:hbN9XmofTNoJ:scholar.google.com/&ots=9JV4vydZZQ&sig=uCcOYRF9E4ue9CvTR36VEO33EZs#v=onepage&q=ansiedad&f=false>

- Rodríguez, S. (2002). *El aparato psíquico y los estados de ansiedad en la niñez. Salud mental del niño de 0 a 12 años. Módulo 5*. EUNED: Editorial Universidad Estatal a Distancia. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=25rIDcJTD3oC&printsec=frontcover&dq=ansiedad&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjInZfN5PzoAhULPa0KHZaeC3YQ6AEIQTAD#v=onepage&q=ansiedad&f=false>
- Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Disponible en: https://www.academia.edu/10436026/MANUAL_DE_T%C3%89CNICAS_DE_INTERVENCION_DE_T%C3%93N_COGNITIVO_CONDUCTUALES
- Ruiz, P. (2013). Los problemas escolares en la adolescencia. Centro de Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares. *Pediatría Integral*, 17(2), 117-127. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Los%20Problemas%20escolares%20%20en%20la%20Adolescencia%20P%20ruiz%20Lazaro.pdf>
- Saura, C., Carrillo, F., Montesinos, M., Alcázar, A., & Amorós, M. (2003). Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: una revisión crítica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 1-21. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3939/3794>
- Senado de la Republica. (2017). *Población mexicana padece trastornos de ansiedad*. Coordinación de comunicación social. Disponible en: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/39699-14-3-de-la-poblacion-mexicana-padece-trastornos-de-ansiedad.html>
- Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. (2019). Mi cuerpo. Pubertad en las chicas y chicos: son normales estos cambios. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/adolescentes/si-eres-adolescente-este-es-tu-sitio-/mi-cuerpo/pubertad-en-las-chicas-son-normales-estos-cambios/>
- Tayeh, P., Agámez, P., Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Revista Precop SCP*, 15(1), 6-18. Disponible en: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Toquero, F., Zarco, J., Arrollo, M., Goncalves, F., González, V., Vázquez, J. (2003). *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. Atención primaria de calidad*. Madrid: International Marketing & Communications, S.A. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion.pdf
- Torrallas, J., Puntí, J., Perez, I., Valls, V., Martínez, R., Arias, E., & Barba, M. (2018). Diagnóstico y tratamiento de la fobia a tragar en la infancia y adolescencia: estudio de casos. *Revista de*

- Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 44-49. Disponible en: <http://193.147.134.18/bitstream/11000/4478/1/6-17-10.pdf>
- Valdés, A., Carlos, E., Ochoa, J. (2010). Características emocionales y conductuales de hijos de padres casados y divorciados. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Universidad Intercontinental*, 12(1), 117-134. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212393007.pdf>
- Vargas, J., Ibáñez, E., Zúñiga, L. (2015). Diferenciación en hijos de padres divorciados y de padres que viven juntos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18, (3), 1223-1240. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2015/epi153q.pdf>
- Villaseñor, C. (2016). Ansiedad, problema mental común en la adolescencia. Secretaria de la salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/ansiedad-problema-mental-comun-en-la-adolescencia-53424>
- Virgen, R., Lara, A., Morales, G., Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Rev Digital Universitaria*, 6(11), 1-11. Disponible en: http://www.ru.tic.unam.mx:8080/bitstream/handle/123456789/995/nov_art109.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wagner, F., Pereira, S., Oliveira, S. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 423-440. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Anderson_Pereira7/publication/269518512_INTERVENCIÓN_SOBRE_LAS_DIMENSIONES_DE_LA_ANSIEDAD_SOCIAL_POR_MEDIO_DE_UN_PROGRAMA_DE_ENTRENAMIENTO_EN_HABILIDADES_SOCIALES/links/553023760cf2f2a588ab091b.pdf
- Zaldívar, R. (2014). *El desarrollo de la conciencia emocional en la adolescencia a través de la poesía*. (Tesis de maestría). Universidad Complutense de Madrid, España. Disponible en: https://eprints.ucm.es/29989/1/EI%20desarrollo%20de%20la%20conciencia%20emocional%20en%20la%20adolescencia%20a%20trav%C3%A9s%20de%20la%20poes%C3%ADa_Raquel%20Zald%C3%ADvar%20Sansu%C3%A1n.pdf