

UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREU” DE LAS VILLAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



MONOGRAFÍA

La ansiedad infantil y la terapia cognitivo-conductual

María Elena Martínez de Ring

Yinet Sosa Saborit

Terianne Pérez Viñals

Edición: Miriam Artilés Castro

Corrección: Liset Manso Salcerio

María Elena Martínez de Ring, Yinet Sosa Saborit, Terianne Pérez Viñals, 2019

Editorial Feijóo, 2019

ISBN: 978-959-312-364-8

Arbitrada por pares académicos



Editorial Samuel Feijóo, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Carretera a Camajuaní, km 5 ½, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. CP 54830

“No todo lo que se enfrenta puede ser cambiado; pero nada puede ser cambiado hasta que es enfrentado”.

James Baldwin

ÍNDICE

Introducción / 5

Desarrollo / 9

1. Formas de manifestarse la ansiedad / 10

2. Formas clínicas de los trastornos por ansiedad / 16

3. Prevalencia de la ansiedad clínica infantil / 29

4. Terapia cognitivo-conductual / 32

Conclusiones / 48

Bibliografía / 50

INTRODUCCIÓN

El comportamiento del ser humano se puede ilustrar como un triángulo de interconexiones entre la mente y la operativización de los pensamientos, el cuerpo y la psicobiología como base del comportamiento, y el medio ambiente. Cada estructura es influenciada por las relaciones que establecemos con los demás. El modo en que un ser humano se siente respecto a sí mismo puede ser el resultado de la red de interconexiones e intersecciones psicofisiológica, social y del medio ambiente. Por tanto, es importante hablar de los medios de comunicación, las redes sociales a Internet. Según la antropología de la tecnología, las nuevas generaciones que han crecido con acceso a celulares y a Internet van a tener efecto a un nivel histórico en cómo opera la sociedad. Esta cultura de la tecnología ya está afectando al ser humano, es de manejo popular e igualmente está en el vocabulario profesional. El decir que la mente humana (especialmente la de los niños) no está preparada para la información a la que se está expuesto con el clic de una tecla de la computadora. Este paradigma antropológico explica cómo la persona y las influencias de la sociedad actual están afectando de forma directa e indirecta en el desarrollo de las patologías. Asimismo, tienen influencia en la formación de la niñez y su capacidad de manejar sus emociones con la introducción de nuevos factores de estrés.

La tecnología ha dado un gran aporte positivo al desarrollo de la sociedad actual, aunque también ha traído consigo los aportes negativos. El ser humano con el poder de la creación y utilización de la tecnología ha creado nuevos problemas sociales que hoy se multiplican. Las necesidades del ser humano que giran alrededor de la supervivencia constituyen la demanda que constantemente crea nuevas necesidades. “L. S. Vigotsky elaboró una concepción histórico-

cultural del desarrollo de la psiquis, afirmaba que el papel decisivo en la formación de las funciones psíquicas superiores (...) lo cumplen los medios auxiliares o símbolos creados por la propia humanidad en el transcurso de su desarrollo histórico” (Lomov, 1989, p. 101).

Al mismo tiempo, desde una cosmovisión integradora de interacción biopsicosocial cada persona subjetiviza, experimenta emociones y regula su comportamiento en función de sus características personológicas, sus necesidades, motivaciones, creencias, capacidades, carácter, intereses, edad, presión social, familiar y/o grupal, es decir, la situación social de desarrollo en que se encuentra inmerso. Por tanto, como ser biopsicosocial activo, cada individuo, sin dejar de tener en cuenta la unidad indisoluble de lo cognitivo y afectivo, experimenta, subjetivamente, una amplia gama de emociones que pueden constituir señales de alarmas adaptativas o desadaptativas, favorables o desfavorables que influyen positiva o negativamente en la regulación comportamental de cada individuo.

La psiquiatra Ana María Ruiz Sancho en su libro. *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia* expone que sentimientos tales como el miedo, la ansiedad, la tristeza ocurren de forma normal en algún momento del desarrollo. Sus causas, la forma en que se manifiestan y sus funciones adaptativas cambian conforme el niño crece y pasa de la infancia a la adolescencia. En su forma mórbida o patológica constituye, en muchos casos, una forma extrema de presentación de los miedos o vivencias normales en la infancia y, por tanto, la forma en la que se presentan los trastornos de ansiedad o afectivos están determinados por el momento del desarrollo en el que aparecen (2005).

El trastorno de la ansiedad es el miedo no real que interfiere con el funcionamiento adaptativo. Hay diferentes definiciones que surgen de los estudios e investigaciones sobre la ansiedad, de las cuales se citarán algunas a continuación.

“(…) El entendimiento neurocientífico sobre los desórdenes de ansiedad ha surgido solamente en las últimas décadas, resultado de los afortunados descubrimientos farmacológicos y las investigaciones psicobiológicas sobre el sistema de respuesta de estrés” (Pennington, 2002, p. 125). El estrés y la ansiedad pueden provocar en los mastocitos la liberación de histamina y leucotrienos que estimulan el nervio vago, el cual se conecta con la musculatura de las vías respiratorias causando contracción y estrechamiento de los bronquios. Los trastornos psicofisiológicos se caracterizan por la existencia de síntomas físicos o distinciones en varios órganos del cuerpo estructuralmente relacionados con factores psicológicos, los cuales tienden a envolver en su campo de acción el sistema nervioso autónomo y somático. Los síntomas de los trastornos psicofisiológicos son más frecuentemente similares a los que se dan estrictamente orgánicos, influyendo factores ambientales y genéticos.

La ansiedad puede ser vivenciada transitoriamente. En el caso de una persona con trastorno de personalidad puede sufrir ansiedades extremas y en todos los ámbitos de su vida. Contrario a lo que se puede creer, la ansiedad puede ser severa y no necesariamente la intensidad es proporcional a la cantidad y gravedad de las heridas psicológicas sufridas durante la infancia.

La ansiedad como respuesta de alarma ante una situación de peligro se convierte en un factor protector para la persona, pero si no existe un peligro eminente entonces el organismo se activa de forma innecesaria e interfiere de forma negativa en la calidad de vida de la persona.

Por su parte el término ansiedad pudiera entenderse como una emoción normal, como sistema de advertencia, de alerta ante un peligro inminente o puede llegarse a una manifestación mórbida. Tomando en cuenta su manifestación como síndrome o entidad nosológica, según Guerra (1997) ofrece

Una definición operativa de ansiedad clínica infantil como: el estado psíquico con manifestaciones de síntomas emocionales, neurovegetativos, motores, vinculares y

cognoscitivos, con predominio de los primeros, no secundarios a otra enfermedad y con una evolución progresiva, dinámica de los mismos, con tendencia a la estructuración en la medida que no se atiende al menor, limitando temporalmente el eficaz desenvolvimiento del niño al menos en dos contextos de interacción social y se expresa con determinada intensidad al menos durante un año en correspondencia con la influencia de factores psicopatógenos negativos en la esfera familiar, escolar o comunitaria. (pp. 122-123)

DESARROLLO

En los trastornos por ansiedad prima el síndrome afectivo-ansioso, aunque pueden aparecer otros. En el origen de los trastornos de ansiedad desempeñan un papel importante, por un lado, los acontecimientos estresantes como el divorcio de los padres en los períodos críticos de la infancia y, por otro, el estilo educativo de los padres con los hijos. Asimismo se evidencia una estrecha relación entre la ansiedad materna, la sobreprotección de los hijos y las respuestas de ansiedad por parte de estos. El temperamento del niño desempeña también un papel importante y refleja la predisposición hereditaria general.

Vigotsky concibe la zona de desarrollo próximo como aquella área donde se debe instruir u orientar de manera más sensible, puesto que permite al niño desarrollar habilidades que van a ser la base para el desarrollo de las funciones mentales superiores. Vigotsky creía que el lenguaje se desarrolla a partir de las interacciones sociales, para fines de comunicación, él consideraba que el lenguaje es la mayor herramienta del hombre, un medio para comunicarse con el mundo exterior.

De acuerdo con Vigotsky, el lenguaje juega un papel crítico en dos aspectos esenciales del desarrollo cognitivo siendo el principal medio por el cual los adultos le transmiten información a los niños. El lenguaje en sí mismo se convierte en una herramienta muy poderosa de adaptación intelectual. Por tanto, es muy importante la interacción dinámica que se da a temprana edad entre el niño/a con la familia, la escuela y el medio ambiente en el cual se desarrolla y recibe la influencia de los adultos en el moldeamiento del comportamiento.

Los niños ansiosos tienden a responsabilizarse excesivamente de los fracasos, experimentan dificultades para generar alternativas de actuación y discriminar las que son efectivas de las que

no lo son y, por último, suelen ser lentos en la toma de decisiones. La atención excesiva del niño a sus propias reacciones y a sus propios pensamientos contribuye a desarrollar y mantener la ansiedad.

Tobal afirma que:

Las respuestas de ansiedad pueden ser causadas tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos del sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones (Tobal, 1990, p. 310).

Partiendo de la afirmación de Tobal se da importancia a la dinámica intrínseca entre la persona y el medio ambiente que son únicos e irrepetibles en cuanto a las características psicológicas individuales y donde el sujeto se expresa conductualmente respecto a la interpretación subjetiva que realiza de la vivencia desagradable experimentada, manifestando estados ansiosos ante la situación dada y/o exacerbando sus rasgos psicológicos de ansiedad que pudiera implicar estados de aprehensión, inquietud, zozobra y expectación entre otras manifestaciones.

1. Formas de manifestarse la ansiedad

En cuanto a otras investigaciones, en los trabajos realizados por el inglés H. Eysenck (1916-1997) se considera la diferencia entre ansiedad rasgo y estado. Igualmente, otros autores que han aportado al análisis de la ansiedad son: Ch. Spielberger, R. Lazarus, en Estados Unidos,

A. Sviadosh en la antigua URSS, W. Mayer Gross y H. Eysenck en Inglaterra, H. Ey en Francia y R. Díaz Guerrero en México.

En la literatura están bien definidas y determinadas las diferentes formas de manifestarse la ansiedad clínica lo que favorece y facilita al diagnóstico clínico. Castellanos, Martínez y Grau (1986) afirman:

La ansiedad personal (como rasgo). Característica relativamente estable y al mismo tiempo dinámica, que da idea de la predisposición del hombre a la percepción de un amplio círculo de situaciones amenazantes y la reacción ante ella con estados de ansiedad que se activan en un momento determinado, de diferentes niveles de expresión, revelándose ante todo como disposición, como una propiedad individual de la personalidad, ella depende no tanto de las características o situaciones desfavorables estresantes, como de la esfera motivacional de la personalidad. Es una característica individual de la personalidad, es inherente a personas que tienden a reacciones muy rápidas y dan la sensación de nerviosismo. Está relacionada con particularidades del temperamento como la movilidad.

Determinar el tipo y el grado de ansiedad personal facilita entender cómo los pacientes interpretan determinadas situaciones como amenazantes y la velocidad de patologización de las reacciones emocionales en función de la autorregulación personal y los afrontamientos.

Estos autores también determinan las formas de manifestarse la ansiedad personal (como rasgo).

La ansiedad personal inespecífica se caracteriza por un desarrollo relativamente estable de la personalidad, concepciones del mundo amplias y flexibles, orientadas hacia el futuro. Los sujetos tienden a reaccionar con ansiedad ante una amplia gama de situaciones potencialmente ansiógenas, por su significado social, con rasgos de inmadurez, inadecuación de la autovaloración, reducido círculo de intereses e insuficientes mecanismos de autocompensación. (Castellanos *et al.*, 1986)

La ansiedad personal específica se expresa en el sujeto como una tendencia a reaccionar con ansiedad ante un reducido círculo de situaciones que se perciben como amenazantes, a partir de su experiencia vital y la posibilidad de mantener un relativo confort emocional ante otras situaciones que por su significación social podrían evaluarse como potencialmente ansiógenas (Castellanos *et al.*, 1986).

En relación con la ansiedad como estado se deben tener en cuenta las reacciones de ansiedad de los individuos ante las vivencias y circunstancias desagradables. Por lo que se hace imprescindible valorar la influencia que ejercen las situaciones estresantes sobre el desarrollo y la realización psicológica de la personalidad ya que afecta sus necesidades fundamentales y estados emocionales pudiendo transitar a un estado patológico de funcionamiento. Grau, 1982 afirma:

La ansiedad como estado. Aquí hay que ver la reacción del individuo en circunstancias anormales de la vida y la reacción ansiosa como estado patológico, típica de un proceso morboso que se manifiesta con determinada estructura e intensidad. Específicamente en el plano patológico se nota la ansiedad a nivel neurótico y la ansiedad a nivel psicótico. Estado emocional reactivo, afectivo/desagradable que incluye como síntomas más importantes de ansiedad, miedo, expectación, sobre-intranquilidad y trastornos neurovegetativos de múltiples formas de manifestación, asociados a condiciones estresantes (específicas o no, pero limitante). Su expresión es muy particular en dependencia de las características personológicas y las diferencias (frecuencia e intensidad) se asocian entre otras variables a la valoración por el sujeto de la situación percibida como amenazante. Se discriminan dos modalidades una no patológica (la

ansiedad situacional) y otra patológica (la ansiedad patológica), teniendo en cuenta los aspectos siguientes: estructura vivencial, caracterización clínica, dinámica del estado, repercusión en los procesos psíquicos y la personalidad y tipo de mecanismo de autorregulación presente.

También se hace necesario evaluar el impacto que ejercen en el tiempo las situaciones amenazantes en la satisfacción o no de las necesidades individuales y se hace importante valorar sus vivencias displacenteras, el tiempo, los síntomas psicológicos y somáticos, la relación de este sujeto con el ambiente que lo rodea y el control e influencia que ejerce.

La ansiedad situacional: estado reactivo temporal (transitorio) que surge ante condiciones específicas no habituales en grado significativo, depende directamente de la valoración por el individuo de la situación concreta percibida como amenazante y se caracteriza por la percepción intensa, pero no estable de los problemas propios y vivencias, por cierta unilateralidad de la manifestación psicofisiológica, por una ausencia de alteraciones estables de los procesos psíquicos y la esfera motivacional. No tiene un verdadero carácter patológico, no siempre conduce a la desorganización de la personalidad. (Grau, 1982)

La ansiedad patológica: estado afectivo desagradable, negativamente matizado, más o menos estable, de compleja estructura en el curso de las vivencias. Un miedo indeterminado y la expectación de un peligro amenazante entran como componentes psicológicos rectores. Este estado se caracteriza ante todo por su objetiva estabilidad, por su alto nivel de intensidad, vivenciado subjetivamente en forma de distorsiones de la autopercepción, con incremento y exageración de las vivencias por el enfermo, por un polimorfismo e inadecuación de las quejas del cuadro interno de la enfermedad y las

valoraciones del enfermo de sí mismo y de lo circundante. También le caracteriza su influencia desestabilizadora sobre los procesos psíquicos y la conducta. (Grau, 1982)

Conocer las diversas formas y el grado de manifestarse la ansiedad en los individuos es de vital importancia ya que ayuda a determinar su diagnóstico en relación con las manifestaciones clínicas que se presentan donde se pueden establecer algunos indicadores de la ansiedad clínica infantil, como los que a continuación se refieren: debe existir evidencia clínica de afectación en el menor (síntomas emocionales, neurovegetativos, motores, vinculares y cognoscitivos), algún daño causado por los síntomas está presente al menos en dos contextos de interacción, perdurabilidad de la sintomatología en un año como mínimo, evaluación dinámica y paulatina hacia la manifestación de un síndrome más estructurado en la medida en que no se atienda al menor y no secundario a otra enfermedad.

La evaluación psicológica de las alteraciones emocionales en los niños es otra temática controvertida, partiendo del cuestionamiento que se le realiza, fundamentalmente por las posibilidades de la capacidad del menor para atender, discriminar entre sus diferentes estados afectivos y por la dificultad que puede tener para él, el cumplimentar un cuestionario, así como la fiabilidad de los datos obtenidos mediante este proceder. (Fernández-Ballesteros, 1992) Los aspectos mencionados justifican por qué esta clase de investigación es extraordinariamente difícil, no solo por su objeto de estudio, sino también por sus métodos.

Si diferenciáramos en el CIE-10 los trastornos de ansiedad en la infancia y los trastornos neuróticos característicos del adulto, fundamentalmente tomamos en cuenta dos aspectos para la diferenciación:

1. Los niños con trastornos de ansiedad llegan a convertirse en adultos normales (solo un mínimo desarrolla trastorno en la adultez); los trastornos neuróticos en adultos aparecen sin antecedentes psicopatológicos.

2. Muchos trastornos de la infancia parecen constituir exageraciones de las tendencias normales del desarrollo, más que fenómenos cualitativamente normales en sí mismo.

A pesar de no existir muchos estudios o bibliografía sobre los trastornos de ansiedad en la infancia en comparación con la existente en los adultos, debido a lo invalidantes que pueden ser dichos trastornos y su posterior consecuencia en la vida adulta, es necesario atender determinados signos de ansiedad visibles en los niños y niñas y que reciban la ayuda profesional adecuada para así mejorar la calidad de vida. Esta es una forma de conducirlos hacia una vida adulta más satisfecha.

El enfoque de este estudio parte del modelo histórico cultural, constituyendo el fundamento teórico metodológico considerado por las/los autores por su gran valor en el análisis.

Para L. S. Vigotsky (1896-1934), la comprensión y el esclarecimiento de los aspectos referidos al desarrollo de la personalidad y la constatación de los indicadores subjetivos en el proceso de autorregulación, deben considerarse a partir del desarrollo del hombre condicionado histórica y socialmente, o sea, lo que definió Vigotsky como “el origen social de las funciones psíquicas superiores, que en su desarrollo podrán bosquejar la vía del desenvolvimiento de la personalidad del niño”. (1987, p. 97)

Desde este paradigma histórico-cultural se aporta la lógica interna del desarrollo personal, introduciendo así conceptos de vital importancia en la comprensión de la subjetividad humana, tales como: situación social de desarrollo, las nuevas formaciones propias de la edad, neoformación, la ley genética fundamental del desarrollo, zona de desarrollo próximo, proceso de interiorización, signo, la unidad entre lo afectivo y lo cognitivo y la vivencia entre las más representativas.

Además, este enfoque nos permite reconocer la relación del desarrollo psíquico del niño con las influencias del medio. De esta manera, asumir el estudio de la personalidad en la etapa

infantil, en el marco de una contextualización histórico-cultural, significa investigar al niño teniendo en cuenta la influencia de una amplia gama de interrelaciones establecidas por el adulto, de las diferentes instituciones como la familia, la escuela, la comunidad, etc. y es precisamente en esta dinámica que se va estructurando su propia subjetividad.

2. Formas clínicas de los trastornos por ansiedad

Comúnmente los trastornos de ansiedad se diagnostican en la etapa de la infancia debido a las conductas desadaptativas y disfuncionales que pudieran expresarse en los sujetos como reacciones de alerta ante situaciones que generan estrés, miedos y son percibidas como peligrosas y amenazantes por estos para su integridad física y/o emocional. “El entendimiento neurocientífico sobre los desórdenes de ansiedad ha surgido solamente en las últimas décadas, resultado de los descubrimientos farmacológicos y las investigaciones psicobiológicas sobre el sistema de respuesta de estrés” (Pennington, 2002, p. 125). Sistema de respuesta que generan reacciones comportamentales, cognitivas y expresiones emocionales incorrectas que evidencian manifestaciones desproporcionadas de ansiedad que de acuerdo con el grado de intensidad y mantenimiento en el tiempo el individuo puede desarrollar algún trastorno del espectro ansioso.

Dentro de los manuales que se consideran para realizar el diagnóstico clínico de los Trastornos de Ansiedad se encuentran el DSM IV y al CIE 10 de gran importancia y utilidad como guía orientadora que facilita la clasificación y diferenciación de disímiles vivencias, manifestaciones y formas clínicas de los trastornos por ansiedad.

Estos clasificatorios coinciden en que los Trastornos de Ansiedad se encuentran dentro de los (F40-F49) correspondientes a los Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Los Trastornos fóbicos (F40.) se expresan fundamentalmente en situaciones bien definidas o frente a objetos externos al enfermo que pueden variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico y son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Por otra parte el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión incluye:

- F40.0 Agorafobia: Temores fóbicos a espacios abiertos, mercados, plazas, multitudes. Situaciones donde es difícil sentirse seguros, refugiarse, escapar. Sentimiento de desprotección. La conducta suele ser variable. Fobia más común y más grave.
- F40.1 Fobias sociales: El miedo gira en torno a la interacción con otras personas. Es el temor a hablar, comer o andar en público. Puede referirse a situación particular o gama de situaciones.
- F40.2 Fobias específicas (aisladas): Restringida a situaciones u objetos particulares. Puede ser enmascarada. Evitación del objeto o situación fóbica. (American Psychiatry Association, 1994).
- F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica: (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F40.9 Trastornos de ansiedad fóbica sin especificación: Incluye fobia sin especificación estado fóbico sin especificar. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).

Dentro de **Otros trastornos de ansiedad (F41.)** la presencia de la ansiedad constituye el principal síntoma, y no se limita a alguna situación específica. En ellos, de forma secundaria, pueden manifestarse otros síntomas como los depresivos u obsesivos, así como algunos elementos de la ansiedad fóbica.

- F41.0 Trastorno de Pánico: Ocurrencia de crisis de ansiedad sobregada recurrente (más de 1 en un mes). No relacionadas con una situación fóbica o un peligro real (o de

carácter delirante), ni ninguna otra situación específica. De inicio brusco (segundos) y duración breve (pocos minutos). Con síntomas de miedo a desvanecerse perder el control de sí mismo, enloquecer, e incluso morir. Existe una “tormenta vegetativa” con palpitaciones, taquicardia, escalofríos y sacudidas musculares. Es causa de gran sufrimiento, impedimento o de preocupaciones acerca de la enfermedad, su naturaleza y sus consecuencias. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10,1992) En el DSM se categoriza como Trastorno de Pánico sin Agorafobia.

Con respecto al trastorno de pánico, el Dr. Cano comentaba: que “un psicólogo no puede curar un trastorno de pánico o un trastorno de estrés postraumático, por poner algún ejemplo, si no conoce a fondo qué son las emociones y en particular qué es la ansiedad” (Cano-Vindel, A. Desórdenes emocionales en Atención primaria.

- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada: Crisis frecuentes y prolongadas (en un lapso no menor a 6 meses), que afectan cualquier área de la vida. La expresión subjetiva es de estar “al límite”. El sujeto suele sentirse injustificadamente presionado. Responde con agresividad o irritabilidad. Refiere frases como: “tiemblo por dentro; me siento como si fuera a recibir una mala noticia”. Hay quejas de memoria: olvidos pequeños o extravíos. Se muestra hiperactivo o inquieto. Su vida es una carrera contra reloj. Las quejas somáticas son múltiples y provenientes de varios sistemas: falta de aire, dolor en el pecho, salto epigástrico, taquicardia, diarreas e hiperhidrosis. Se alteran el sueño y las necesidades alimentarias. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión: Igual intensidad. No permite el diagnóstico de un trastorno específico. Este trastorno no aparece referido en el DSM y sí en el CIE-10.

- F41.3 Otros trastornos de ansiedad mixtos: Mezcla de síntomas ansiosos es una constelación sintomática variada que no cumple criterios para ninguno de los trastornos anteriores. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados: Incluye la ansiedad histérica. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F41.9 Trastornos de ansiedad sin especificación: Incluye a la ansiedad sin especificación. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).

Por su parte respecto a los **Trastornos Obsesivos compulsivos (F42.)** las características que más los distinguen es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos en forma de conductas estereotipadas recurrentes, involuntarias, repulsivas y desagradables porque los pacientes no pueden resistirse a ellas. El tiempo de evolución es de dos o más semanas de síntomas intensos.

- F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos: Toman formas de ideas, imágenes mentales o impulsos de actuar que se acompañan de malestar subjetivo. A veces son ideas banales en torno a una filosófica consideración indecisa de alternativas, que se acompaña de incapacidad para tomar decisiones necesarias en la vida cotidiana. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos): La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa. La conducta manifiesta miedo a ser objeto o motivo de un peligro y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de conjurar ese peligro. Pueden ocupar muchas horas con una marcada incapacidad de decisión y de un enlentecimiento.

Los rituales están menos relacionados con la depresión. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).

- F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos: La mayoría de los enfermos con un trastorno obsesivo-compulsivo presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones y ambos son igualmente intensos. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F42.9 Trastornos obsesivo-compulsivos sin especificación. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).

Las reacciones a estreses graves y trastorno de adaptación. (F43.) Se evidencian sucesos estresantes que son noógenos debido a su intensidad y durabilidad. Se analiza la individualidad del paciente y su valoración personal del suceso. El cuadro tendrá relación obvia con la situación particular. Los síntomas no exceden el tiempo descrito para cada categoría. Al momento de los hechos, el sujeto era sano. La remoción del estresor produce remisión del cuadro clínico.

- F43.0 Trastorno por estrés agudo: Instauración súbita y corta duración. A los 3 días debe mejorar el cuadro. Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente. Gran variabilidad sintomática, incluye un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo

sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10,1992) En el DSM el mejoramiento sintomatológico se establece entre los 2 días-4 semanas.

- F43.1 Trastorno por estrés postraumático: 2 semanas-6 meses después de la exposición al evento traumático de excepcional intensidad. Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10,1992) El DSM: Un mes para que aparezcan los síntomas.
- F43.2 Trastorno de adaptación: Las manifestaciones clínicas son muy variadas incluye humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El trastorno se instaura a los 30-90 días de ocurrido el cambio biográfico. No debe mantenerse más allá de 6 meses si se suprime el estresor. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992) El DSM: exige 3 meses.
- F43.8 Otras reacciones a estrés grave. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F42.9 Reacción a estrés grave sin especificación. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).

Los Trastornos disociativos o de conversión (F4.4) Pueden parecerse a cualquier trastorno somático o mental. Hay afectación de la conciencia. Disfunciones motoras o sensoriales que afectan órganos inervados por el sistema nervioso. No son simulados. Ausencia de un trastorno somático.

- F44.0 Amnesia disociativa: Pérdida de memoria sobre acontecimientos desagradables. El olvido puede ser completo o circunscribirse a aspectos más dolorosos. Se acompaña de ansiedad y/o depresión. (Pautas compatibles con CIE-10 y DSM).
- F44.1 Fuga disociativa: Alejamientos súbitos e impredecibles. Hiperpermnesia o amnesia del pasado. Sentido confuso de la identidad personal. Normalmente no se recuerda con claridad el período de fuga. (Pautas compatibles con CIE-10 y DSM).
- F44.2 Estupor disociativo: Se ubican aquí aquellos cuadros disociativos donde prime el estrechamiento de conciencia y el estado evidente de estupor. El paciente difícilmente coopera. (Pautas compatibles con CIE-10 y DSM).
- F44.3 Trastorno de trance y posesión: Se codificará cuando resulte una conducta aislada y resulte extraña para el contexto donde se produce. Se codificará, además, hasta que se constate la presencia de algún trastorno psicótico (alucinaciones). El DSM no lo contempla.

F44.4-F44.7 Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y la sensibilidad: Agrupa los antes llamados síntomas de conversión. Caracterizados por la pérdida o distorsión total o parcial de alguna modalidad sensorial o de las funciones de algún grupo muscular. Estos síntomas dominan el cuadro clínico. Los exámenes neurológicos no explican ni fundamentan el cuadro. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).

- F44.4 Trastorno disociativo de la motilidad: Trastornos disociativos de los movimientos: parálisis, paresias, ataxias, etc. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F44.5 Convulsiones disociativas. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F44.6 Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas: sordera, ceguera, embarazo psicológico, etc. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).

- F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos: Mezcla de diversos síntomas disociativos como los anteriores, sin que ninguno domine el cuadro clínico. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F44.8 Otros Trastornos disociativos o de conversión (infrecuentes):
 - ✓ F44.80 Síndrome de Ganser: Trastorno complejo descrito por Ganser y caracterizado por parar respuestas, por lo general acompañadas de varios otros síntomas disociativos, y que suelen presentarse en circunstancias que sugieren una etiología psicógena. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
 - ✓ F44.81 Trastorno de personalidad múltiple: Existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo. Cada vez se manifiesta solo una de ellas. Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias. Una personalidad domina, pero nunca una tiene acceso a los recuerdos de la otra y casi siempre cada una ignora la existencia de la otra. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
 - ✓ F44.82 Trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia o adolescencia. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
 - ✓ F44.88 Otros trastornos disociativos (de conversión) especificados: Incluye confusión psicógena y estado crepuscular psicógeno. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
 - ✓ F44.9 Trastornos disociativos o de conversión sin especificación. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).

Los Trastornos somatomorfos (F45.) Se caracterizan por la presencia de síntomas somáticos sin una base física demostrable. La naturaleza psicológica de las afectaciones es

negada por el paciente, quien insiste vehementemente en que se le practiquen más exámenes o en cambiarse de especialista. Convicción profunda de padecer una enfermedad que el médico no es capaz de diagnosticar. Las demandas de este tipo de pacientes (a veces irracionales) hacen muy difícil la relación médico-paciente.

- F45.0 Trastorno de somatización: Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática. El tiempo de evolución mínimo es de 2 años que han persistido al menos durante dos años. Negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas. Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente. Incluye trastorno psicossomático múltiple y trastorno de quejas múltiples. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado: Los síntomas son atenuados y se usa este rubro para la evolución de 6 meses hasta los 2 años que requiere el anterior. Cuando las quejas somáticas sean múltiples, variables y persistentes, pero todavía no esté presente el cuadro clínico completo y característico del trastorno de somatización. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F45.2 Trastorno hipocondríaco: Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesta y negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad somática.

Tiempo de evolución mínimo es de 6 meses. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).

- F45.3 Disfunción autonómica somatomorfa: Síntomas mal definidos que se refieren a órganos y sistemas inervados por el sistema nervioso autónomo. Síntomas objetivos que se corresponden con los órganos relacionados. Hay quejas ambiguas: ardentía, sensación de peso, tener una pelota en el estómago, estar hinchado, etc. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
 - ✓ F45.30 Del corazón y sistema cardiovascular: Incluye neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria y síndrome de Da Costa.
 - ✓ F45.31 Del tracto gastrointestinal alto: Incluye neurosis gástrica, aerofagia psicógena, hipo psicógeno, dispepsia psicógena y piloroespasmo psicógeno.
 - ✓ F45.32 Del tracto gastrointestinal bajo: Incluye flatulencia psicógena, meteorismo psicógenos, colon irritable psicógeno y diarreas psicógenas.
 - ✓ F45.33 Del sistema respiratorio: Incluye hiperventilación psicógena y tos psicógena.
 - ✓ F45.34 Del sistema urogenital: Incluye disuria psicógena, polalquiuria psicógena y vejiga nerviosa.
- F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo: Aparición de un dolor persistente y súbito que no se explica por ninguna otra causa. Tiempo de evolución: mínimo 6 meses. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F45.8 Otros trastornos somatomorfos: Los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, lo que contrasta con la presencia de quejas frecuentes y cambiantes sobre el origen de los síntomas y del malestar del trastorno de somatización (F45.0) y del trastorno

somatomorfo indiferenciado (F45.1). No existe lesión tisular. Son ejemplos frecuentes la sensación de hinchazón o de cosas raras sobre la piel y las parestesias (hormigueo o entumecimiento).

- F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación: Incluye trastorno psicofisiológico sin especificación y trastorno psicósomático sin especificación. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).

Dentro de **Otros trastornos neuróticos (F48.)** las pautas diagnósticas son compatibles con CIE-10 y DSM.

- F48.0 Neurastenia: Quejas continuas de fatigabilidad física y mental. Falta de fuerzas. Decae el rendimiento personal y social. Distractibilidad, ansiedad, depresión, abulia, dificultades sexuales, disminución de concentración, fallas mnémicas, dolor en la parte posterior de la cabeza. El tiempo de evolución es mínimo 3 meses. Incluye síndrome de fatiga crónica. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización: Siente que sus propias sensaciones o vivencias se han desvinculado de sí mismo, son distantes o ajenas, se han perdido, etc. Los objetos, las personas o el entorno parecen irreales, distantes, artificiales, desvaídos, desvitalizados, etc. Incluye el síndrome de despersonalización-desrealización.
- F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados: Incluyen trastornos mixtos del comportamiento, creencias y emociones que son de etiología y nosología no clara, que se presentan en ciertas culturas con especial frecuencia, tales como el síndrome de Dhat (preocupaciones no fundamentadas sobre los efectos debilitantes de la pérdida del semen), el síndrome de Koro (miedo a que el pene se invagine dentro del abdomen y cause la muerte) y Latah (respuestas comportamentales miméticas y automáticas). La

relación intensa de estos síndromes con creencias aceptadas en culturas concretas de determinados lugares y el propio comportamiento sugiere que no deban ser considerados como delirantes. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).

- F48.9 Trastorno neurótico sin especificación: Incluye la neurosis sin especificación. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).

Por otra parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión incluye al **Trastorno de ansiedad de separación de la infancia (F93.)** dentro de Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia. (American Psychiatry Association, 1994) y según el CIE-10 estos trastornos de ansiedad de los que se hablan se clasifica en el F93 Trastorno de las emociones de comienzo específico en la infancia y dentro de ellos se reconocen:

- F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia: El rasgo diagnóstico clave es una ansiedad excesiva y centrada en la separación de individuos con los que el niño está vinculado (por lo general los padres u otros miembros de la familia). (American Psychiatry Association, 1994).
 - ✓ preocupación injustificada a posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas o temor a que alguna de estas le abordara,
 - ✓ preocupación injustificada a que un acontecimiento adverso le separe de una persona significativa (como, por ejemplo, poder perderse, ser secuestrado, ingresado en un hospital o asesinado) ,
 - ✓ desagrado o rechazo persistente a ir al colegio por el temor a la separación (más que por otras razones como miedo a algo que pudiere suceder en el colegio),
 - ✓ desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin compañía o cercanía de alguna persona significativa,

- ✓ temor inadecuado y persistente a estar solo, o sin la persona significativa, en casa durante el día,
 - ✓ pesadillas reiteradas sobre la separación,
 - ✓ síntomas somáticos reiterados (tales como náuseas, gastralgias, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican la separación de una persona significativa, tal y como salir de casa para ir al colegio, y
 - ✓ malestar excesivo y recurrente (en forma de ansiedad, llantos, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social) en anticipación.
- F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia: Miedo intenso e irracional ante un objeto o situación. Se acompaña de una conducta de tranquilización o evitación. (American Psychiatry Association, 1994).

Los niños, al igual que los adultos, pueden padecer temores concretos a un amplio rango de objetos y situaciones. Algunos de estos temores (o fobias) no forman parte del desarrollo psicosocial normal, como en el caso de la agorafobia. Cuando estos temores se presentan en la infancia deben ser catalogados de acuerdo con la categoría de la sección F40 F49. No obstante, algunos temores tienen una marcada especificidad para una fase evolutiva y se presentan en grados variables en la mayoría de los niños, por ejemplo, temores a animales en el período preescolar. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10,1992)

Miller caracteriza a la fobia como el estar desproporcionado con respecto a la demanda de la situación. Es irracional. Queda fuera del control voluntario. Lleva a emitir respuestas de evitación ante las situaciones temidas. La reacción de temor persiste durante largos períodos de tiempo. Es una reacción desadaptativa. No comprende las edades evolutivas.

- F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia: Los afectados por este trastorno presentan ante los extraños un temor persistente o recurrente o un comportamiento de evitación. El temor puede aparecer principalmente ante adultos o ante compañeros. El temor se acompaña de un grado normal de dependencia selectiva de los padres o de otros familiares. La evitación o el temor a encuentros sociales es de tal grado que desborda los límites normales para la edad del chico y se acompaña de una incapacidad social claramente significativa. Incluye el trastorno por evitación de la infancia o la adolescencia. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos: El trastorno se caracteriza por la combinación de la presencia de rivalidad o celos fraternos, comienzo durante los meses siguientes al nacimiento del hermano menor generalmente inmediato y trastorno de las emociones en grado y persistencia anormales y acompañado de problemas psicosociales. (Organización Mundial de la Salud, CIE-10, 1992).
- F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia: Incluye el trastorno de identidad trastorno de ansiedad rivalidades entre compañeros (no hermanos) y excluye el trastorno de la identidad sexual en la infancia.
- F93.9 Trastorno de las emociones de la infancia sin especificación: Incluye el trastorno emocional de la infancia sin especificación.

3. Prevalencia de la ansiedad clínica infantil

Los trastornos de ansiedad son de las enfermedades psiquiátricas más comunes en adultos, con una prevalencia a lo largo de su vida de 25 % (Kessler *et al.*, 1994), también son de los

trastornos psiquiátricos más prevalentes en los niños/a y adolescentes (Bernstein & Borchardt, 1991). Pennington (2002, p. 127).

A partir de la revisión de las diferentes formas clínicas de los trastornos por ansiedad y para efectos de esta monografía el enfoque se centra en la terapia cognitiva- conductual (TCC), la cual es citada en diferentes estudios, escritos, tesis, etc. sobre los trastornos de ansiedad y su tratamiento.

Así mismo lo encontramos en un trabajo de tesis siendo referido textualmente como:

El tratamiento cognitivo-conductual (TCC) es actualmente, y a falta de investigaciones rigurosas que lo comparen con otros tratamientos psicoterapéuticos, el tratamiento de primera elección en los trastornos de ansiedad (Fisher y Durham, 1999; Gould, Otto, Pollach y Yap, 1997). Además, junto con la EV constituyen tratamientos bien establecidos para la ansiedad y evitación fóbicas. Las estrategias terapéuticas más frecuentes son: psicoeducación, relajación, entrenamiento en respiración diafragmática, terapia cognitiva centrada en las interpretaciones catastrofistas, exposición, entrenamiento en asertividad, técnicas de resolución de problemas y desarrollo de estrategias de afrontamiento ante la adversidad como tratamientos independientes o combinados (e.g., Durham, 2007; Suinn y Richardson, 1971). Estos ingredientes se combinan y se enfatizan en función de las características particulares del trastorno a tratar. (Lizeretti, 2009, p. 146).

Los comportamientos adaptativos de la infancia tienen gran importancia para el estudio en las ciencias psicológicas de por qué estos pudieran probabilísticamente ser parte de un *continuum* en la transición de la infancia a la adultez. Aunque no hay muchos estudios que confirmen esta teoría, se dice que existe la posibilidad de que las personas que durante la infancia tuvieron algún

diagnóstico de trastornos de comportamientos adaptativos puedan también ser diagnosticados con trastornos dentro de la misma categoría durante la adultez. Basados en el estudio de la efectividad de la TCC con niños, Cuba, Machuca, Zacarías, Cortijo, Hinostroza y Lay (2010) en el Manual de Afronete Terapéutico para Niños y Adolescentes con trastorno de ansiedad, plantean que según diferentes investigaciones realizadas a niños con diagnóstico de T.A, estos desarrollaron nuevos T.A. al cabo de 3 a 4 años de seguimiento; y que, en el 50 % de esos niños se encontraron criterios para otro T.A (p. 19).

Los trastornos clasificados dentro de los comportamientos adaptativos durante la infancia ocupan un alto índice entre los más diagnosticados contemporáneamente, de acuerdo con la investigación de la Dra. C. Vivian Guerra:

(...) la ansiedad clínica en la infancia en sus múltiples manifestaciones es reconocida por diversos autores como uno de los problemas más comunes en la clínica infanto-juvenil. (Bernsteinin y Show, 1997; Bragado, Carrasco; Sánchez; Bersabe; Loringa y Monsalve, 1995; Bragado y García, 1998; Gómez y Pulido, 1992; Gillis, 1980; González, 1998; Kaplan y Sadok, 1991; Kovacs, 1996; Lugt, 1997; Pine, 1997; Rutter, Tizard y Whitmore, 1970; Spence, 1997 y Svancara, 1987) (2001, p. 22).

Obviamente, desde un punto de vista clínico, es de vital importancia el conocimiento de las terapias y/o psicoterapias más efectivas para su tratamiento. También, con una profundización del entendimiento clínico de qué promueve y qué obstaculiza el desarrollo de las capacidades adaptativas psicológicas en la niñez, podría servir a las y los responsables de asegurar que la niñez reciba un cuidado que fortalezca estas capacidades adaptativas.

Debido a los crecientes índices de ansiedad infantil en tiempos modernos es importante las investigaciones sobre cuáles son los tratamientos terapéuticos más efectivos para los trastornos de ansiedad en un mundo cada vez más complejo, rápido y cambiante.

En la actualidad, la terapia cognitivo-conductual podría considerarse como una alternativa importante a otras terapias utilizadas tradicionalmente ya que en las revisiones más recientes ha demostrado su eficacia en el tratamiento de múltiples trastornos de ansiedad, incluidos el TAS y el TAG (Barrett, 2000; Ollendick y King, 1998).

Estudios tales como los de “Bruce Perry, Bessel Van der Kolk y Patricia Crittenden sobre el desarrollo de Trauma, el Apego y el Modelo Neuro Secuencial de Terapéuticas” (Lyons, 2017, p. 13), aportan información sobre la importancia de la autorregulación y diferentes técnicas que pueden ser utilizadas con los niños/as.

4. Terapia Cognitivo-Conductual

Cuando se habla de la terapia cognitiva conductual, conocida por sus siglas (TCC), es importante reconocer a los padres de esta terapia y su evolución histórica.

En la década de los veinte, del siglo XX, John B. Watson fue el responsable de popularizar el conductismo, argumentando que por medio de esta teoría se podrían resolver los problemas de la educación, la conducta y la sociedad en general. Le sigue Clark Hull como uno de los nombres más importantes en la historia de los modelos de aprendizaje durante las décadas de los treinta y cuarenta. Su teoría se ha citado como fundamento teórico de varias técnicas de la terapia conductual. La primera definición clara de los tratamientos orientados en el aprendizaje social para el uso clínico sobre la reducción de la ansiedad fue la de desensibilización sistemática de Joseph Wolpe en su obra de 1948 (Bernstein y Nietzel, 1991, p. 407)

La terapia conductual fue reconocida oficialmente a finales de la década de los cincuenta donde Skinner se destaca con su obra *Ciencia y Conducta Humana* (1953) siendo el autor más

importante en la aplicación del condicionamiento operante para comprender el comportamiento social humano. Arnold Lazarus (al inicio de la década de los sesenta) fue uno de los primeros en utilizar el término “la terapia conductual” que se dirige hacia la modificación de las conductas desadaptativas. (...) “todas las intervenciones terapéuticas implican algunos procesos cognitivos, pero algunos procedimientos se dirigen al cambio de ciertas cogniciones especiales y desadaptativas (...); estas técnicas forman parte de lo que se conoce como la terapia cognitivo conductual” (Bernstein *et al.* 1991, p. 432). Es posible que sea Albert Ellis el más conocido de la terapia cognitiva antes de 1970. Ellis (1989) clasifica las principales técnicas de la terapia en tres niveles o un ABC secuencialmente, que en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados se centra en la idea de que las creencias afectan las emociones y por consiguiente el comportamiento.

Pero es Aaron Beck,

en (...) su obra *Terapia cognitiva de la depresión* (1979) la que alcanza su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico. En esta obra no solo expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino también la forma prototípica de estructurar un caso en terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de las técnicas de tratamiento. La obra referida llega así a convertirse en una especie de manual de terapia cognitiva. Más actualmente el propio Beck ha desarrollado su modelo a los trastornos por ansiedad (p.e. "Desordenes por ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva (C.T) a otros desordenes diversos, como, por ejemplo: esquizofrenia (Perris, 1988), obsesión-compulsión (Salkovskis, 1988), trastornos de la personalidad (Freeman, 1988), trastornos alimenticios (McPherson, 1988), trastornos de pareja (Beck, 1988)...etc. (Ruiz y Cano, 2013)

Durante las etapas de desarrollo de los niños y niñas, desde la etapa neonatal hasta los cinco primeros años de su vida se ha estudiado y demostrado la importancia del apego. Si durante la

infancia los niños/as reciben esos cuidados y atenciones de sus padres o cuidadores primarios, hay mayor probabilidad de que crezcan con una historia de relaciones interpersonales positivas y las interacciones que establezcan en su medio ambiente estarán determinadas por sus capacidades de autorregulación emocional, social, y personal, (apego considerado tradicionalmente como negativo porque se creía que desde temprana edad se les debe enseñar a ser independientes), de acuerdo con los estudios de Bruce y otros sobre el desarrollo de trauma. Para definir una estrategia clínica adecuada, es importante notar que esa historia de vida puede incluir otros factores para aquellos niños que tienen otro diagnóstico clínico que influya en su desarrollo neurofisiológico.

En el caso de la ansiedad y los trastornos más diagnosticados durante la infancia se plantea que la TCC es la de mayor aceptación y efectividad en el tratamiento de acuerdo con autores tales como Gould, Otto, Pollach y Yap (1997), Nietzel, Speltz, McCauley, & Berstein (1998), Fisher y Durham (1999).

La TCC consiste en una serie de estrategias y técnicas que se planifican acorde a la necesidad psicoterapéutica de la persona a tratar. El conjunto de técnicas se presta a que se desarrolle un plan terapéutico que permita abordar al niño/a o adolescente partiendo de sus fortalezas. Se trabaja en la estabilización de la tolerancia y sensibilización de conceptos en un contexto de asociación cognitiva que ayuda al niño/a a regularse, como centrarse internamente, logrando la autorregulación o calmarse.

De acuerdo al DSM-IV las técnicas más frecuentes en el tratamiento con los niños son las siguientes:

- Técnicas de exposición.
- Relajación.
- Técnicas de modelado.
- Práctica reforzada.

- Escenificaciones emotivas.
- Técnicas cognitivas como la terapia racional emotiva.
- Tratamientos psicofarmacológicos.

La TCC permite por medio de sus técnicas la unificación de trabajar tanto el área conductual como cognitiva y en esa integración es que se pone en práctica el proceso de razonar, relacionar y regular la información y el comportamiento que se interactúan por medio de la neuropsicología, y sus influencias a través de las relaciones interpersonales, y el apoyo de la comunidad en la cual el niño/a se desarrolla.

Generalmente podría decirse que para los trastornos de comportamientos adaptativos que son identificados durante la niñez, se requiere un tratamiento, ese tratamiento tendría que ser planificado para tratar no solo al niño/a sino también a la familia y/o su cuidador emocional. Ya que para que el tratamiento de resultado necesita de la participación de sus recursos humanos con el niño/a cuenta. Si bien es cierto que la TCC necesita más investigaciones que avalen su efectividad en el tratamiento de ansiedad, existen numerosos programas de atención enfocada en trabajar con personas que sufren de ansiedad, cuyos tratamientos tienen una base en la terapia cognitiva- conductual. Basados en la modalidad terapéutica desarrollada por Beck, los elementos básicos de su abordaje con esta técnica son:

- la tríada cognitiva de la depresión,
- los esquemas cognitivos, y
- los pensamientos automáticos (Beck, 1981)

El modelo de Beck se centra en los pensamientos automáticos y en las distorsiones cognitivas. “La idea principal de Aaron Beck es que las personas sufren por la interpretación que realizan de los sucesos y no por estos en sí mismos” (Bernstein *et al.*, 1991).

Utilizando la tríada cognitiva se explica cómo el pensamiento sobre algo o un hecho específico estimula el sentimiento (atado a ese algo o hecho se manifiesta como una visión distorsionada negativa por la persona), y el resultado es un comportamiento, que en dependencia de las particularidades psicológicas del niño/a, puede ser positivo o negativo.

Ejemplo: Si el niño/a está en la escuela y levanta su mano para responder a una pregunta hecha al grupo pero no es seleccionado/a para responder, ese hecho puede resultar en pensar que el/ella es muy inteligente y no quieren que siempre conteste y se siente muy satisfecho/a y se va a casa contento/a. Si por el contrario piensa que no lo/la eligen para responder porque no es inteligente, se siente triste y se va a casa sintiéndose fracasado/a.

Las distorsiones cognitivas son los esquemas negativos que son activados y por ello el procesamiento de la información no está organizada, la persona tiende a sobregeneralizar y toma responsabilidad por situaciones que están fuera de su control, sintiendo culpabilidad.

Hablando de los esquemas automáticos son aquellos diálogos internos (desadaptativos y/o negativos) que la persona que sufre de ansiedad tiene y se expresan en la creencia de que sean verdaderos siendo irracionales, dichos pensamientos no son fáciles de controlar.

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales.

Las características generales de los pensamientos automáticos son (Mckay, 1981):

1. Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
2. Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
3. Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
4. Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
5. Suelen conllevar una VISIÓN DE TÚNEL: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:

- 5.a. Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.
- 5.b. Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.
- 5.c. La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros...etc... (Ruiz *et al.*, 2013).

En cuanto a la ansiedad infantil, la TCC puede ser utilizada para ayudar a alcanzar un procesamiento de información y como responder cuando se activa el sistema de respuestas adaptativas que sirven al niño/a como factor de protección frente al hecho desencadenante. Es como si el sistema de alarma antirrobo de carro estuviera siempre encendido porque no reconoce cuándo el desencadenante que activa la alarma es un peligro o no. La ansiedad funciona como un sistema de respuesta de alarma de pelear, huir o congelarse frente a una situación ya sea positiva o negativa. La TCC provee las técnicas necesarias para que la persona niño/a, adolescente o adulto aprenda a distanciarse de los pensamientos, a la racionalización de que como persona es más que esos pensamientos y que esos pensamientos sean agradables o desagradables son parte de la experiencia humana y terminar con la sobre identificación con esos pensamientos, particularmente los negativos.

Para que la persona en tratamiento logre capacitarse en la aplicación exitosa de estas técnicas, hay que practicar los diferentes tipos de ejercicios que fortalezcan esta capacidad de distanciarse de los pensamientos que generan ansiedad. Estos ejercicios pueden incluir técnicas como: a) la exposición intensa frente a los pensamientos negativos (generando los mismos pensamientos negativos que le causan ansiedad), b) burlarse de esos pensamientos negativos, c) aprender a dialogar con los mismos pensamientos y d) enfocándose en las acciones concretas y vividas (y no en los pensamientos).

En el caso de la ansiedad infantil se puede realizar por medio del juego, trabajar con el niño/a en su medio ambiente para desarrollar la conexión de confianza y que aprenda a diferenciar las señales de peligro y normalizar su vida. Las estrategias empleadas en la TCC son:

La reestructuración cognitiva, por medio de la cual una persona es capaz de modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y de la situación que vive, estimulando los pensamientos desadaptativos para que se vea a sí mismo y al mundo de un modo real.

Es un entrenamiento para afrontar y manejar situaciones y que se pueda contener con recursos psicológicos para la resolución de problemas. Los objetivos concretos son los de reducir conductas específicas con énfasis en el cambio.

A continuación algunas técnicas empleadas con frecuencia en la C.T. (Ellis y Beck, 1971-1980)

TÉCNICAS COGNITIVAS:

1. DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas respecto a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autorregistros como tarea entre sesiones.

2. CLASIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y cómo detectarlos y hacerles frente.

3. BÚSQUEDA DE EVIDENCIA PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Puede hacerse de diferentes maneras: (1) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. (2) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba. (...)

4. CONCRETIZAR LAS HIPÓTESIS: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pide al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

5. REATRIBUCIÓN: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Mediante la revisión de los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros que pudieron contribuir a ese suceso.

6. DESCENTRAMIENTO: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (p.e. diseñando un experimento a modo de encuesta) se puede comprobar esa hipótesis.

7. DESCATASTROFIZACIÓN: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas, así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

8. USO DE IMÁGENES: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo, pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

9. MANEJO DE SUPUESTOS PERSONALES (...)

TÉCNICAS CONDUCTUALES

1. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES INCOMPATIBLES: Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (p.e. actividad gimnástica en lugar de rumiar).

2. ESCALA DE DOMINIO/PLACER: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (p.e. utilizando escalas de 0-5). Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

3. ASIGNACIÓN DE TAREAS GRADUADAS: Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.

4. ENTRENAMIENTO ASERTIVO: Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.

5. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN: Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y las inhiba a través de la distensión muscular.

6. ENSAYO CONDUCTUAL Y ROL PLAYING: Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.

7. EXPOSICIÓN EN VIVO: El paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que desconfirma sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas. (Ruiz y Cano 2013).

En la actualidad estas técnicas generalmente son combinadas con técnicas de relajación, yoga, *mindfulness*, terapia ocupacional, arte, drama, etc. para ofrecer una terapia más integral que fortalezca la capacidad del niño/a a regular sus emociones y no sobreaccionar a situaciones que generen sentimientos ansiosos.

La TCC en los niños se enfoca en sus fortalezas, motivándoles a que hagan más de lo que les funciona y a que hagan algo diferente.

P. Kendall aplicó su programa de intervención cognitivo-conductual con el cual mostró la efectividad en la reducción de la ansiedad de los niños, uno de los factores interesantes es que

encontró que el tratamiento que incluía intervención familiar alcanzó resultados significativamente superiores al que solo utilizaba terapia cognitivo-conductual.

Los elementos básicos del programa cognitivo-conductual (Kendall, 1990, 1994), tiene como objetivos:

Reconocer los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas.

Detectar los pensamientos del niño en las situaciones que le provocan ansiedad.

Desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad.

Evaluar su propia actuación y autorreforzarse cuando sea adecuado.

Las estrategias son:

Modelado.

Exposición en vivo.

Role-playing.

Relajación.

Autoinstrucciones.

Refuerzo contingente (Orgilés, Méndez, Carrillo*, Rosa A. y E inglés, C., 2003, p.

5)

Las terapias cognitivo-conductuales instruyen en el reconocimiento e identificación de las señales y manifestaciones iniciales de los síntomas y rasgos ansiosos que pudieran emerger en la infancia, por medio de la aplicación de estrategias para afrontar eficazmente las situaciones que les provocan ansiedad. Desde un enfoque educativo la TCC ayuda no solo a los niños/as que padecen de ansiedad a identificar, regular y afrontarla, sino que también alerta a las redes de apoyo, familia, escuela, coetáneos, etc., con que cuentan estas personas para estas situaciones estresantes que les provocan ansiedad y los anima a buscar la ayuda profesional.

La ansiedad produce reacciones psicobiológicas en la que posiblemente todos los sistemas de órganos están afectados, acotando que se individualizan y particularizan de un sujeto a otro y de acuerdo con la manifestación, tipo de trastorno de ansiedad que presenta y tiempo de evolución de este.

Dentro de las reacciones psicobiológicas que más se evidencian y los sistemas de órganos que con mayor frecuencia están afectados encontramos:

- el fisiológico (sudor, taquicardia, mareo);
- el cognitivo-afectivo, como anticipación de lo que va a ocurrir (voy a hacer el ridículo, me van a pegar);
- el emocional (el sentimiento subjetivo de, por ejemplo, el miedo);
- el conductual (inhibición y evitación de la situación).

A partir de lo planteado anteriormente se infiere entonces que los tratamientos cognitivo-conductuales combinan estrategias cognitivas con estrategias conductuales en el tratamiento de la ansiedad clínica infantil.

Dentro de las Estrategias Cognitivas (de pensamiento) por ejemplo están:

- Conocer qué es la ansiedad, reconocer las señales del cuerpo que les indican su presencia (palpitaciones, cuerpo tenso, etc.)
- Cambiar la forma de pensar la situación como algo amenazante a considerarla como problema a resolver.
- Identificar los autodiálogos ansiosos (les va a pasar algo a mis papás y no me van a venir a recoger etc.) y desafiarlos y cambiarlos por otros más realistas (mis papás nunca me dejaron en ningún lado, así que no tengo que preocuparme).

- Aumentar la confianza en él mismo y en sus capacidades, identificando situaciones a las que el niño se enfrenta con éxito, remarcando sus habilidades, utilizando frases que le sirvan de refuerzo de las propias capacidades.
- Resolver problemas (para que el niño desarrolle formas alternativas de afrontar las situaciones que le producen ansiedad).

Dentro de las Estrategias Conductuales las ya anteriormente expuestas como, por ejemplo:

- Modelado,
- Relajación y respiración profunda,
- Desensibilizarse y exponerse a situaciones que le generan ansiedad,
- Refuerzo y comprensión de la familia y allegados del esfuerzo que el niño está realizando,
- Entrenarlo en estrategias de afrontamiento de la situación específica que le genera miedos, temores y ansiedad.

Dada la complejidad del tratamiento de ansiedad infantil, es una necesidad en el área clínica tener conocimientos de varias estrategias específicas bajo la sombrilla mayor de la TCC, para ver cuál de ellas resulte mejor para el niño/a en tratamiento. Haciendo una revisión de diferentes estudios, textos e información sobre la terapia cognitivo-conductual resaltan algunos de los aportes que, en opinión de los recopiladores del tema, consideran pertinentes por su posible aplicación al tratamiento de casos de la ansiedad infantil.

Harris (2013) afirma que:

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus letras en inglés) es una de las terapias recientes basada en *mindfulness* (autoconciencia o conciencia plena), comprobada de ser efectiva en un espectro diverso de condiciones clínicas. En contraste con lo asumido de la “normalidad sana” de la Psicología Occidental, ACT asume que los

procesos psicológicos de una mente humana normal son frecuentemente destructivos y generan sufrimiento psicológico. La reducción de síntomas no es la meta de ACT, por su punto de vista de que los esfuerzos continuos de aliviarse de “síntomas” puedan generar trastornos clínicos en primer lugar. Russell Harris provee un resumen de ACT contra un trasfondo del sufrimiento generado por evitar experiencias y el control emocional. Un caso de estudio ilustra los seis principios centrales para desarrollar una flexibilidad psicológica: la dispersión, la aceptación, el contacto con el presente actual, el uno mismo observador, los valores y la acción comprometida. (Harris, 2006)

Como una aplicación específica y actualizada de la misma TCC, la terapia de aceptación y compromiso se basa en estrategias de afrontamiento y exposición tanto como en técnicas de relajación y la práctica de ejercicio de autorregulación.

Perry y Van der Kolk han realizado numerosos estudios en relación con el trauma de apego y la neurociencia, que demuestran que los niños que sufren una experiencia traumática tienen una probabilidad alta de presentar síntomas del trastorno de estrés postraumático, y aquellos que sufren múltiples traumas o experiencias adversas durante la niñez van a mostrar síntomas de trauma en el desarrollo, lo cual puede ser muy problemático durante la infancia. (Lyons, 2017).

Otros ejemplos de la aplicación de TCC se evidencian en las investigaciones realizadas por Cuba (2010) los cuales presentan información sobre la TCC diseñada para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y para la fobia social. La psicoterapia del TOC es de modalidad individual, y consiste en un reaprendizaje de las conductas adaptativas. Está demostrado que la terapia cognitiva-conductual es el tratamiento de elección para el manejo del TOC en comparación con la terapia farmacológica (p. 49).

En cuanto a la Psicoterapia de la fobia social, la modalidad es grupal, las autoras anotan que “existen estudios controlados que comparan la modalidad individual y la grupal; éstos

demuestran que se obtienen mejores resultados con el formato grupal. Diversos autores han desarrollado programas de tratamiento sistemáticos y específicos para la fobia social. Así, Heimberg y col. en 1990 propusieron una combinación de exposición y reestructuración cognitiva, considerando que la reestructuración cognitiva era el factor determinante de la eficacia del tratamiento. En 2001, Bados propuso un programa de tratamiento en el que incluía exposición, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y relajación (Cuba, *et al.* p. 52).

De acuerdo con la sistematización de los diferentes estudios que citan la TCC como efectiva para el tratamiento de las personas sufriendo de ansiedad, esta terapia es una de las más utilizadas. Lo fundamental es la incorporación sistemática e integral al seguimiento en cuanto a la práctica de las estrategias cognitivo-conductual. Para el logro de la efectividad y mantenimiento de un estado de salud mental óptima es necesario la participación de la familia, o del cuidador/a primario del niño/a para que sea un modo de vida el seguir reforzando la autorregulación y reconocimiento de las señales que pueden producirles ansiedad. Perry asegura que es posible reparar el trauma sufrido durante el desarrollo infantil, pero eso depende de que el tratamiento sea organizado con el apoyo de la familia, la escuela y toda la comunidad, para que se encarguen de la sanación del niño/a. (Lyons, 2017). Sin esta atención integral, será difícil que el/la niño/a sostenga las capacidades adaptivas que haya aprendido en su tratamiento individual y/o grupal.

Como la relación con el mundo exterior es un factor crítico no solo en la generación de los sentimientos de ansiedad sino también en asegurar un tratamiento exitoso, cabe mencionar la necesidad de estudios que aporten información sobre si la TCC y sus técnicas se siguen practicando a largo plazo podrían ayudar a disminuir la cantidad de personas que son

diagnosticadas con trastornos de ansiedad. Los Trastornos Adaptativos (TA) constituyen un problema muy prevalente en la atención primaria y hospitalaria. Sin embargo, solamente hay disponibles directrices generales para su tratamiento. Este trabajo presenta la efectividad de un protocolo de Tratamiento Cognitivo-Conductual apoyado en Realidad Virtual (RV) en una serie de 13 casos. El tratamiento produjo una mejora en todas las variables clínicas evaluadas (relacionadas con TA, de ansiedad y depresión y de interferencia y mejoría), a la cual se le dio seguimiento durante 1 mes. Además, todos los participantes informaron tener una buena opinión y estar satisfechos con el tratamiento apoyado por la RV. Este trabajo apoya la efectividad de un programa manualizado y la utilidad de la RV para el tratamiento de los TA. (Quero, Andreu-Mateu, Moragrega, Baños, Molés, Nebot, S... Botella, 2017, p. 5)

Puede ser que los altos índices de ansiedad en el mundo moderno no sean sorprendentes dado que nuestro sistema emocional, desarrollado en procesos graduales sobre miles de años, ahora está enfrentando un mundo moderno con experiencias sin precedentes en cuanto a la cantidad, rapidez y tipo de información a la cual se está expuesto. Y esto podría ser aún más traumatizante para la niñez ya que no han tenido la oportunidad de desarrollar las capacidades comunicacionales e intelectuales para explicar el fenómeno, sino simplemente su sistema está teniendo que adaptarse a una nueva realidad para la cual el SNC no ha tenido miles de años una adaptación gradual. (Harris, 2009).

El futuro de la salud infantil puede depender de la capacidad de proveer las técnicas terapéuticas en una forma más generalizada para trabajar con una estrategia clínica basada en la prevención y la adaptación del niño/a (antes de sufrir en el caso de los trastornos de ansiedad, los síntomas de esta). Esto no significa que la TCC es la única alternativa terapéutica para el tratamiento de los trastornos durante el desarrollo infantil.

Conclusiones

Los comportamientos desadaptativos durante la niñez son de gran preocupación para la familia y para el medio social en la que el niño/a se desenvuelve pues se manifiesta en situaciones que le producen un malestar tanto psicológico como físico y social, que puede afectarle en su desenvolvimiento con los demás, al establecer relaciones interpersonales. La familia, o cuidador primario, la escuela y las diferentes instituciones de la comunidad tendrían que involucrarse en el cuidado y desarrollo de las habilidades del niño/a para que crezca con el apoyo y los recursos necesarios para enfrentar las situaciones que puedan ser causantes de conductas desadaptativas.

Los trastornos de la ansiedad infantil actualmente son considerados como uno de los más diagnosticados, una consideración debido a las demandas del mundo moderno. Las manifestaciones de los comportamientos desadaptativos son más evidentes en los niños/as, ya que hay expectativas de que el niño/a sepa autorregularse en un medio ambiente que no los prepara para enfrentarse con la realidad actual.

Se hace necesario una intervención temprana en los niños que padecen de ansiedad debido a las repercusiones a corto o largo plazo que pudiera generar este trastorno en su vida y en su desarrollo personalógico.

La terapia no solo debe orientarse a la terapia individual, sino que debe abarcar otras esferas de la vida del niño que pudieran estar condicionando o agudizando su sintomatología. Tomando los factores resilientes para que apoyen el mejoramiento en los menores.

Sobre la base de los estudios revisados se puede decir que el tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad infantil es el cognitivo-conductual. Cabe mencionar la necesidad de estudios que aporten información acerca de si al aplicar la TCC y sus técnicas a largo plazo,

podría ayudar a disminuir la cantidad de personas que son rediagnosticadas con trastornos de ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, M. (1988). Análisis de investigaciones realizadas en Cuba sobre la familia en el campo de la Psicología. *Revista de Ciencias Sociales* (pp. 154-168).
- Álvarez, M., Díaz, M., Rodríguez, I. y González, S. (1996). La familia cubana. Cambios, actualidad y retos. Ministerio de Ciencias, Tecnológica y Medio Ambiente. La Habana.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-IV* (4ta ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Arés, P. (2004). *Familia y convivencia familiar*. La Habana: Científico-Técnica.
- Argimon, C., Defillepe, A., Maladesky, A., Reingold, M., Castro, N., Kielmanomicz, R., ... Palladiro, T. (1995). Ausencia de un progenitor después del divorcio y sus efectos en el desarrollo de los hijos. Fundación interdisciplinaria para la docencia, asistencia e investigación humanística de la niñez, adolescencia y familia, (Vol. 5, pp. 38-44).
- Ballesteros, B. y Cortés, D. (2000). Relación entre la calidad de vida escolar y el ajuste psicológico de alumnos de clase baja de Bogotá. *Revista Suma Psicológica* (pp. 139-166)

- Barrett, P. (1995). Group coping koala workbook. Inédito School of Applied Psychology. Australia: Griffith University.
- Barrett, P., Dadds, M. y Rapee, R. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Cap. 64, pp. 333-342.)
- Barrett, P. (2000). Treatment of childhood anxiety: developmental aspects. *Clinical Psychology Review* (Vol. 20, pp .479-494).
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bengochea, P. (1992). Un análisis exploratorio de los posibles efectos del divorcio en los hijos. *Psicotema* (Vol. 2, pp. 491-511).
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1991). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.
- Betancourt, J. y González, A. (2003). *Dificultades en el aprendizaje y trastornos emocionales y de la conducta*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Cano Vindel, A. Desórdenes emocionales en atención primaria, *Ansiedad y Estrés* 17(1) = 75-97, 2011.
- Castellanos, B. (1986). Caracterización de la ansiedad personal en pacientes neuróticos y con trastornos situacionales-transitorios. (Trabajo de Diploma). Universidad de La Habana. Cuba.
- Chorpita, B., Yim, L., Moffitt, C., Umemato, L. y Francis, S. (2000). "Assessment of symptoms of DSM-IV: anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale", *Behavior Reseach* 38 (8): 835-855, 2000.
- Coll, C., Marchesi, A., y Palacio, J. (2004). *Desarrollo psicológico. Psicología Evolutiva* 1. Madrid: Alianza.

- C. de Autores, Colección Pediatría. (1996). *Pediatría I*. La Habana: Pueblo y Educación, La Habana.
- Cuba, R., Machuca, M., Zacarias, B., Cortijo, G., Hinostroza, I. y Lay, M. (2010). *Afronte Terapéutico Para Niños y Adolescentes con Trastornos de ansiedad*. Perú: Punto & Grafía S.A.C
- Davison, G. y Neale, J. (2003). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa Wiley.
- Dickey, M. (1999). *Trastornos de Ansiedad*, Instituto Nacional de Salud Mental, Washington.
- Echeburrúa, E. (1993). *Trastornos de la ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámides.
- Fernández-Ballester, R. (2002). *Introducción a la evaluación psicológica II*. Madrid: Pirámide.
- García-Morey, A. (1997). “La Clínica Infantil. Especialización, mitos y temores (Temas de discusión en el taller sobre Clínica Infantil)”. *Revista Cubana de Psicología*, (Vol. 14, pp. 105-106).
- González, R. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Grau, J. (1982). *Aspectos psicológicos de la ansiedad patológica*. (Tesis de doctorado). Universidad de La Habana. Cuba.
- Guerra, V. (2001). Particularidades de la ansiedad clínica en escolares de 8 a 10 años. Monografía Universidad Central de Las Villas: Samuel Feijóo.
- Guerra, V. (1997). La familia. Algunas de sus particularidades en niños de 7 a 10 años con trastornos de ansiedad. (Tesis de Maestría). Universidad Central “Marta Abreu”. De las Villas.
- Harris, R. (2006). *Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy*. *Psychotherapy in Australia*, Vol. 12 issue 4. Recuperado de

https://www.actmindfully.com.au/upimages/Dr_Russ_Harris_-_A_Non-technical_Overview_of_ACT.pdf

Harris, R. (2009) *ACT Made Simple*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.

Hales, R., Yudofsky, S. y Talbott, J. (2000). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Kendall, P. (1990). *Coping cat workbook*. Philadelphia: Temple University.

Kendall, P. (1994). "Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 62, pp. 100-110).

Kendall, P., Brady, E. y Verduin, T. (2001). "Comorbidity in childhood disorders and treatment outcome". *Journal of the American Academic Adolescent Psychiatry* (Vol. 40, pp. 787-794).

Kendall, P., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warman, M. (1997). "Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 65, pp. 366-380).

Jiménez, M. (1997). *Psicopatología Infantil*. Málaga: Aljibe.

Lizeretti, N. (2009). Tratamiento de los trastornos de ansiedad, diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la inteligencia emocional. (Tesis de Doctorado). Barcelona: Universitat Ramon Llull.

Lomov, B. (1989). "Psicología soviética: su historia y su situación actual". *Política y Sociedad*, (Vol. 2, pp. 99-115). Madrid.

Lyons, S. (2017). The Repair of Early Trauma: A "Bottom Up" Approach. Recuperado de <http://beaconhouse.org.uk/developmental-trauma/the-repair-of-early-trauma-a-bottom-up-approach>

- Ministerio de Salud Pública (2001). *Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría*. La Habana, Barcelona Masson, S. A.
- Ollendick, T. y King, N. (1994). Diagnosis, assessment and treatment of internalizing problems in children: the role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (Vol. 62, pp. 918-927).
- Orgilés, M., Méndez, X., Carrillo*, Rosa A. y Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología* (Vol. 19, No. 2, p. 5) España: Universidad de Murcia.
- Organización Mundial de la Salud (1992). Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descriptores clínicos y puntos para el diagnóstico. (CIE-10). Madrid: Meditor.
- Pennington, B. (2002). *The Development of Psychopathology Nature and Nurture*. New York: The Guilford Press.
- Quero, S., Andreu-Mateu, S., Moragrega, I., Baños, R.M., Molés, M., Nebot, S.... Botella, C. (2017). Un programa cognitivo-conductual que utiliza la realidad virtual para el tratamiento de los trastornos adaptativos: una serie de casos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, (vol. XXVI, núm. 1, pp. 5-18). Buenos Aires: Fundación Aiglé
- Pine, D. (1997). Childhood anxiety disorders. *Current Opinion in Pediatrics*, (pp 329-338).
- Riviere, A. (1996). *La Teoría Psicológica de Vigotsky*. Lima: Del Salmón.
- Roca, M. (1994). *Psicología y cáncer: El proceso de aprovechamiento a las enfermedades psicológicas de niños y adolescentes y sus familiares*. (Trabajo de Doctorado). Universidad de La Habana. Habana.

- Ruiz, A. y Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. Curso de Actualización Pediatría (pp. 265-280). Madrid: Exlibris Ediciones.
- Ruiz, J. y Cano, J. (2013). Manual de Psicoterapia Cognitiva. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/51310075/manual-de-psicoterapia-cognitiva>
- Tobal, M. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y L. Pinillos (eds.): *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción* (Vol. 3), pp. 309-344. Madrid: Alhambra.
- Vigotsky, L. (1995). *Obras Completas*. Fundamentos de Defectología. T. V. La Habana: Pueblo y Educación (orig. 1983).