



**UNIVERSIDAD LATINA S. C.**

**Universidad  
Latina**

---

---

**3344-25**

**TRASTORNO DE ANSIEDAD  
GENERALIZADA EN NIÑOS: UNA  
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :**

**GUILLERMO DANIEL VELOZ JACKSON**

**ASESOR: DRA. EVA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ**

**CIUDAD DE MÉXICO. OCTUBRE DE 2016**



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.

## Agradecimientos.

Le agradezco a las personas que han formado parte de mi proyecto, no solo de estudió, si no de vida, a esas personas que han estado incondicionalmente extendiéndome la mano sin obtener nada a cambio, no me queda más que decirles gracias.

A mis padres les doy las gracias por el compromiso y el amor que me han brindado, fortaleciéndome día a día en estos 4 años más difíciles y felices de mi vida.

A mis hermanos por apoyarme y estar conmigo en cada cosa que hago.

En especial le doy las gracias a mi hermana por apoyándome en cada momento de mi vida, demostrándome que el rigor también es una forma de amar, y que su profesión la ha llevado también a mi vida, enseñándome como la gran maestra que es.

Por último a mi asesora le agradezco por el apoyo y el compromiso de no soltar la mano de un estudiante, demostrando su vocación al máximo.

## Índice

|  |    |
|--|----|
| Resumen .....                              | 5  |
| Introducción.....                          | 6  |
| Planteamiento del problema.....            | 8  |
| Justificación.....                         | 9  |
| Objetivos .....                            | 10 |
| Objetivos específicos .....                | 10 |
| Trastorno de ansiedad generalizada .....   | 11 |
| Antecedentes históricos .....              | 11 |
| Definición .....                           | 14 |
| Criterios diagnósticos.....                | 16 |
| Trastorno de ansiedad generalizada.....    | 20 |
| Epidemiología .....                        | 20 |
| Modelo explicativo de la ansiedad .....    | 22 |
| Edades.....                                | 25 |
| Teoría cognitivo conductual .....          | 25 |
| Variables asociadas .....                  | 28 |
| Diagnósticos diferenciales .....           | 31 |
| Detección y evaluación .....               | 33 |
| Comorbilidades y consecuencias.....        | 36 |
| Tratamientos .....                         | 38 |
| Farmacológico .....                        | 38 |
| Psicológico.....                           | 40 |
| Técnicas y su eficacia.....                | 43 |
| Algoritmo general para el tratamiento..... | 49 |

|  |    |
|--|----|
| Conclusiones.....  | 53 |
| Referencias.....   | 55 |
| ANEXO 1.....   | 66 |
| Propuesta de intervención “Ayudemos a angustias” .....                   | 66 |
| Justificación .....  | 66 |
| Objetivos .....  | 67 |
| General.....   | 67 |
| Programa de intervención para niños con TAG “Ayudemos a angustias” ..... | 68 |
| Objetivos del programa: .....  | 68 |
| Escenario .....  | 68 |
| Materiales .....   | 69 |
| Evaluación .....   | 70 |
| Estrategia “Ayudemos a Angustias” .....                                  | 71 |
| Carta descriptiva .....  | 77 |
| Anexo 2.....   | 79 |
| Anexo 3.....   | 81 |

## Resumen

El Trastorno de Ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por sensaciones displácenteras que alteran el funcionamiento del individuo, molestias físicas como, temblor de manos, dolor de cabeza y respiración agitada que puede provocar una aceleración del ritmo cardiaco. Entre las manifestaciones fundamentales del TAG se encuentran el experimentar la sintomatología de manera persistente y en diferentes contextos, no se restringe a ninguna circunstancia del entorno en particular. Los síntomas principales se manifiestan de manera física, psicológica, cognitiva y conductual, sin embargo los más comunes incluyen quejas de permanente nerviosismo, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. El TAG es uno de los trastornos más comunes en la población, se presenta entre el 15 y 20% de la población infanto-juvenil, lo que para la salud mental representa al trastorno como uno de los principales problemas. En registros epidemiológicos del año 2012 se reportó que la edad promedio de inicio de la TAG es de 13 años, en cuanto a prevalencia por sexos, las niñas lo padecen con mayor frecuencia que los niños. El objetivo del presente trabajo consistió en el diseño de una propuesta de intervención psicológica dirigida a niños con TAG, para lo cual se realizó una revisión extensa de la literatura, a fin de incluir la información teórica y empírica más reciente para fundamentar dicha propuesta.

## Introducción

El siguiente trabajo aborda los aspectos principales del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en niños, y el objetivo general consistió en desarrollar una propuesta de intervención que brinde herramientas necesarias y de afrontamiento al TAG, que ayuden al tratamiento, en función de disminuir su principal característica, que consta por la presencia de ansiedad intensa en cualquier lugar y momento (generalizada).

Por lo que se realiza en esta investigación una revisión de los estudios más relevantes en la elaboración del programa de intervención del TAG dirigida a niños, el TAG se identifica por sensaciones displacenteras que alteran el funcionamiento del individuo, molestias físicas como, temblor de manos, dolor de cabeza y respiración agitada que puede provocar una aceleración del ritmo cardiaco (criterios de evaluación). En niños suele pasar inadvertido, ya que por su desarrollo se puede confundir con distintos malestares tanto físicos como emocionales. La comprensión de este trastorno como hoy en día se conoce, es debido a que se ha estudiado de manera extensa tanto el padecimiento como las diversas variables que contribuyen a detonar y mantener la sintomatología, actualmente se cuenta con criterios de diagnósticos que permiten el diagnóstico oportuno. Conocer la epidemiología es indispensable, gracias a esto se puede estimar el número de personas o niños que lo padecen, generar lineamientos para

la manera de tratarla evaluando efectividad de los programas incluso en términos sociales. De no tratarse, el TAG puede tener serias consecuencias, provocando y desarrollando otras sintomatologías y malestares (comorbilidades) los cuales se sabe son perjudiciales para quien lo padece.

La presente revisión incluye algunos de los principales modelos explicativos del TAG, además de los tratamientos más eficaces para el manejo (principalmente farmacológico y el psicológico), se incluyen aquellos que cuentan con el aval en Guías Clínicas nacionales e internacionales por contar con evidencia científica de su efectividad en el tratamiento de este padecimiento. Estos tratamientos pueden aplicarse en conjunto o por separado.

Finalmente se presenta la propuesta de intervención, se desarrolló considerando los aspectos anteriormente mencionados, el enfoque adoptado fue el cognitivo conductual, dado que es el que cuenta con mayor número de recomendaciones y evidencia para el tratamiento de TAG, tanto en conjunto con otros tratamientos, como en ausencia de los mismos.



## **Planteamiento del problema**

El TAG es un trastorno que se caracteriza principalmente por pensamientos de preocupación incontrolables, disfuncionales y excesivos ante diversos eventos que provocan un malestar clínico significativo, dentro del trastorno también se encuentra la manifestación de intranquilidad que se demuestra con irritabilidad, fatiga, facial, y de falta concentración, alteraciones del sueño y/o dificultades para tener la mente en blanco. Para un niño, este trastorno puede provocar que tenga un comportamiento inhibido en diferentes contextos, evitando que logre un desarrollo favorable y repercutiendo en la presencia de cuadros de irritabilidad, déficit en la comunicación, bajo rendimiento académico, déficit en habilidades a sociabilizar con otros niños e inseguridad.

A lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes estrategias de intervención para este trastorno cuyo fin ha sido la reducción de sintomatología, incremento de funcionalidad y logro de la mejor calidad de vida posible. Sin embargo aún existen intervenciones que carecen de eficiencia, eficacia y efectividad, con este trabajo se busca analizar el trastorno de ansiedad generaliza y hacer una revisión teórica de las principales intervenciones actuales y así generar una propuesta de intervención basada en las estrategias que hayan demostrado mejores resultados.

## Justificación

De acuerdo con los datos epidemiológicos trastornos de ansiedad, la edad media entre los niños y adolescentes que la padecen es de 13 años, nuestro trabajo va dirigido a niños en donde los rangos de edad van de 6 a 12 años, con la finalidad de ayudar de primera instancia a la persona que manifiestan algún rasgo del trastorno, previniendo que se desarrolle con el tiempo una severidad a causa de no tener una intervención inmediata. Respecto a las diferencias en función del sexo, este padecimiento es más frecuente en las niñas que en los niños, El padecer TAG durante la infancia y que no sea atendido adecuadamente puede ocasionar alteraciones a lo largo de la vida como deserción escolar, abuso de sustancias, desarrollar trastornos mentales en la etapa adulta y problemas de socialización; por lo que la detección y atención temprana son factores decisivos para el adecuado desarrollo de los niños con este trastorno.

En este sentido la detección y atención oportuna y adecuada del TAG en niños es vital, ya que en ellos, debido a su temprana edad, puede ser más perturbador debido a que su estructura mental no está desarrollada al igual que un adulto lo que provoca un impacto en su vida que puede afectar su desarrollo social y afectivo a largo plazo. Por lo que la idea principal de este trabajo es generar una propuesta de intervención para los niños que permita mejorar su funcionalidad, basándose en la evidencia que han generado los principales programas actuales y

la cual cumpla con las expectativas de un proceso terapéutico eficiente, eficaz y efectivo; para ello se recapitularán las herramientas diagnósticas y de intervención necesarias para incrementar las posibilidades de éxito de las intervenciones.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Diseñar una propuesta de intervención psicológica dirigida a niños con trastorno de ansiedad generalizada.

### **Objetivos específicos**

- Describir el Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños.
- Conocer el panorama epidemiológico de TAG en niños.
- Identificar las posibles causas de TAG en niños.
- Describir los diferentes tratamientos que pueden ayudar a la mejora del TAG.
- Identificar la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos actuales para TAG en niños.

- Diseñar una propuesta de intervención que cumpla con los elementos básicos de las intervenciones basadas en evidencia.

## **Trastorno de ansiedad generalizada**

### **Antecedentes históricos**

En el estudio de las civilizaciones antiguas se revisaron los procesos médicos que se utilizaban para el tratamiento de lo que hoy conocemos como trastorno de ansiedad, el cual se consideraba que tenían origen sobrenatural, las entendían como una alteración interna y misteriosa por las alteraciones físicas cognitivas y conductuales manifestadas por una obsesiva preocupación intensa y movimientos físicos extrovertidos, que se le atribuían a dioses y espíritus, sobre esta etiología se puede identificar a los griegos, egipcios junto con otras civilizaciones del oriente antiguo (Valladolid, 2000).

La disciplina médica occidental hace referencia al trastorno de ansiedad como un estado de angustia y de aflicción que se nota durante la aparición de distintas

enfermedades físicas, no como un trastorno independiente, en ese entonces no se tenía un registro claro que pudiese mostrar la morbilidad de este padecimiento (López, 2006).

Algunas características de los comportamientos anormales presentes en la ansiedad fueron mencionadas por Freud desde hace más de cien años, estos síntomas incluían factores de irritabilidad general, expectativa angustiada que se definía como anomalías en el funcionamiento cardiaco que alteraban el estado físico, temblores y estremecimientos, ataques de hambre, diarreas, terror nocturno, perturbaciones digestivas, vértigo, congestiones y parestesias; al conjunto de estos síntomas se les denominó neurosis de angustia (Sarudiansky, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992 expuso los criterios de clasificación sobre la ansiedad que se definen por cuadros diagnósticos, estos incluyen en su contenido desde ataques de pánico o crisis de angustia, hasta trastornos que se definen por la presencia de temores irracionales o preocupaciones excesivas, que no necesariamente incluyen la sintomatología aguda que son ataques de pánico surgido por un temor repentino (CIE 10, 1992).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés, 1994) en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM) tercera edición, incluyó por primera vez al trastorno de ansiedad generalizada (TAG), clasificándola dentro de los trastornos de angustia (Rodríguez-Sacristán, 1998).

En la actualidad los criterios diagnósticos para la ansiedad generalizada en la quinta versión del DSM se han mantenido con mínimas modificaciones en los criterios en su diagnóstico, sin embargo, se modificó el DSM III en donde se añadieron distintos criterios, que especifica que con solo tres criterios de los cuatro añadidos se diagnosticaría el TAG, (tensión motora), hiperactividad autonómica, expectación aprensiva, la vigilancia y el escaneo, con solo un mes de haber presentado estos síntomas correspondiendo al DCM-III, para que el trastorno se diagnostique, y desde el DSM-IV al DSM-V no se modifican los criterios establecidos (Nussbaum, 2013).

Por otro lado, en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE) en su versión 9, (1972) se incluyen los cuadros ansiosos, en el apartado de afectividad y sus principales criterios eran inquietud, llanto, hipersensibilidad, timidez y retraimiento social. En su décima versión de 1992, en el apartado de enfermedades mentales se incluyeron los cuadros que detectan los trastornos de ansiedad, en él incluye la categoría de trastornos emocionales con presentación

específica en la infancia, la ansiedad generalizada solo se incluye en los trastornos neuróticos del adulto (Rodríguez-Sacristán, 1998).

## **Definición**

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por sensaciones físicas que alteran el funcionamiento cognitivo y provocan una mala productividad cotidiana, al padecimiento se le asocian molestias físicas como temblor de manos, dolor de cabeza y respiración incontrolada que puede provocar una aceleración del ritmo cardíaco, también cabe mencionar que las personas pueden confundirlo con temor, sin embargo, a diferencia del miedo estas sensaciones suelen suceder en situaciones que ya conocen, por lo que el padecimiento afecta de manera cognitiva, afectiva y fisiológica (Bados, 2015).

El trastorno se define por preocupaciones persistentes alterando a nivel cognitivo que alteran la funcionalidad, y ocasionan un encadenamiento de ideas que interfieren con las ideas regulares. Existe preocupación que se caracteriza por ser seriamente excesiva, causando todo un panorama de posibilidades catastróficas que pudieran suceder (Aeped.es, 2015).

Los niños y adolescentes que padecen el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en ocasiones pueden no expresar inconformidades por alterar funciones afectivas por un miedo intenso en su vida, lo que expresan con frecuencia es de preocupación o inquietud ante situaciones cotidianas que puede durar largos períodos, provocando que el infante, presente cuadros de irritabilidad, por la impotencia percibida al enfrentarse a actividades rutinarias y no poderlas realizar. Los pensamientos incontrolables que presente lo harán una persona desconfiada, también presentará tensión muscular que no le permitirá relajarse en distintos lugares, esto quiere decir que en cualquier lugar puede manifestar sintomatología (Aeped.es, 2015).

Los rasgos del trastorno mencionados, pueden provocar un mal funcionamiento del niño que se reflejará en menores resultados académicos, malas relaciones desde familiares hasta con amigos y causando una inquietud e impaciencia que les impide tener la mente en blanco (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo & Piqueras, 2012)

Las alteraciones fisiológicas muestra un alto riesgo de inseguridad en el entorno común de la vida por la falta de motivación, adaptación y autoestima, estos factores pueden dañar el desarrollo y se asocian con que en la edad adulta puedan desarrollar abuso de alcohol u otro tipo de drogas, problemas de ajuste en



situaciones laborales y trastornos de ansiedad en edad adulta con mayor comorbilidad (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo & Piqueras, 2012)

## **Criterios diagnósticos**

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-V, 2013) menciona los siguientes criterios diagnósticos del trastorno de Ansiedad Generalizada (Nussbaum, 2013):

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental p. ej., preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Estos criterios actualmente se utilizan por los promotores de la salud, encargados de la clínica y de diagnosticar el TAG. Otro manual de amplio uso en el ámbito clínico, y que incluye criterios para el diagnóstico del TAG es la Clasificación

Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE10, 1992).

### Ansiedad generalizada por la CIE-10

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o u familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

### Pautas para el diagnóstico

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

a) Atención (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).

b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).

c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes. La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo.

Incluye:

Estado de ansiedad, frecuentemente con pensamientos de preocupación.

Neurosis de ansiedad, una ansiedad crónica no realista.

Reacción de ansiedad, se manifiesta por terror, hiperventilación, mareo, parestesias y otras sensaciones.

## **Trastorno de ansiedad generalizada**

Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosismo, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes (Bonet, Fernández, & Chamón, 2011).

## **Epidemiología**

El TAG es uno de los trastornos más comunes de encontrar en la población, en cuanto a la población adulta, se estima que en mujeres es más común en una relación 2:1 con varones, sin embargo, al mencionar la población clínica se iguala la población del padecimiento uno a uno. No se tiene un registro exacto respecto a la edad inicial, ya que es difícil determinarla, en los casos registrados los pacientes refieren que se sentían ansiosos desde que son capaces de recordar. Se debe mencionar que en la población psiquiátrica infantil el TAG se manifiesta con mayor frecuencia en niñas que en niños (Cárdenas, Feria, Palacios & de la Peña, 2010).

Se tiene registro que los pacientes con TAG recurren a atención médica por los malestares de la ansiedad manifestados en la sintomatología física y solo un tercio recurren a ayuda psiquiátrica (Cárdenas, Feria, Palacios & de la Peña, 2010).

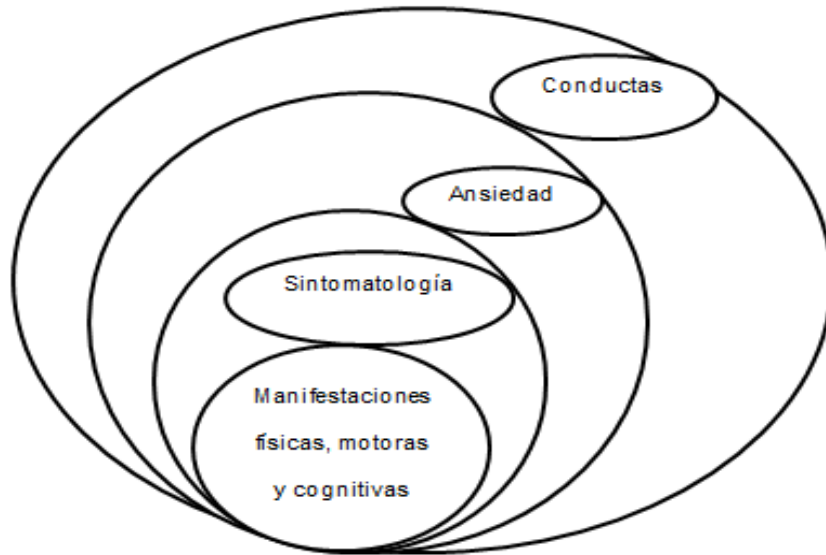
En una estimación sobre el TAG se menciona que entre el 15 y 20% de la población infanto-juvenil manifiestan un trastorno de ansiedad, lo que para la salud mental representa al trastorno como uno de los principales problemas. En registros epidemiológicos del año 2012 la edad media que niños que padecen el TAG es de trece años, en cuanto a cómo se manifiesta en cuestión de sexos, las niñas padecen más ansiedad que niños (Padilla, 2014).

Los trastornos de ansiedad se manifiestan por cuadros psicopatológicos, que describen las molestias disfuncionales, la persona lo expresará con intranquilidad, desesperación, temor, preocupación excesiva y ansiedad, estos se pueden llegar a combinar entre ellos. El TAG tiene la mayor prevalencia entre las enfermedades mentales, con una estimación de que entre un 13.6 % a un 28.8 % de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Heinze & Camacho, 2010)

## **Modelo explicativo de la ansiedad**

El TAG es uno de los trastornos más comunes de encontrar en la población, el TAG puede aparecer junto con otros trastornos que pertenecen a la línea de trastornos de la ansiedad, como la fobia social, la fobia específica, el trastorno de angustia o del espectro depresivo. Por lo que se pronostica que de las personas que presentan TAG, el 50% puede padecer algún diagnóstico psiquiátrico comórbido, complicando el funcionamiento de la persona (Cárdenas, Feria, Palacios & de la Peña, 2010).

La ansiedad, se manifiesta por una serie de sintomatología que experimenta el sujeto, se describe por manifestaciones física (problemas respiratorios, aceleración del ritmo cardíaco y mareos), motoras (manifestación de temblor en alguna parte del cuerpo, cambio de voz, tics, etc.), cognitiva (preocupación excesiva, pensamientos e imágenes negativas) y afectiva (problemas para poder expresarse libremente) como se muestra en la figura 1 (Miralles & Sanz, 2011)



*Figura 1.* Modelo explicativo del TAG. La causa desencadenante de las conductas perturbadoras, provenientes de las manifestaciones físicas, motoras y cognitivas interpretadas por su sintomatología de algún trastorno de ansiedad.

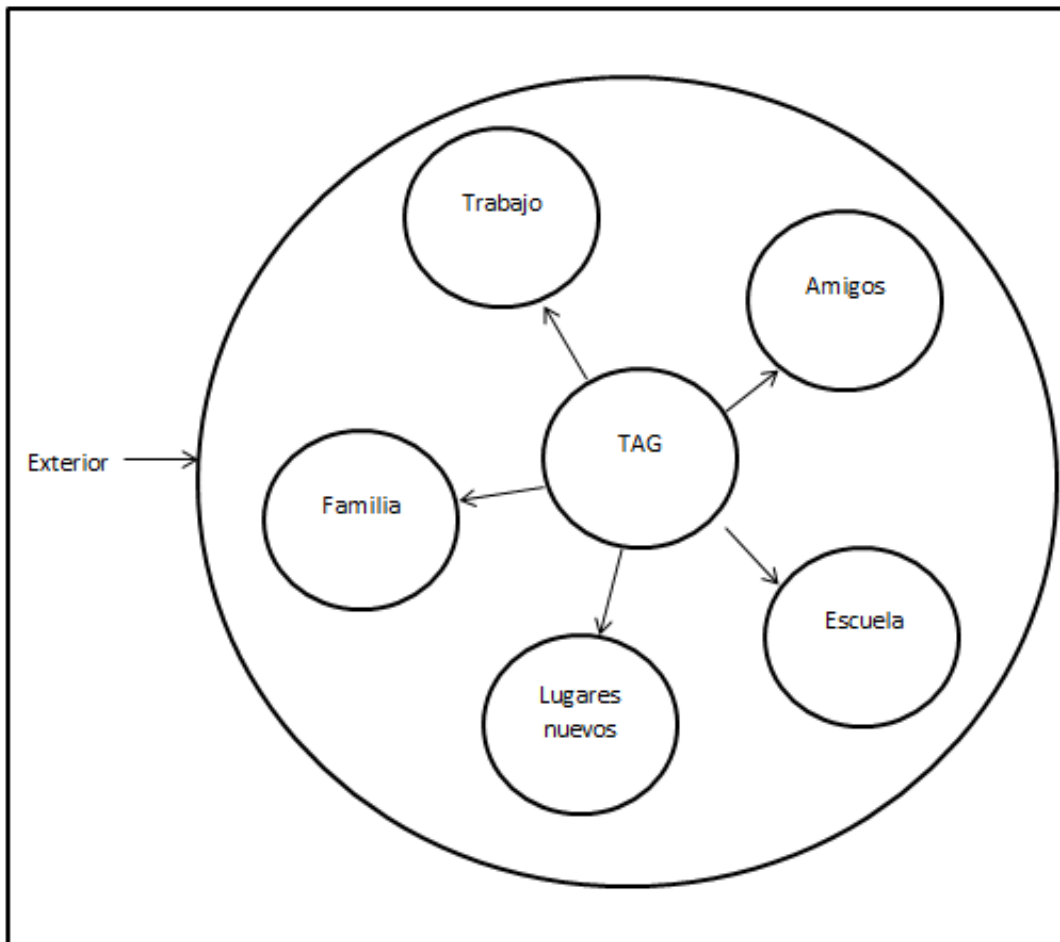
Una propuesta importante, es el modelo de evitación y contraste, en el que se explica la tendencia ansiosa de las personas con TAG a mantenerse preocupados, la persona reduce la intensidad emocional, por pasar de un estado de ánimo normal a uno de ansiedad, sin ninguna explicación que no le preceda al sujeto, por lo que no es necesario un elemento que provoque ansiedad, sino en todo momento la manifestara (Keegan, 2007).

Debido a la susceptibilidad ansiosa y sentimientos que se encuentren estables, las personas que presentan TAG prefieren mantenerse en un estado constante de preocupación, a nivel cognitivo esto se explica evadir los elementos nuevos por el constante padecimiento del TAG, esto indica mantener una preocupación ante



cualquier catástrofe, y de alguna manera reducir la distorsión emocional que llegan a tener en base al trastorno, si llegara a producirse un evento que temen (Morilla, Bados & Saldaña, 2012).

Por lo que las personas con TAG en general se mantendrán ansiosas en todo momento, la figura 2 muestra el desarrollo del TAG en diferentes contextos.



*Figura 2.* Modelo explicativo TAG. Muestra los diferentes contextos que se ven afectados a partir del padecimiento del TAG, por lo que manifestara en lugares exteriores (amigos, escuela, trabajo lugares nuevos, familia).

## **Edades**

El trastorno de ansiedad generalizada se presenta en diversas edades, nuestro trabajo se basa específicamente en la niñez, por lo que referimos a Piaget para establecer un rango de edad. Piaget muestra que la niñez se presenta de los 7 a los 12 años dentro de su teoría, por lo cual toda información que refiramos en cuanto a tratamiento será referida a estas edades, esta edad se describe como operaciones concretas, la persona empieza a poder resolver problemas por conclusión y de la lógica.

Por lo que su proceso de pensamiento ya es concreto, manifestándose de manera plena sus padecimientos y malestares que le sucedan en el momento. cita

La propuesta de intervención no puede ser ocupada por personas menores de 7 años, debido a que su proceso de pensamiento es diferente, dando a entender que las técnicas que se utilicen para nuestros objetivos serian nulas por no tener un pensamiento concreto ya que antes de los 7 años su pensamiento sigue siendo abstracto (Piaget, 1981).

## **Teoría cognitivo conductual**

La teoría cognitivo conductual es uno de los enfoques más utilizados en el uso terapéutico de la psicología, se centra en la funcionalidad de las personas con el paradigma de que las cogniciones, afectos, conductas y aspectos fisiológicos interactúan entre (Ledo, González & Barroso, 2012).

Los comportamientos que llegue a tener la persona influirán en sus cogniciones, una de las funciones del terapeuta es identificar los pensamientos negativos y ayudar al reestructurarlos (reestructuración cognitiva) ya que a partir de ellos, la conducta desadaptativa se basa en el pensamiento disfuncional, por lo cual a partir de pensamiento se modifica la conducta (Bados & García, 2010).

Una explicación del TAG desarrollada desde la teoría cognitiva, expone que existen pensamientos obsesivos, que afectan la interpretación de una situación, cuando esta interpretación es muy exagerada o errónea produce reacciones de ansiedad muy intensas que pueden llegar a ser patológicas, esto de acuerdo a Eysenck, en el 1997, en su aporte de sesgos cognitivos (Sanz, Miguel & Casado, 2011).

Las alteraciones fisiológicas son parte de la teoría conductual ya que Lang en su propuesta (fisiológico, cognitivo y motor) del triple sistema de respuesta en ansiedad tres sistemas regulados de forma diferente, muestra las alteraciones fisiológicas como un problema situacional en cuanto a la ansiedad y que reacciona

con un triple sistema de respuesta y en caso de en un tratamiento, los tres estados deben modificarse simultáneamente (Martínez, Inglés, Cano, & García, 2012),

Dentro de la sintomatología del TAG, se encuentra una alteración social, esto debido a la falta de confianza propia que es reflejada en personas que la rodean, por pensamientos obsesivos de si mismo causando una autoestima baja, por lo que es indispensable trabajar la parte social del individuo (Segarra, Farriols, Palma, Segura & Castel, 2011).

Los aspectos teóricos en la intervención clínica parte del panorama conductual y cognitiva, la terapia conductual se enfocan en el comportamiento, que es aprendido, y por lo tanto, puede modificarse; dentro de este enfoque los modelos en técnicas conductuales más eficaces para el trastorno de ansiedad generalizada son: exposición al medio ambiente, programación de actividades y/o activación conductual, las técnicas de intervención del TAG más eficaces son: reestructuración cognitiva, entrenamiento de auto-instrucción que se dirijan a sustituir los pensamientos disfuncionales, actuando de forma que el sujeto tenga una mayor variedad de cogniciones positiva (Mathews & Murphy, 2010).

Gracias a este enfoque se puede comprender los trastornos y cómo optimizar los recursos del sujeto que padece de TAG, empleando un diseño de intervención que

se dirija a una población específica, se basa en las mejores herramientas que ayuden a recobrar funciones de vida y que perdieron a causa del TAG de una persona (Mathews & Murphy, 2010).

En el trastorno, desde el enfoque cognitivo conductual, pueden manifestarse diversos factores que gracias a la terapia se pueden mejorar, por ejemplo la baja tolerancia a la incertidumbre que se ve afectada por la actividad emocional y puede ser alterada por los factores del TAG, los sesgos cognitivos que evitan una comprensión total de las amenazas exageradas, la orientación negativa del pensamiento, la alteración en la percepción que habitualmente no mostraba un inconveniente funcional y que debido a estos factores no puede el sujeto manejar las reacciones emocionales y una creencia de las preocupaciones que son útiles pero al padecimiento del TAG se vuelven exageradas por incontrolables y peligrosas (Sanz, Miguel & Casado, 2011).

### **Variables asociadas**

La vulnerabilidad biológica a la ansiedad es factor desencadenante de algún trastorno de la rama de la ansiedad, que se interpreta como una hipersensibilidad neurológica que repercute de manera hereditaria en algunos casos (Sierra, Zubeidat & Fernández, 2006)

En otros factores de la teoría genética, la angustia y agorafobia tienen una base hereditaria, por lo que la genética es un factor de riesgo, en cuanto al especificar

la ansiedad generalizada muestra una falta de correspondencias, es decir, la ansiedad en otros trastornos es hereditaria, pero al hablar de ansiedad generalizada pudiese ser que dependerá de factores ambientales (Medina, 2011)

También cabe la posibilidad de que un evento traumático o muy estresante ocasione o desencadene la ansiedad generalizada, en este punto se debe de tener cuidado por los distintos criterios diagnósticos, debido a que no se debe confundir el TAG con otro trastorno, como el trastorno de estrés posttraumático o alguna fobia específica (Heinze & Camacho, 2010).

Se han identificado diversos factores de riesgo, para las personas que padecen o tienen un desajuste emocional y mental, esto se consiguió gracias a la investigación del diagnóstico diferencial del eje IV añadido por American Psychiatric Association (APA) en la evaluación multiaxial que las personas mencionaban estresores psicosociales y ambientales, que para ellos eran problemas como ambiente laboral, familiar, social y en casos de niños factores educativos (Londo et al., 2010)

Los niños que fueron criados en un hogar donde el modelo de crianza fue autoritario (caracterizados por un alto grado de firmeza), son menos propensos a desarrollar algún trastorno mental, que necesite de internamiento para su tratamiento entre ellos el TAG (Franco, Pérez & Dios, 2014)

Se analiza los diferentes estilos de crianza de los padres, ya que puede provocar ansiedad en los niños, esto se debe a que la ansiedad que manifiestan las madres en el intento de sobreproteger a sus hijos, influye en su desarrollo, provocando alteraciones cognitivas, que expresa de forma emocional (depresión y baja autoestima (Franco, Pérez & Dios, 2014).

En cuestión de la familia, los adultos mayores que estén a cargo de mantener el control de las cosas promueven una menor independencia del infante (Franco, Pérez & Dios, 2014).

Los hijos de padres híper-controladores y pocos afectuosos tienen mayores posibilidades de desarrollar un apego inseguro, que con el tiempo pueda evolucionar a TAG (Franco, Pérez & Dios, 2014).

En conclusión, los tipos de crianza también son factores en las variables del trastorno de ansiedad generalizada TAG, debido a que si el infante vive con algún modelo de padres, cabe la posibilidad de desarrollar algún trastorno, los padres autoritarios que son excesivos con su trato pueden desarrollar trastorno obsesivo compulsivo, los padres con una libertad excesiva puede provocar un problema límite de personalidad, sin embargo, un modelo que parta democráticamente es

esencial en casa, para un desenvolvimiento satisfactorio del infante en su entorno (Franco, Pérez & Dios, 2014).

### **Diagnósticos diferenciales**

El diagnóstico diferencial consiste en ser preciso por lo que debe de ser un análisis cuidadoso en cuestión al TAG ya que presenta sintomatología similar a otros trastornos, pero tiene diferencias importantes, por lo que se describe en la siguiente tabla.



Tabla 1  
*Diagnóstico diferencial para TAG*

|   | <b>Diagnóstico diferencial</b>   | <b>Comentarios</b>  |
|---|--|---|
| Enfermedades médicas  | Problemas gastrointestinales<br>Hipertiroidismo<br>Hipoglucemia<br>Lupus<br>Arritmias cardíacas<br>Crisis comiciales<br>Migrañas<br>Trastornos del sistema nervioso central (ej. Delirium o tumores cerebrales).   | TAG se presenta con síntomas físicos.<br><br>Necesidad de tener en cuenta y/o explorar la presencia de enfermedad física, especialmente cuando predominan síntomas autonómicos y cuando la historia clínica lo sugiera. |
| Efectos secundarios de consumo de medicamentos u otras sustancias | Uso excesivo de cafeína u otros estimulantes<br>Efectos de medicamentos: antihistamínicos, antiasmáticos, simpaticomiméticos, esteroides, haloperidol y pimozide, ISRSs, antipsicóticos y preparados no prescritos como pastillas de dieta y medicinas para el resfriado | La sintomatología se presenta solo mientras esta bajo los efectos de estas sustancias o como síndrome de abstinencia.   |
| Otros trastornos de ansiedad                                      | Trastorno de ansiedad por separación<br>Fobia social<br>Fobias Específicas T. por crisis de angustia y agorafobia<br>T. obsesivo compulsivo  | Comparte muchos síntomas con otros trastornos de ansiedad.<br>El diagnóstico de TAG se lleva a cabo cuando el motivo de la ansiedad y preocupación no está relacionado con la preocupación central de otro t. ansioso   |
| Otros trastornos psiquiátricos                                    | Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso<br>Trastornos del estado de ánimo<br>TDAH   | Si la sintomatología es de menor duración y surge tras experimentar algún acontecimiento estresante específico  |
|   | Abuso de sustancias: alcohol, nicotina, marihuana, cocaína, estimulantes, Inhalantes y alucinógenos.   |   |

*Nota:* Adaptado de: Asociación Española de Pediatría. (2008). *Protocolos de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil de la AEP: Trastorno de ansiedad generalizada*. Recuperado de <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-sociedad-espanola-psiQUIATRIA-infantil-aep>.

## **Detección y evaluación**

La detección y evaluación de algún trastorno es crucial al iniciar algún tratamiento, la finalidad de estos elementos es poder confirmar el diagnóstico, tratar y buscar las variables que lo componen para poder trabajar con las herramientas necesarias. Para la detección del TAG en personas, se debe de tomar con mayor importancia los criterios diagnósticos que son brindados por parte de los promotores de la salud en el ámbito clínico, esto debido a que las pruebas psicológicas no son determinantes en el diagnóstico (Sánchez & Viveros, 2008)

El psicólogo clínico no solo se debe encargar de aplicar las pruebas, ya que con esos criterios se bastan en diversas ocasiones para dictaminar algún diagnóstico, también se tiene la obligación de dar el ejemplo a sus compañeros dentro de la misma área, tomando en cuenta las limitaciones que tienen las mismas pruebas, ya que estas no brindan la información crucial refiriendo a indagar más a fondo la sintomatología manifestada (Sánchez & Viveros, 2008).

Por lo que ninguna prueba psicológica es elemento suficiente para dar un diagnóstico definitivo, las pruebas necesitan de gente capacitada, que no solo se basten de un título para la aplicación, calificarlas e interpretarlas, ya que los juicios son más complejos y elaborados de lo que uno espera obtener, por lo que

criterio amplio en la detección de algún trastorno es fundamental contemplando las diversas variables que se acontecen en la evaluación (Sánchez & Viveros, 2008).

La función de las pruebas en el ámbito clínico contiene tres usos, el primero de estos es obtener una identificación en la que se obtenga un riesgo de alguna clase de anomalía refiriendo a la salud, el segundo es que brinde una ayuda en los criterios para el diagnóstico final y la tercero para evaluar los progresos de una intervención (Sánchez & Viveros, 2008).

El examinador debe de considerar dos factores en cuestión de cerciorar una aplicación adecuada, uno es estudiar detenidamente el manual técnico que acompaña la prueba, y el segundo es aplicar de manera experimental o piloto, antes de alguna evaluación psicológica, ya que las pruebas deben de ser validadas en población (Sánchez & Viveros, 2008).

Se debe de tener una planeación con precaución, de una o varias pruebas psicológicas, considerando toda variable que pueda suceder o no en la aplicación. Se recopilan distintas pruebas, en el uso del TAG (Heinze & Camacho, 2010; Sánchez, 2008).

La siguiente tabla muestra diferentes cuestionarios y escalas para la evaluación de la ansiedad sugeridas por “*Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*”, ya en el que se mencionan los distintos métodos de evaluación para la detección de la ansiedad explícitamente en niños (Soutullo, 2010).

Tabla 2

*Instrumentos de Evaluación para Trastornos de Ansiedad*

| Título  | Información  |
|---|--|
| <p>Escala multidimensional de ansiedad para niños (MASC, Multidimensional Anxiety Scale for children) (March, 1997)</p> | <p>Mide cuatro factores de la ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ síntomas físicos</li> <li>➤ ansiedad social</li> <li>➤ miedo con ansiedad</li> <li>➤ ansiedad por separación,</li> </ul> <p>La puntuación total indica ansiedad generalizada.</p> |
| <p>Escala de ansiedad, estado y ansiedad rasgo para niños (STAI-C, The State- Trait Anxiety Inventory for children)</p> | <p>Se desarrolló sobre la base del inventario de ansiedad estado-rasgo. La versión para niños consta de dos sub escalas (cada una de ellas consta de 20 ítems) una para evaluar ansiedad-estado y otra para ansiedad-rasgo.</p>  |
| <p>Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS, The Children’s Manifest Anxiety Scale)</p>                             | <p>La adaptación a niños y adolescentes, mide la tendencia a experimentar ansiedad no transitoria, por lo tanto, se puede considerar como una medida de ansiedad rasgo, consta de 53 ítems.</p>  |
| <p>Escala general de ansiedad infantil (GASC, general Anxiety Scale for Children)</p>                                   | <p>Consta de 45 ítems repartidas en dos sub escalas, escala de mentira y ansiedad generalizada.</p>  |
| <p>escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997).</p>                  | <p>Está compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad con cuatro opciones tipo Likert</p> <p>Alcanzó una correlación de .70 (p &lt;.000) con la calificación total del ITA-UNAM (Hernández-Guzmán et al., 2003).</p>   |

**Nota:** Adaptado de: Soutullo Esperón, C. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana: Hernández Guzmán, L., Bermúdez Ornelas, G., Spence, S., González Montesinos, M., Martínez Guerrero, J., Aguilar Villalobos, J., & Gallegos Guajardo, J. (2010).

Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS).  
*Revista Latinoamericana De Psicología*, 42(1), 13-24.

### **Comorbilidades y consecuencias**

La especificación de la comorbilidad es el momento del trastorno principal y concurrencia se utiliza en síntomas que producen la misma sintomatología, es decir que aparece un trastorno en el mismo, esto es debido a que los trastornos se dan en conjunto en la misma persona provocando confusión (Heinze & Camacho, 2010)

En el trastorno de ansiedad el porcentaje de comorbilidad es alto y se debe a que el trastorno comparte una igualdad en sintomatología con otros trastornos, ya que comparte la misma manifestación de sintomatología y probables factores de inicio y mantenimiento que con distintos trastornos, la depresión es un ejemplo de la comorbilidad de la ansiedad al presentarse con gran frecuencia con 62% junto con la ansiedad (Heinze & Camacho, 2010)

También los trastornos que se encuentran asociados en la ansiedad son la fobia específica, que se presenta de manera secundaria (diagnóstico secundario) seguidos por la fobia social, sin embargo en pocos pacientes con fobias

especifica presentan otro tipo de trastorno de ansiedad (Heinze & Camacho, 2010).

El TAG presenta menor grado de comorbilidad con respecto a otros trastornos de ansiedad, pero en el caso de diagnósticos secundarios es el que con mayor frecuencia se encuentra diagnosticado (Heinze & Camacho, 2010)

Un porcentaje de personas que han sufrido TAG a lo largo de su vida presentaron un segundo trastorno ocurrido en el lapso de su vida, como la depresión mayor, fobia social y específica con el 33.5% en personas, otros trastornos que aparecen en el TAG son los trastornos somáticos y aquellos que se asocian al estrés. En los estudios revisados se encuentran como consecuencias una serie de sintomatología que puede desatar otras comorbilidades, una de las principales es la depresión (Heinze & Camacho, 2010)

## **Tratamientos**

Los distintos tratamientos para el TAG tienen la finalidad de extinguir o disminuir la sintomatología a un grado que permita al paciente ser funcional, por lo que el enfoque terapéutico debe de ser adecuado a las necesidades específicas del paciente, a lo que requiera para recuperar el funcionamiento (Sanz, Miguel & Casado, 2011)

### **Farmacológico**

El tratamiento farmacológico se enfoca en la disminución y alivio de la sintomatología, prevención de recaídas, evitar efectos secundarios del trastorno, y muy importante. Restaurar la funcionalidad premórbida en el paciente (Heinze & Camacho, 2010).

Para obtener una mejor respuesta al tratamiento farmacológico hay que considerar factores como la edad del paciente ya que las dosis son diferentes, e informar tanto al paciente como a los padres acerca de los posibles efectos secundarios como mareo, malestares físicos etc. (Bados, 2015)

Al mencionar distintos medicamentos el fin es tener un conocimiento amplio de los fármacos que contribuyan en la mejora del TAG, sin embargo es de vital importancia conocer el contenido, funcionamiento y posibles efectos secundarios de cada medicamento en el uso clínico (Bados, 2015)

En el tratamiento de TAG en niños, diversos estudios han demostrado la eficacia del *clonacepam*, *imipramina* y *bupiriona*, además la fluoxetina demostró ser una buena alternativa por su buen funcionamiento con niños, por su tolerabilidad y seguridad en los trastornos afectivos y de ansiedad con alto grado de comorbilidad (Bados, 2005).

La venlafaxina se encuentra en los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, estos medicamentos son los más utilizados en clínica por parte de la farmacología, en diversos enfoques en el tratamiento del TAG se tiene la disputa con objetivo que todo medicamento se debe de tomar durante a lo largo de toda la vida, ya que estadísticamente en porcentajes el 25% recaen en el primer mes por factores diversos entre ellos suprimir el tratamiento y del 60% al 80% en el año siguiente (Bados, 2005).

En la Figura 4 se muestran diferentes medicamentos sugeridos por la *“Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad”*, esto con la finalidad de complementar y



ampliar el conocimiento en cuanto a los fármacos utilizados en el tratamiento de la ansiedad.

| Tabla 1. Dosis recomendadas, de inicio y dosis máximas, de los principales antidepresivos utilizados en niños y adolescentes. |            |           |
|---|------------|-----------|
| Tipo de antidepresivo   | Dosis      |           |
|   | Inicial    | Máxima    |
| <b>ISRS</b>   |            |           |
| Fluoxetina  | 10mg/día   | 60mg/día  |
| Paroxetina  | 10mg/día   | 50mg/día  |
| Sertralina  | 25mg/día   | 200mg/día |
| Fluvoxamina<br>(4.7mg/kg/día niños 8-12 años; 3.1mg/kg/día adolescentes 12-17 años)   | 50mg/día   | 200mg/día |
| <b>Inhibidor dual (serotonina/norepinefrina)</b>  |            |           |
| Venlafaxina   | 37.5mg/día | 225mg/día |
| Duloxetina  | 30mg/día   | 120mg/día |
| Bupropión (Inhibidor de recaptura de dopamina y norepinefrina)  | 150mg/día  | 300mg/día |

*Figura 4* Medicamentos utilizados en el trastorno de ansiedad en niños y adolescentes. Tomado de: Hernandez L, Benjet, C, Andar MA, Bermudez G, Gil, F (2010). Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medicina-Mora. México: Instituto Nacional de psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

## Psicológico

El tratamiento psicológico ayuda a poder lograr la funcionalidad perdida en algún momento de la vida o brindar las herramientas para afrontar situaciones aversivas que provoquen un desequilibrio emocional (Sanz, Miguel & Casado, 2011)

Existen distintos enfoques psicológicos en la instancia terapéutica, los más comunes usados en la clínica son:

La psicoterapia psicoanalítica, la cual ofrece herramientas necesarias para la adaptación a situaciones cotidianas alteradas por el TAG, la base de este enfoque reside en la estructura psíquica expuesta por Sigmund Freud de la interacción entre el yo, súper yo y el ello (Fernández, Mella, & Vinet, 2009).

Terapia Humanista, cuyo enfoque se basa en conceptos de subjetividad, experiencias o construcción del significado está basado en la teoría del autodescubrimiento, en donde el paciente dirige su propio proceso, apoyado por el terapeuta, esto se logra con una empatía bien establecida (Moreno, 2010).

La terapia cognitiva conductual (TCC), este tipo de tratamiento ha demostrado tener mayor eficacia que otros enfoques, dado que se basa en la adquisición de habilidades en ayuda a mejorar los aspectos de vida que sufren una alteración por parte del padecimiento de algún trastorno, las personas fortalecen su desempeño y calidad de vida, con las distintas técnicas en el tratamiento brindando alternativas de adaptación (Stewart & Chambless, 2009)

Se ha demostrado que la TCC ofrece distintas estrategias en ayuda al paciente, en los estudios de meta análisis de la TCC, en TAG describe la eficacia al mostrar una mejora de los pacientes monitoreando los resultados por el método de pre-post test, para los padecimientos de desordenes específicos, por lo que para los trastornos de ansiedad la TCC es eficaz en condiciones clínicamente representativas (Heinze & Camacho, 2010; Stewart & Chambless, 2009).

De acuerdo con Guías y Manuales clínicos nacionales e internacionales, la terapia más recomendable debido a que cuenta con evidencia de primer nivel es la TCC (Heinze & Camacho, 2010; Rebecca, 2009; Bados, 2010; Steele, Elki, & Roberts, 2008), esto se debe a que la teoría se caracteriza por ser un método activo y directivo, por lo que pacientes con las terapeutas trabajan de forma unida, dentro de los objetivos terapéuticos, los modelos de trabajo no solo son en la clínica, si no también fuera dejando tareas (Bados, 2010).

En la TCC el trabajo terapéutico suele ser de corta duración, dependiendo del tipo de problema específico puede ser de seis meses a un mínimo de 10 sesiones, tiempo en el que puede haber un avance significativo, la recuperación se refleja a mayor plazo. Se ha demostrado que en el tratamiento del TAG la TCC (Mathews & Murphy, 2010) es eficaz, igualando como el tratamiento farmacológico, sin embargo, a largo plazo no se han demostrado estudios en los que se muestren una comparación de los dos tratamientos (Mathews & Murphy, 2010)

En cuanto a una recomendación por parte de manuales clínicos, por la similitud de opinión se advierte que para una mayor efectividad, el tratamiento debe de ser un conjunto de tratamiento de la TCC y farmacólogo (Heinze & Camacho, 2010; Secretaria de Salud, 2010)

### **Técnicas y su eficacia**

La TCC se basa en la efectividad del rendimiento lo más pronto posible, la duración de la instancia terapéutica es muy corta, no sobrepasando en ocasiones las 10 sesiones (una sesión por semana). Por lo cual en diversos estudios de casos específicos del TAG muestran que la teoría es eficiente, eficaz y efectiva (Heinze & Camacho, 2010; Mathews & Murphy, 2010)

Se ha demostrado que la TCC es la mejor opción en cuanto a un tratamiento psicológico, contribuyendo con distintas técnicas que favorece y optimizar el desempeño o los recursos de una persona, dentro de las técnicas, se utilizan con mayor frecuencia por su consistencia en el uso terapéutico la reestructuración cognitiva, relajación autoinducida y las autoinstrucciones proporcionando autoeficacia, logrando que la persona retome su vida función (Heinze & Camacho, 2010; Mathews & Murphy, 2010; Sanz, Miguel & Casado, 2011)La reestructuración

cognitiva consiste en que mismo paciente, con ayuda del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de manera que la persona pueda sustituirlos por otros más funcionales, esto con la finalidad de reducir las perturbaciones emocionales causadas por los primeros pensamientos con los que llegó a terapia (Bados, 2010).

La relajación autoinducida o autógena ha tomado parte importante en el tratamiento de la ansiedad, ya que es uno de los recursos más utilizados, por la sintomatología que manifiesta el paciente ejerciendo tranquilidad y estabilidad, las distintas técnicas de relajación se utilizan dependiendo de los diferentes criterios y opiniones diagnósticos, es decir, utilizando el método de relajación se puede apoyar a diferentes trastornos de la ansiedad (Payne, 1996).

En las técnicas cognitivas se encuentra las autoinstrucciones, para la aplicación de este método se elaboran en colaboración con el paciente, se utiliza un reforzamiento positivo o castigos para obtener la conducta deseada (Llort, 2015)

Por lo que estas distintas técnicas de uso terapéutico muestran que tienen los elementos necesarios en el tratamiento del TAG proporcionando herramientas que ayudan a las personas retomar su calidad de vida, por lo cual a continuación se

muestran distintos casos de la TCC en las que fue eficaz en su aplicación de tratamiento terapéutico (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, & Gil Bernal, 2010)

En 17 diferentes estudios realizados entre 1994 y 2006, se emplearon técnicas de intervención cognitivo conductuales para el tratamiento de niños con algún trastorno de ansiedad, y en los que se realizaron seguimientos de al menos un año, se constató la efectividad de las técnicas empleadas para la disminución de la sintomatología ansiosa y la recuperación de los niños (Steele, Elkin & Roberts, 2008). En la Tabla 3 se muestra las características y los resultados de dichas intervenciones.

Tabla 3

*Tratamientos psicosociales para los trastornos de ansiedad heterogéneos en niños y adolescentes.*

| Estudio                                    | Características de la muestra            | Tratamiento   | Pre- para ganancias después del tratamiento (% recuperado, escalas de calificación) y Mantenimiento en el tiempo   |
|--|--|---|--|
| <b>Kendall (1994)</b>                      | n = 47, de 9 a 13 años (19 niñas)        | TCC<br>16 a 20/16 a 20 sesiones / semana                              | TCC = 64% mejoró en escalas de jóvenes y padres de familia. Las calificaciones de las pruebas no mostraron mejoras. A 1-año de seguimiento, las ganancias se mantuvieron.  |
| <b>Barrett et al. (1996)</b>               | N = 70, edades de 7 a 14 años (34 niñas) | TCCI, TCCI + FAM<br>12 / - sesiones / semana                          | TCCI = 57,1%, TCCI + FAM = 84%. Ambos TCCTs mejoraron en los jóvenes y escalas de los padres. A 1-año de seguimiento, las ganancias se mantuvieron.  |
| <b>Kendall et al. (1997)</b>               | N = 94, de 9 a 13 años (25 niñas)        | TCCI<br>16 a 20/16 a 20 sesiones / semana                             | TCCI = 71% TCCI mejoró en escalas de jóvenes y padres de familia. La medida de padre de la ansiedad infantil / depresión no mostró mejoras. A 1-año de seguimiento, las ganancias se mantuvieron.  |
| <b>Barrett (1998)</b>                      | n = 50, edades 7-14 años (28 niñas)      | GCCT, GCCT + FAM<br>12/12 sesiones / semana                           | GCCT = 55,9% FAM + GCCT = 70,7%. Tanto mejorado GCCTs escalas de la juventud y de los padres. GCCT + FAM mejoró más de lo GCCT clínico-clasificado en el funcionamiento del niño y en el miedo juventud calificaciones. A 1-año de seguimiento, las ganancias se mantuvieron.                      |
| <b>Cobham et al. (1998)</b>                | N = 61, edades de 7 a 14 años (33 niñas) | GCCT, GCCT + PAM<br>10/14 sesiones / semana                           | Para los jóvenes cuyos padres eran "no ansiosos," GCCT = 82%, GCCT MAPA = + 80%. Para los jóvenes cuyos padres eran "ansioso" GCCT = 39%, GCCT + MAP = 77%. Ambos GCCTs mejoraron en las escalas. A los 6 y 12 meses de seguimiento, las ganancias se mantuvieron.                                 |
| <b>Silverman et al. (1999)</b>             | N = 41, edades de 6 a 16 años (22 niñas) | GCCT<br>10/10 sesiones / semana                                       | GCCT = 64%. GCCT mejoró en escalas de jóvenes y padres de familia. A Las 3, 6, y 12 meses de seguimiento, las ganancias se mantuvieron.  |
| <b>Mendlowitz et al. (1999)</b>            | N = 62, edades de 7 a 12 años (39 niñas) | GCCT, GCCT + padres,<br>Sólo GCCT padres<br>12/12 - sesiones / semana | Recuperación de diagnóstico no se informó. Tanto mejorado GCCTs escalas de la juventud y de los padres. Las niñas más que los niños mejoraron en de ansiedad y de apoyo social calificaciones. GCCT + dominante mejora más en las calificaciones de afrontamiento activo. En seguimiento.          |
| <b>Flannery-Schroeder y Kendall (2000)</b> | N = 37, edades de 8 a 14 años (18 niñas) | TCCI, GCCT<br>- / 12 sesiones / semana                                | TCCI = 73%, GCCT = 50%. Ambos TCC mejoraron en los jóvenes y escalas de padres. En mejoras fueron encontrados en las actividades sociales o calificaciones de maestros. Sólo TCCI mejoró en puntuación en el niño -estado de ansiedad. A los 3 meses de seguimiento, las ganancias se mantuvieron. |

**Tabla 4**

*Segunda parte de Tratamientos psicosociales para los trastornos de ansiedad heterogéneos en niños y adolescentes.*

| Estudio                          | Características de la muestra            | Tratamiento  | Pre- para ganancias después del tratamiento (% recuperado, escalas de calificación) y Mantenimiento en el tiempo.   |
|----------------------------------|--|--|---|
| <b>Shortt et al. (2001)</b>      | N = 64, edades de 6 a 10 años (42 niñas) | AMIGOS<br>10/10 sesiones / semana  | AMIGOS = 69%. AMIGOS mejoraron en las escalas de la juventud y de la madre. Calificaciones de padres no mostraron mejoras. A 1-año de seguimiento, las ganancias se mantuvieron.  |
| <b>Manassis et al. (2002)</b>    | N = 78, de 8 a 12 años (36 niñas)        | TCCI, GCCT (tanto con los padres presente)<br>12/12 sesiones / semana                                  | Recuperación de diagnóstico no se informó. Ambos TCC mejoraron sobre la ansiedad y la depresión, pero TCCI mostraron una mayor mejoría. en seguimiento.   |
| <b>Muris et al. (2002)</b>       | N = 20, de 9 a 12 (20 niñas)             | GCCT<br>12 / sesiones / semanas  | Recuperación de diagnóstico no se informa. GCCT mejoró el rating juventud ansiedad, en seguimiento.   |
| <b>Ginsburg y Pato (2002)</b>    | N= 12, edades 14 a 17 años (10 niñas)    | GCCT<br>10/10 sesiones / semana  | GCCT = 75%. GCCT mejora en las calificaciones clínico y jóvenes con calificación ansiedad, en seguimiento   |
| <b>Nauta et al. (2003)</b>       | N = 76, edades de 7 a 18 años (40 niñas) | TCCI, TCCI + CT<br>12/12 sesiones / semana   | TCCI = 68%, TCCI + CT = 69%. Ambos TCCLs mejoraron en los jóvenes y calificaciones de los padres. A los 3 meses de seguimiento, las ganancias se mantuvieron.   |
| <b>Thienemann et al. (2006)</b>  | N = 24, edades de 7 a 16 años (7 niñas)  | GCCT Padres<br>8/8 sesiones / semana   | GCCT Padres = 25%. GCCT Padres mejoró la madre de acerca de la clasificación la ansiedad del niño, las actitudes hacia el niño, y las calificaciones de clínico del funcionamiento del niño. En seguimiento.                  |
| <b>Bögels y Siqueland (2006)</b> | N = 17, de 8 a 17 años (8 niñas)         | Familia TCC<br>- / - Sesiones / semana   | Familia TCC = 46%. Familia TCC mejoró en la ansiedad por jóvenes nominal y Calificaciones de los padres. En 3 y 12 meses de seguimiento, las ganancias se mantuvieron.  |
| <b>Wood et al. (2006)</b>        | N = 38, edades de 6 a 13 años (14 niñas) | Familia TCC, TCCI<br>12 a 16 sesiones / semana   | Familia TCC = 78,9% = 52,6% TCCI. Familia TCC y mejorado TCCI sobre la ansiedad por jóvenes y de padres y puntuación. Familia TCC mejoró más de lo TCCI sobre la ansiedad de padres y puntuación. En seguimiento.             |
| <b>Spence et al. (2006)</b>      | N = 65, edades de 7 a 14 años (30 niñas) | GCCT con los padres (Cara a cara), con GCCT padres (cara a cara y Internet)<br>10/10 sesiones / semana | GCCT con los padres (cara a cara) = 65%, GCCT con los padres (Cara a cara y de Internet) = 56%. Ambos GCCTs mejoraron en los niños y calificaciones de los padres. A los 6 meses de seguimiento, las ganancias se mantuvieron |

**Nota:** N= número de participantes que finalizaron. TCC = tratamiento cognitivo -conductual, FAM = manejo de la ansiedad de la familia, GCCT = grupo cognitivo-conductual tratamiento, = TCCI tratamiento cognitivo -conductual individual, MAP = manejo de la ansiedad de los padres. CT = terapia cognitiva para los padres. Adaptado de: Steele, R., Elkin, T., & Roberts, M. (2008). *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents*. New York, NY: Springer.



En diferentes metaanálisis se reporta la efectividad del TCC, esto se debe gracias al sistema en el que trabaja, ya que el análisis es monitoreado de principio a fin, los métodos son ensayos controlados de forma aleatoria, así obteniendo un resultado satisfactorio por parte del análisis (Stewart & Chambless, 2009)

Los datos que se obtienen en los metaanálisis son por parte de una investigación pre-post tratamiento en población infanto-juvenil, indicado que se obtiene una mejora considerable en el uso de la TCC (Stewart & Chambless, 2009).

Dentro de los programas más eficaces se encuentra Hacer Frente al Gato que es calificado por el Centro de Información Basada en la Evidencia de California para el Bienestar Infantil (CEBC, 2014) como una herramienta eficaz, el objetivo de esta dinámica es que los niños disminuyan la ansiedad, las edades recomendadas son de 7 a 13 años, esta dinámica consta de un tratamiento cognitivo conductual, para niños con ansiedad, trabaja con 4 componentes. (a) el reconocimiento y la comprensión de las reacciones emocionales y físicas a la ansiedad, (b) aclarar pensamientos, sentimientos en situaciones de ansiedad, (c) el desarrollo de los planes para el afrontamiento eficaz y (d) la evaluación de desempeño y auto refuerzo.

La duración regular del programa es de 16 semanas con un tiempo de 60 minutos por sesión, esto con un componente de tareas (Beidas, Benjamin, Puleo, Edmunds & Kendall, 2010).

### **Algoritmo general para el tratamiento**

En la Guía Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, & Gil Bernal, 2010) se describen de forma detallada los pasos a seguir para la evaluación y tratamiento de los pacientes con diagnóstico de trastornos psiquiátricos internalizados (figura 3). El algoritmo general tiene como objetivo explicar de forma secuencial las acciones pertinentes posteriores al diagnóstico.

El contenido se encuentra constituido en cuatro partes, el primero es el diagnóstico, ya confirmado la siguiente fase es psicoeducación; en este apartado se pretende que el niño entienda lo que es el malestar (en nuestro caso ansiedad), explicándole en qué condiciones se encuentra y reconociendo las situaciones que provocan esos pensamientos y emociones que lo hacen disfuncional en sus actividades, estos objetivos son importantes, ya que de identificar con la mejor

exactitud se puede trabajar en el tercer paso que es la reestructuración cognitiva (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, & Gil Bernal, 2010).

La reestructuración cognitiva es una técnica terapéutica usada por la terapia cognitiva conductual, esta trabaja con los pensamientos, emociones y conductas que se entrelazan e influyen mutuamente, el objetivo de la técnica es enseñar a los niños afrontar sus problemas obteniendo mejores recursos que le ayuden a superar situaciones desafiantes. Por último se encuentra la exposición, esta es de forma imaginaria (De forma imaginaria las posibilidades de situaciones que generen malestar) e exposición en vivo (la exposición de forma directa a diferentes estímulos) esto con la finalidad de reducir gradualmente el malestar (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez, & Gil Bernal, 2010; Bados & García, 2010).

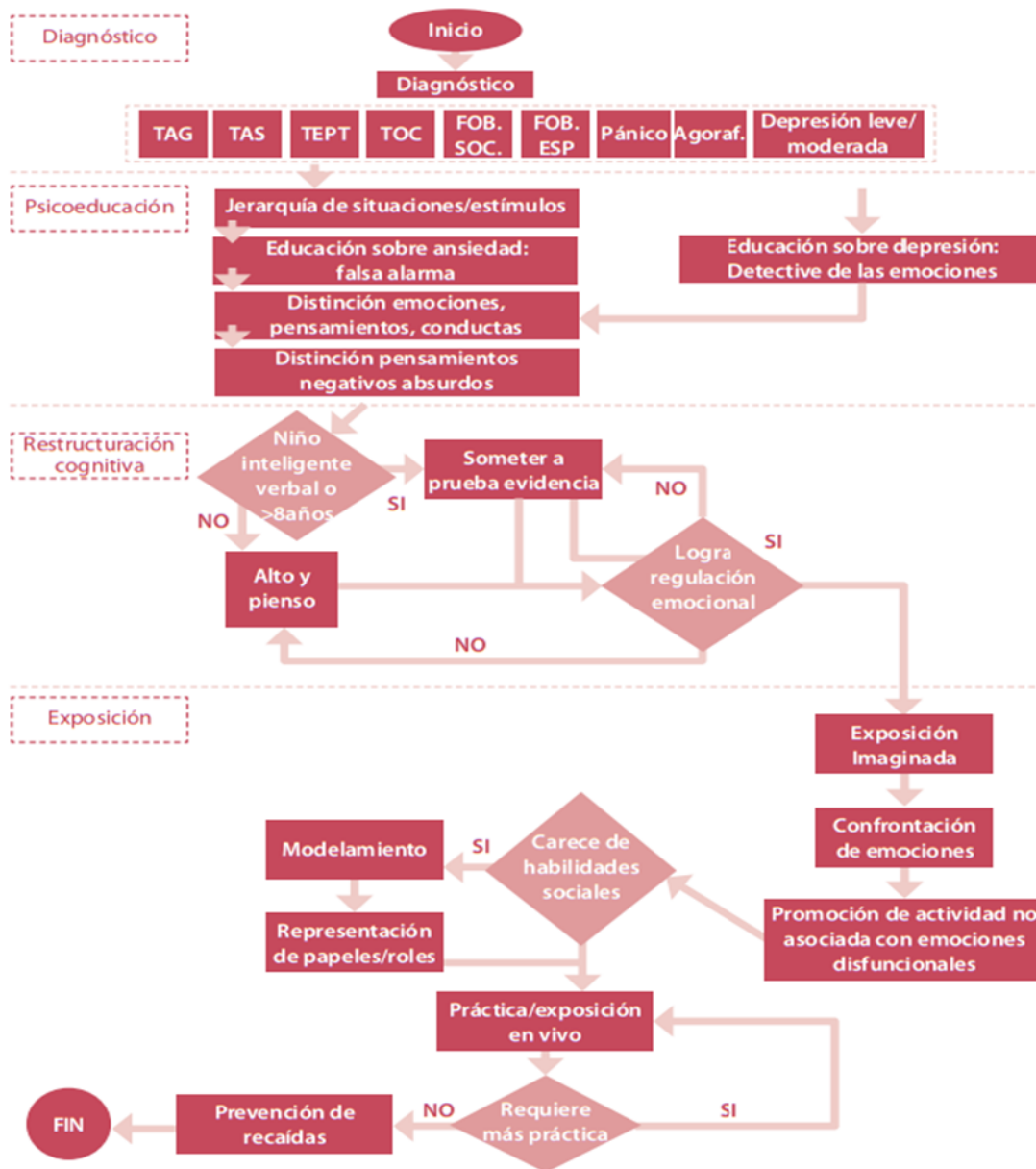


Figura 3 Diagrama del algoritmo general para el tratamiento psicológico de trastornos internalizados en niños y adolescentes. Tomado de: Hernandez L, Benjet, C, Andar MA, Bermudez G, Gil, F (2010). Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medicina-Mora. México: Instituto Nacional de psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

El diagrama se puede explicar refiriendo a diversos puntos. (a) diagnóstico que establece el trastorno. (b) psicoeducación que brinda la información necesaria en respecto al trastorno, brindando diversos puntos que ayudan a entender en que consiste el trastorno. (c) la reestructuración cognitiva consiste en poder crear pensamientos nuevos para afrontar5 diversas situaciones que provoquen ansiedad, el niño inteligente es capaz de crear estos nuevos pensamientos a base de la dinámica alto y pienso y por ultimo (d) exposición que refiere a la aplicación de las dinámicas de afrontamiento adquiridas durante el tiempo de las sesiones.

Una vez que se ha resaltado la importancia y relevancia social del TAG en niños, así como del tratamiento, a continuación se planteará una propuesta de intervención enfocada a esta población y basada en la teoría cognitivo conductual.

## Conclusiones

El estudio fue basado en la revisión del Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) dirigida a niños, con el propósito de realizar una propuesta de intervención que ayudara en la instancia clínica terapéutica a poder devolver una funcionalidad de su vida por los diversos acontecimientos causados por el padecimiento del TAG.

La propuesta de intervención se basa en 8 sesiones que son utilizadas en la implementación de la terapia cognitiva conductual, los comportamientos que llegue a tener la persona influirán en sus cogniciones, una de las funciones del terapeuta es identificar los pensamientos negativos y ayudar al reestructurarlos, el objetivo es que en las sesiones el paciente pueda recobrar un funcionamiento perdido, debido a la sintomatología de permanente nerviosismo, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico.

De los distintos alcances que se obtuvieron en la investigación fue la propuesta de intervención desarrollada, gracias a la revisión de estudios se pudo completar el objetivo planteado, mostrando una estructura apoyada en manuales y casos clínicos en el tratamiento del TAG, demostrando por su parte que la terapia cognitiva conductual TCC establece ser la principal terapia que obtiene resultados de manera satisfactoria en el tratamiento, esto debido a los estudios de

metaanálisis que plantean un seguimiento a pacientes y no tener recaídas en situaciones futuras (Stewart & Chambless, 2009). Se recapitularon las herramientas diagnósticas que resultaron un complemento en el diagnóstico del TAG, ya que en el diagnóstico, el criterio del terapeuta será determinante en la detección del Trastorno y las baterías o test serán complemento (Asociación Española de Pediatría, 2008).

Las perspectivas futuras de este estudio es la investigación de otros trastornos siguiendo la terapia cognitiva conductual, ya que este método brinda una mayor eficacia en la instancia clínica. El estudiar más a fondo el trastorno del TAG ya que en niños se encuentra rezagada la información con respecto al tema impidiendo un tratamiento más atinado en niños causando que se estandaricen más pruebas de ansiedad que permitan un diagnóstico conciso, capacitar de manera más especializada a los psicólogos que piensan que con una prueba se realiza un diagnóstico. Estudiar las diferentes causas que provocan TAG, por lo que está una principal ayuda en niños y se evitaría un daño cognitivo, afectivo y social a futuro.

Por lo que en este estudio se puede decir que ofrece de manera psicológica una propuesta de intervención sustentada en diferentes análisis y síntesis de estudios enfocados al tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada dirigida a niños.

## Referencias

- Aeped.es,. (2015). *Protocolos de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil de la AEP | Asociación Española de Pediatría*. Recuperado 23 Septiembre 2015, de <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-sociedad-espanola-psiquiatria-infantil-aep>
- Arenas, M., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos De Psicología (Internet)*, 3(1), 20-29. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092009000300003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092009000300003&script=sci_arttext)
- Arranz, B. (2014). Duloxetina y trastorno de ansiedad generalizada, una buena asociación. *Psiquiatría Biológica*, 21(1), 3-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2014.03.001>
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A., & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento De Personalidad, Evaluación Y Tratamiento Psicológicos Facultad De Psicología, Universidad De Barcelona*, 1-62. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>



- Barrett, P., Duffy, A., Dadds, M., & Rapee, R. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 69(1), 135-141. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.69.1.135>
- Beidas, R., Benjamin, C., Puleo, C., Edmunds, J., & Kendall, P. (2010). Flexible Applications of the Coping Cat Program for Anxious Youth. *Cognitive And Behavioral Practice*, 17(2), 142-153. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.11.002>
- Bernaldo, M., Labrador, F., Garcia, G., Fernandez, I., Estupiñá, F., & Labrador, M. (2015). Factores asociados a la prolongación del tratamiento psicológico en los trastornos de ansiedad. *Psicothema*, 27(2), 108-103. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2014.264>
- Bonet de Luna, C., Fernández, M., & Chamón, M. (2011). Depresión, ansiedad y separación en la infancia: Aspectos prácticos para pediatras ocupados. *Pediatría Atención Primaria*, 13(51), 471-489. <http://dx.doi.org/10.4321/s1139-76322011000300012>
- Cárdenas, E., Fera, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. *Guías Clínicas Para La Atención De Trastornos Mentales*.
- CIE 10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) *Organización Mundial de la Salud*.

Madrid. Mediator. (ICD-10, International Classification of Diseases, 10th revision)

Ewing, D., Monsen, J., Thompson, E., Cartwright-Hatton, S., & Field, A. (2013). A Meta-Analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(05), 562-577. <http://dx.doi.org/10.1017/s1352465813001094>

Ezpeleta, L., & Toro, J. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Pirámide.

Fernández, M., Mella, F., & Vinet, V. (2009). EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA Y SU RELACIÓN CON LA ALIANZA TERAPÉUTICA. (Spanish). *Interdisciplinaria: Revista de Psicología Y Ciencias Afines*, 26(2), 267–287. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011827006>

Fernández, T., Calero, A., & Santacreu, J. (2014). Un caso de ansiedad generalizada o un problema de asertividad: El análisis funcional como herramienta clave para fijar el plan de tratamiento. *Revista De Casos Clínicos En Salud Mental*, 2(1), 1-19. Recuperado de [http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/caso\\_ansiedad\\_asertividad.pdf](http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/caso_ansiedad_asertividad.pdf)

Franco, N., Pérez, M., & Dios, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista De Psicología Clínica Con Niños Y Adolescentes*, 1(2), 149-

156. Recuperado de [http://www.revistapcna.com/sites/default/files/6-rpcna\\_vol.2.pdf](http://www.revistapcna.com/sites/default/files/6-rpcna_vol.2.pdf)

García, P., López-Ibor, J., & Magaritos, M. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10*. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana.

Gonzales, T., & Pompa, E. (2011). Disminución de la ansiedad y el índice de masa corporal en los niños con sobrepeso y obesidad después de un tratamiento multidisciplinario. *Universidad Autónoma De Nuevo León. México*, 17(2/3), 211-219. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=43ff05d2-8787-433b-9479-7e57cf7db056%40sessionmgr120&vid=8&hid=124>

Heinze, G., & Camacho, P. (2010). *Guía Clínica para el manejo de la Ansiedad*. México: Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales.

Hernández, L., Bermúdez, G., Spence, H., Gonzales, M., Marines, J., Aguilar, J., & Gallegos, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana De Psicología*, 42(1), 13-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880002>

Hernández-Guzmán, L., Benjet, C., Andar, M., Bermúdez, G. & Gil Bernal, F. (2010). Guía clínica para el tratamiento psicológico de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. *Guías Clínicas para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes*.

- Iyaca, E. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños psienia. *Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*, 2(1), 1-1. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3331/333127086012.pdf>
- Keegan, E. (2007). La Ansiedad Generalizada como Fenómeno: Criterios Diagnósticos y Concepción Psicopatológica. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, XVI(1), 49-55. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832006>
- Ledo, I., González, H., & Barroso, A. (2012). Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Norte De Salud Mental*, (43), 30-36. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3969924>
- Llort, S. (2015). *Psicodiagnosis: Psicología infantil y juvenil*. *Psicodiagnosis.es*. recuperado el 23 septiembre 2015, de <http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/tecnicasdeintervencion/entrenamientoenautoinstrucciones/index.php>
- Londo, N., Marin, C., Juarez, F., Palacio, J., Muñiz, O., & Escobar, B. et al. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134215244005>
- López, J. (2006). Psicopatologías en la Grecia antigua a través de sus mitos. *Revista Semestral de Filosofía Práctica*, 9(17), 185-205. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/19105/2/interdis.pdf>

- López-Ibor, J. & Valdés, M. (2002). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Martínez M., Inglés C., Cano A., y García J. (2012), 201-219 *Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de lang 18(2-3)*, recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e90b2b8a-c3ec-4b9b-83c8-41d0ebf209a9%40sessionmgr198&vid=4&hid=125>
- Mathews, R., & Murphy, K. (2010). *Evidence-based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders: A Literature Review* (3rd ed.). the Australian Psychological Society Ltd.
- Meana, R., Méndez, J., & Alarcón, A. (2012). Terapia Psicoanalítica. Estrategia para la Formación Práctica Universitaria y la Investigación Clínica. *Clín. Contemp.*, 3(1), 35-61. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2012a3>
- Medina, J. (2011). *Alabando la Psiquiatría: Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. *Noticiaspsiquiatria.blogspot.mx*. Consultado el 07 de enero 2016, de <http://noticiaspsiquiatria.blogspot.mx/2011/11/trastornos-de-ansiedad-en-la-infancia-y.html>
- Miguel, A. (2015). *A nivel psicologico: Autoinstrucciones Y Autoafirmaciones*. *Psicologia-online.com*. Obtenido el 23 septiembre del 2015, de <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/estres-ansiedad/autoinstrucciones.html>

Miralles, F., & Sanz, M. (2011). *Cómo enfrentarse con éxito a exámenes y oposiciones*. Madrid: Pirámide.

Moreno, J. (2010). Categorías esenciales para comprender la existencia del ser humano y sus transformaciones en la psicología humanista existencial. *El Ágora USB*, 10(1), 2. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642088>

Morilla, S., Bados, A., & Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario De Psicología*, 42(2), 245-258. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97026840008>

Morilla, S., Bados, A., & Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario De Psicología*, 42(2), 245-258. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97026840008>

Nussbaum, A. M. (2013). *The Pocket Guide to the DSM-5 Diagnostic Exam* (5th ed.). American Psychiatric Pub.

Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J., Carballo, J., & Piqueras, J. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental*, 5(2), 115-120. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>

Padilla, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista De Psicología Clínica Con*

*Niños Y Adolescentes*, 1(2), 157-163. Recuperado de [http://www.revistapcna.com/sites/default/files/7-rpcna\\_vol.2.pdf](http://www.revistapcna.com/sites/default/files/7-rpcna_vol.2.pdf)

Payne, R. (1996). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Paidotribo.

Phillips, K., First, M., & Pincus, H. (2003). *Advancing DSM*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Piaget, J. (1981). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Seix Barral.

Pinto, J. (2014). Posibilidades de Combinación del Modelo Cognitivo-Conductual y el Psicoanalítico en el Tratamiento de la Ansiedad. *Clín. Contemp.*, 5(2), 137-147. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2014a10>

Ramalho, A. (2009). Lamego, futura cidade humanista, segundo Salvador Fernandes. *BEC*, 52, 81-82. [http://dx.doi.org/10.14195/0872-2110\\_52\\_11](http://dx.doi.org/10.14195/0872-2110_52_11)

Ramírez, M., & Guajardo, E. (2011). Disminución de la ansiedad y el índice de masa corporal en niños con sobrepeso y obesidad, después de un tratamiento multidisciplinario. *Ansiedad y Estrés*, 17(2), 211-219. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3750777>

Rodríguez-Sacristán, J. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Sanabria, A., & Uribe Rodríguez, A. (2010). Factores psicosociales de riesgo asociados a conductas problemáticas en jóvenes infractores y no infractores. *Divers.: Perspect. Psicol.*, 6(2), 257. <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2010.0002.04>

- Sánchez, P., & Viveros, S. (2008). *Psicología clínica*. Mexico, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Sanz, R., Miguel, J., & Casado, M. (2011). Sesgos de Memoria en los Trastornos de Ansiedad. *Clínica Y Salud*, 22(2), 187-197. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000200007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000200007&script=sci_arttext)
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>
- Segarra, G., Farriols, N., Palma, C., Segura, J., & Castel, R. (2011). Tratamiento psicológico grupal para los trastornos de ansiedad en el ámbito de la salud pública. (Spanish). *Ansiedad y Estrés*, 17(2/3), 185–197. Recuperado de <http://www.ansiedadystres.org/content/vol-172-3-pp-185-197-2011>
- Sierra, J., Zubeidat, I., & Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal Estar E Subjetividade*, 6(2), 472-517. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482006000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200010)
- Soutullo, C. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Steele, R., Elkin, T., & Roberts, M. (2008). *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents*. New York, NY: Springer.



Stewart, R., & Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 77(4), 595-606. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016032>

Técnicas de relajación y desarrollo personal,. (2014). *Hoja de autorregistro para la reestructuración cognitiva*. Recuperado 24 Septiembre 2015, de <https://turelajacion.wordpress.com/2014/07/09/hoja-de-autorregistro-para-la-reestructuracion-cognitiva/>

Tomas, U. (2015). *La técnica terapéutica del Role-playing*. *El psicoasesor.com*. Recuperado 23 Septiembre 2015, de <http://elpsicoasesor.com/la-tecnica-terapeutica-del-role-playing/>

Trastorno de Ansiedad Generalizada: cuando no se pueden controlar las preocupaciones. (n.d.). Recuperado Julio 23, 2015, de [http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new/Trastorno\\_de\\_ansiedad\\_generalizada\\_Cuando\\_no\\_se\\_pueden\\_controlar\\_las\\_preocupaciones\\_150382.pdf](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new/Trastorno_de_ansiedad_generalizada_Cuando_no_se_pueden_controlar_las_preocupaciones_150382.pdf)

Uchicagokidshospital.org,. (2015). *Trastorno de Ansiedad Generalizado - University of Chicago Medicine Comer Children's Hospital*. Recuperado 24 Septiembre 2015, de <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S04705>

Valladolid, G. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a lo largo de la historia. *Psiquiatria.Com*, 4(3). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/view/56>  
3/

## ANEXO 1

### Propuesta de intervención “Ayudemos a angustias”

#### Justificación

El Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños es un problema importante de atender, por las diferentes cuestiones sintomáticas que acontecen en la patología, las manifestaciones cognitivas y conductuales en el infante que llegan a ser una problemática perturbadora, debido a ser confusas en la temprana edad que padecen el TAG, esto se debe a que no tiene una capacidad de poder lidiar con los elementos en cuestión por su falta de experiencia, por lo que este trabajo se centra en crear una herramienta, capaz de ayudar a los profesionales.

El propósito de la intervención es restaurar la funcionalidad en niños con TAG, a partir de las dinámicas establecidas firmemente centradas en la teoría cognitiva conductual, dinámicas que permiten una restauración del sujeto a niveles óptimos en su calidad de vida, por lo que la propuesta de intervención la nombramos “Ayudemos a angustias” con el fin de dar un apoyo a niños en el transcurso de las sesiones.

## **Objetivos**

### **General**

- Diseñar una propuesta de intervención psicológica dirigida a niños con TAG.

### **Específicos**

- Determinar el número y duración de las sesiones
- Establecer las técnicas de intervención
- Desarrollar la carta descriptiva de la intervención

## **Programa de intervención para niños con TAG “Ayudemos a angustias”**

El programa “Ayudemos a angustias” está dirigido a niños con edades de 6 a 12 años, esto apoyado dentro de la teoría Piagetiana, por ser un rango de edad en el que ya son capaces de realizar operaciones concretas. El programa está dirigido a niños que ya han sido diagnosticados con TAG, por lo que la entrevista que se realiza en la primera sesión será dirigida a realizar preguntas que respalden el diagnóstico.

### **Objetivos del programa:**

- Entrevista con niño y familia.
- Proporcionar información respecto al TAG que permita que el paciente identificar situaciones de riesgo experimentando ansiedad.
- Entrenar al paciente y familiares, instruyendo en la técnica de relajación que le permita el manejo de los síntomas somáticos de ansiedad.
- Enseñar al paciente a respirar correctamente para aplicarlo junto con la relajación y evocar una relajación más placentera.
- Auto instruirse indicaciones que permitan una restablecer condiciones físicas, conductuales y cognitivas alteradas por el TAG.
- Identificar y aplicar la dinámica de R.C. en situaciones que ya conoce.
- Identificar y aplicar la dinámica de R.C. en situaciones nuevas.

### **Escenario**

El escenario para la aplicación de la intervención debe contar con adecuadas condiciones de espacio, con ambiente agradable y cómodo, libre de distractores que dificulten una atención plena de las actividades que se lleven a cabo, este

lugar de uso explícitamente clínico deberá contar con adecuada iluminación y ventilación para facilitar al sujeto permanecer alerta (Sánchez & Viveros, 2008).

## **Materiales**

Los materiales programados se eligieron para la utilización en la intervención de niños en distintas sesiones y en su caso a padres con el propósito de la psicoeducación.

Se utilizarán los materiales correspondientes dependiendo de las sesiones que amerite los distintos recursos.

Tabla 5

*Lista de materiales que se utilizarán en las sesiones necesarias.*

| Materiales | Definición   | Objetivo      |
|------------|--|---------------|
| Tarjetas   | El contenido de las tarjetas son instrucciones de autoeficacia, para situaciones que necesiten un apoyo en el afrontamiento del TAG. | Auto eficacia |
| Folleto    | Instrumento de divulgación y psicoeducación del TAG.   |               |

**Nota:** el cuadro explica los materiales que se utilizan en las distintas sesiones terapéuticas.

## **Evaluación**

En el momento de la evaluación se recomienda que los niños se encuentren relajados y tranquilos, las pruebas no deben de ser aplicadas en lapsos en los que esperen realizar otras actividades (jugar o comer), tampoco se recomienda aplicar en lugares agradables y emocionantes.

Respecto a la duración de la evaluación, ésta no debe exceder los 60 minutos, ya que les puede parecer fastidioso, por lo que ejercerá una concentración y esfuerzo mayor. En la Tabla 6 se indica la prueba recomendada para apoyo al diagnóstico.

Toda instrucción debe de ser clara, concisa y precisa, toda la parte de evaluación debe de ser bajo consentimiento de la persona evaluada, en nuestro caso se debe de pedir consentimiento a los tutores a cargo del niño, mas sin embargo si el sujeto se niega a responder alguna prueba no se le deberá de forzar, buscando una alternativa que cumpla con el proceso de evaluación.

Como última recomendación se le avisa al evaluador que, si logra establecer un rapport que contenga un vínculo de respeto, no se preocupara por que el examinado sobrepase las reglas establecidas.

Tabla 6

*Prueba utilizada en ayuda al diagnóstico de ansiedad*

| Prueba  | Validez   |
|---|---|
| Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997). | Está compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad con cuatro opciones tipo Likert<br><br>Alcanzó una correlación de .70 ( $p < .000$ ) con la calificación total del ITA-UNAM (Hernández-Guzmán et al., 2003). |

**Nota:** Hernández Guzmán, L., Bermúdez Ornelas, G., Spence, S., González Montesinos, M., Martínez Guerrero, J., Aguilar Villalobos, J., & Gallegos Guajardo, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana De Psicología*, 42(1), 13-24.

### **Estrategia “Ayudemos a Angustias”**

Las siguientes estrategias se dividen por sesiones que tienen como objetivo guiar en la instancia terapéutica el tratamiento del TAG, por lo que se realizara en 10 sesiones con tiempos distintos en cada una.

Sesión 1, Entrevista.

Se realiza la entrevista familiar de apertura, estableciendo rapport con el infante, hallar el motivo de consulta y objetivos, alteración principal en el infante, buscando los distintos detonantes de la conducta que se desea modificar y causas por las cuales se tienen que modificar.



Por lo que la entrevista puede estar relacionada con el rendimiento y la competencia en la escuela o deporte, inclusive cuando no están siendo evaluados en su desempeño, la puntualidad puede ser medio de preocupación excesiva, o los fenómenos catastróficos como terremotos o la guerra mundial.

Los niños que manifiestan pueden tornarse conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismo e inclinados a repetir sus trabajos por una excesiva preocupación, persiguen la aprobación de los demás, necesitan asegurar de manera excesiva su calidad de su rendimiento (por parte de sus preocupaciones), puede trasladarse de objeto o de una situación a otra, dentro de las recomendaciones. Es importante hacer notar que sus comportamientos afectan a su entorno, por sus preocupaciones.

Se recomienda que cuando se trate de afirmar el trastorno de ansiedad generalizada en niños se entreviste de primera instancia a los padres, por lo que las preguntas referidas al encontrar rasgos del TAG.

## Sesión 2, Psicoeducación.

La sesión se enfoca en la psicoeducación brindando información del TAG, el objetivo es que el paciente logre comprender las situaciones de ansiedad, los cuales muestren un riesgo en su vida y que sentimientos tiene el, en cada una de

ellas, por lo que el folleto brindado muestra a angustias (personaje ficticio) y como es que padece el TAG.

Se le da la tarea de leer el contenido brindado por el terapeuta, anexo 2.

Sesión 3, Relajación por visualización.

La relajación por visualización tiene el objetivo de crear un panorama imaginativo que exprese una relajación fisiológica o mental, brindando calma y tranquilidad.

Para que la visualización sea efectiva, el paciente debe de estar en un estado de relajación, esto con el fin de que la relajación sea una precondición, así la visualización tomara un efecto positivo, la visualización consiste en crear imágenes de forma mental, estas pueden ser agradables o desagradables. De ser agradables crearan la sensación de calma, de ser desagradables causara inquietud, el efecto de la visualización es la distracción del pensamiento que le generen ansiedad (es importante tener una referencia de la imagen que describe el paciente con el fin de fortalecer su imagen relajante, véase en anexo 2).

Se invita al paciente junto con su familia a practicar una hora diaria las dinámicas de relajación hasta la próxima consulta.

#### Sesión 4, Respiración diafragmática.

Enseñar a la persona con apoyo de instrucciones el circular el aire, la vía de acceso fisiológico es por las fosas nasales, teniendo una exhalación por la boca.

El material de apoyo brinda una tabla que en conjunto de su respiración brindan los tiempos necesarios para conseguir una respiración adecuada, anexo 3.

#### Sesión 5, Auto instrucciones.

Las auto-instrucciones tienen el objetivo de reducir la ansiedad en el niño, estas deben de ser concretas y significativas, las frases son adaptables en contextos que se necesite un apoyo para afrontar situaciones de riesgo, las autoinstrucciones deben de ser redactadas por la persona que lo necesite, (en el principio de la dinámica se ocupan tarjetas de apoyo, las tarjetas contienen frases de ayuda en el afrontamiento de situaciones que deberá decir si es necesario en voz alta), el proceso consta de tres pasos, antes, durante y después.

El antes deriva de la situación a afrontar, tener un plan que provoque iniciativa ante el evento de intensa ansiedad, (Me voy a relajar, no me voy a poner nervioso, por lo menos lo voy a intentar) induciendo seguridad en el paciente.

En el proceso de afrontamiento las personas deben guiarse por las oraciones que se auto instruyen durante el evento que genera ansiedad, con el objetivo de superar algún obstáculo que impida la conducta deseada (puedo hacerlo, lo estoy logrando, no va a pasar nada, no voy a perder el control, etc.).

Después de haber conseguido el objetivo, si se lo permite las auto instrucciones, se debe decir a si mismo frases que ayuden a valorar el logro obtenido reforzando la conducta, (lo conseguí, he controlado la situación, la próxima vez lo haré mejor).

Las auto instrucciones provocan autoeficacia, de esta forma se puede mentalizar a sí mismos la idea de poder realizar las cosas y objetivos.

Sesión 6 y 7, Restructuración cognitiva dirigida al paciente.

La restructuración cognitiva dirigida a niños puede ser más sencilla que en los adultos, la idea principal es tomada de la *“Guía clínica para el tratamiento psicológico de los trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes”*, ya que en esta guía explica el contenido de la restructuración en infantes adecuadamente.

Toda explicación de la ansiedad debe consistir en una definición adecuada a su comprensión y edad. Una vez que el niño pueda identificar claramente los

pensamientos negativos que le provocan emociones negativas, se debe de aplicar la dinámica de “alto y pienso”, esta dinámica consiste en que cada vez que el niño presente un pensamiento negativo, se le enseña a adecuadamente a decir “alto y pienso”, “alto” para el infante significara que ya sabe que está pensando en algo negativo y “pienso” será el poder modificar el pensamiento.

Esto se trabaja junto con una lista de pensamientos agradables que le hagan sentir bien al niño, se le brindan herramientas para detener pensamientos negativos y también a evocar un pensamiento agradable.

Se deja de tarea que realice la oración y su implicación de “alto y pienso” en momentos de ansiedad, traer en una hoja las veces que tuvo que aplicar la dinámica de “alto y pienso” en conjunto con sus padres.

Sesión 8, Síntesis.

Se realiza una síntesis de lo sucedido en las sesiones, creando una retroalimentación que permita ofrecer argumentos que ayuden tanto a terapeuta y paciente, verificar que se realizaron los objetivos planeados dentro de la instancia terapéutica.

Se realiza una última revisión de las estrategias aprendidas al terapeuta y se invita al paciente seguir practicando las técnicas en su vida diaria.

Plan de prevención de recaída.

Se menciona que, de haber una posible recaída, lo más recomendable es aplicar las estrategias aprendidas, de no funcionar regresar a una sesión que retome lo aprendido. Se entrega un reporte final con los objetivos logrados en las sesiones en conjunto con un plan de recaída e intervención.

Por lo que la carta deberá contener las características de las distintas dinámicas y el cómo retomar lo trabajado durante las sesiones del proceso psicológico.

### **Carta descriptiva**

La carta descriptiva tiene la función de crear una serie de estrategias y dinámicas con el objetivo de desarrollar habilidades para las personas que lo necesitan, también es una guía para el terapeuta (en ese caso) o facilitador, la siguiente tabla muestra el número de sesiones, junto con los objetivos para realizar las técnicas necesarias.

Tabla 7  
 Carta descriptiva de "Ayudemos a Angustias" (Trastorno de Ansiedad Generalizada).

| Sesión | Duración | Objetivo   | Técnica   | Material                                   | Criterios de evaluación   |
|--------|----------|--|---|--|---|
| 1      | 50 min.  | Entrevista con niño y familia.   | Entrevista.   |  | Obtener los factores de riesgo.   |
| 2      | 50 min.  | Proporcionar información respecto al TAG que permita que el paciente identifique situaciones de riesgo experimentando ansiedad.      | Psicoeducación acerca del trastorno para ayudar a identificar los pensamientos estresantes.                                 | Folleto educativo con información del TAG. | Comprensión del TAG Identificación de los factores del TAG.                         |
| 3      | 60 min.  | Entrenar al paciente y familiares, instruyendo técnica de relajación que le permita el manejo de los síntomas somáticos de ansiedad. | Relajación por visualización, provocar imágenes relajantes distractores de la ansiedad (Payne, 2005)                        | Imágenes relajantes                        | Disminuir ansiedad.   |
| 4      | 60 min.  | Enseñar al paciente a respirar correctamente para aplicarlo junto con la relajación y evocar una relajación más placentera.          | Respiración diafragmática   | Tabla de guía                              | Respirar adecuadamente  |
| 5      | 60 min.  | Auto instruirse indicaciones que permitan una restablecer condiciones físicas, conductuales y cognitivas alteradas por el TAG.       | Auto instrucciones, indicaciones que ayuden a superar algún evento estresante (Miguel, 2015)                                | Tarjetas                                   | Que pueda replicar las dinámicas enseñadas en la sesión                             |
| 6      | 60 min.  | Identificar y aplicar la dinámica de R.C. en situaciones que ya conoce.  | Reestructuración cognitiva, alto y pienso.  |  | Que logre modificar el pensamiento que le provoca ansiedad.                         |
| 7      | 60 min.  | Identificar y aplicar la dinámica de R.C. en situaciones nuevas.   | Reestructuración cognitiva, alto y pienso.  |  | Que logre identificar en situaciones personales las ideas que le provocan ansiedad. |
| 8      | 60 min.  | Revisión de las estrategias aprendidas e invitación para practicar las habilidades de afrontamiento en la vida diaria.               | Revisión de los conocimientos adquiridos en el proceso terapéutico.<br><br>Retroalimentación<br><br>Reporte final.          |  | Cuestionario  |
|        |          | Plan de recaída.   | Revisión de los elementos que provocan de nuevo ansiedad y aplicar las dinámicas aprendidas para poder afrontar la ansiedad | Videos y folletos                          | Identificar los elementos que le provocan ansiedad.                                 |

**Nota:** la tabla muestra las diferentes dinámicas y actividades por realizar en las sesiones terapéuticas, por lo que cada sesión constará de un objetivo específico, cada sesión utilizará materiales y técnicas correspondientes con un criterio de evaluación, para dar a conocer resultados y avances.

## **Ansiedad Generalizada**

Angustias puede distinguir este padecimiento por la presencia de preocupaciones excesiva, como generar en su pensamiento situaciones catastróficas desde lo simple como llegar tarde a la escuela, a que se incendie la misma. Estas preocupaciones se consideran exageradas al ocupan mucho tiempo en su mente, causándole malestar en su vida.

El personaje principal de la historieta se llama angustias, ella es una niña que nos explica como es vivir con TAG, Trastorno de ansiedad generalizada.



Universidad latina

## **Trastorno de ansiedad Generalizada**

¿Que es el trastorno de ansiedad?



Ayudar a recobrar la confianza perdida

Tel.: 55 21 35 61 60



Tengo trastorno de ansiedad generalizada.



Incluso con la medicación, hay días que tengo que esforzarme para salir de la cama.



Y no consigo reunir concentración para realizar mis actividades, por pensar en que podría pasar.

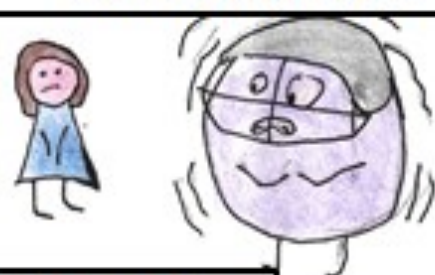


Mi madre me dice cosas.

"Ayer estabas tan contenta y tan tranquila asiste tantas cosas"



Así que lo explicare: ansiedad es un equipo y yo estoy en el equipo contrario.



Su única y exclusiva meta es echarme abajo.



Estoy bastante seguro que los demás hablan de ti a tus espaldas.



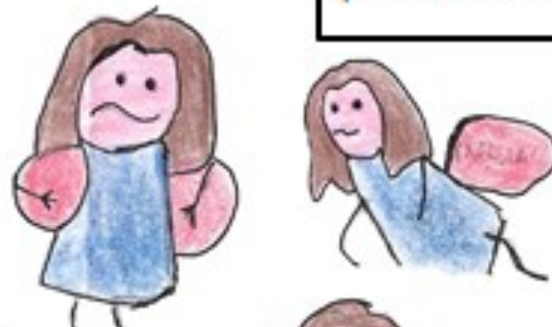
Me ponen nerviosa.



Sin embargo, a veces se va de vacaciones.



Pueden ser unas pocas horas o días.



No sé cuánto tiempo se vaya.



Pero si sé que debo de estar lista para la batalla cuando regrese.

### Anexo 3

Con el dedo índice sigue las líneas con forme a la dirección de las líneas

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| Rojo: | inhalar                 |
| Negro | sostener la respiración |
| Azul  | exhala                  |

