

**UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

Trastorno de ansiedad generalizada en la infancia

Autor: Patricia Díaz Vidondo
Carrera: Licenciatura en Psicología
Tutor: Manuel Rotman

INDICE

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Objetivos	5
Capítulo 2. MARCO TEÓRICO	5
2.1. El miedo y la ansiedad en la infancia	5
2.1.1. Clasificación de los miedos.....	6
2.1.2. Ansiedad.....	6
2.1.2.1. Diferencias entre el miedo y la ansiedad...6	
2.1.2.2. Teorías acerca de la ansiedad.....7	
2.1.2.3. Bases biológicas de la ansiedad.....7	
2.1.2.4. Ansiedad normal.....8	
2.1.2.4.1. <i>Cambios fisiológicos en la ansiedad normal</i>8	
2.1.2.5. Ansiedad patológica.....9	
2.1.2.5.1. <i>Síntomas de la ansiedad patológica</i>10	
2.1.3. Trastornos de ansiedad.....11	
2.1.3.1. Teorías acerca de la etiología de los trastornos de ansiedad.....12	
2.1.3.2. Clasificación de los trastornos de ansiedad.....13	
Capítulo 3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	13
3.1. Descripción clínica del trastorno en niños	13
3.2. Criterios diagnósticos	15
3.3. Componentes del trastorno de ansiedad generalizada	16
3.4. Teorías acerca del trastorno de ansiedad generalizada	17
3.5. Comorbilidad	18
3.6. Diagnóstico diferencial	18

3.7. Etiología del trastorno de ansiedad generalizada	19
3.8. Influencia de la familia en el desarrollo del trastorno	19

Capítulo 4. TRATAMIENTO EN NIÑOS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....21

4.1. La psicoterapia en la infancia	21
4.1.1. Evaluación psicológica y elección del tipo de tratamiento.....	22
4.1.2. Tipos de tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada.....	22
4.1.2.1. <i>Tratamiento farmacológico</i>	23
4.1.2.2. <i>Tratamiento psicosocial</i>	23
4.2. Terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del trastorno de Ansiedad generalizada	23
4.2.1. Técnicas.....	25
4.2.2. Proceso de tratamiento.....	29

Capítulo 5. METODOLOGÍA.....34

5.1. Tipo de estudio	34
5.2. Participante	34
5.3. Instrumentos	34
5.4. Procedimiento	36
5.5. Presentación del caso	36

Capítulo 6. ANÁLISIS DEL CASO.....37

6.1. Descripción del tratamiento	37
---	----

Capítulo 7. CONCLUSIÓN.....45

Capítulo 8. BIBLIOGRAFÍA.....49

Capítulo 9. ANEXO.....52

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se desarrolla en base a la Práctica y Habilitación Profesional incluida en la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. La misma se llevó a cabo en un Hospital Interzonal General de Agudos, ubicado en la Provincia de Buenos Aires, con una duración total de trescientas veinte horas, asistiéndose cuatro horas por día, cuatro veces a la semana.

Las prácticas incluyeron visitas en las salas de internación, donde se realiza una breve entrevista a los cuidadores de los niños, a los fines de relevar datos demográficos, tanto como de detectar alguna situación familiar que requiriera la intervención de los profesionales tales como, abuso sexual infantil, episodios de violencia, consumo de alcohol o drogas. A su vez los profesionales médicos realizan interconsultas en el servicio cuando éstos detectan alguna problemática que incumbe a los profesionales psicólogos.

El servicio también cuenta con atención en consultorios externos, a los que concurren niños y adolescentes de hasta quince años, que llegan derivados de los consultorios médicos, de las escuelas, por demanda espontánea o cuando luego de haber estado internados por alguna causa médica, se detecta la necesidad de tratamiento psicológico.

Se realizan previamente entrevistas de admisión con los padres de los niños y adolescentes y el consiguiente tratamiento psicológico desarrollado en sesiones de media hora, una vez a la semana.

A su vez, se realizan supervisiones de los casos tratados con los profesionales del servicio.

A partir de la observación del trabajo realizado en los consultorios externos se escogió un caso clínico a ser desarrollado y analizado en el presente trabajo.

Se trata de un niño de nueve años que padece un trastorno de ansiedad, que llegó al consultorio derivado por el pediatra.

1.1. Objetivos

Objetivo general

- Describir el tratamiento de un caso clínico de un niño con trastorno de ansiedad generalizada.

Objetivos específicos

- Describir las conductas de la madre que refuerzan las respuestas de ansiedad en el niño.
- Describir las intervenciones realizadas por la terapeuta.
- Describir la evolución del niño durante el tratamiento.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. El miedo y la ansiedad en la infancia

El miedo es una emoción que cumple una función adaptativa y los niños experimentan varios de ellos a lo largo de su desarrollo. Hasta cierto punto, los miedos resultan saludables para los niños, ya que les otorga la oportunidad de experimentar momentos difíciles y estresantes, con los que tendrá que enfrentarse a lo largo de la vida, y son útiles porque funcionan como una alarma psicológica, ya que hace que se eviten correr riesgos innecesarios. El miedo está compuesto por una situación específica, causante de dicha sensación, y una respuesta que el niño emite ante el temor (Méndez, 1999).

Es necesario como alerta ante el peligro ya que permite actuar con prudencia, para protegerse y conocer las propias limitaciones; a través de él crecemos y es una vía de aprendizaje ante los desafíos que se viven a diario (Goytia, 2004).

De acuerdo con Morris y Kratchowill (1983) los miedos forman parte del desarrollo evolutivo del niño; pueden desencadenarse con una intensidad leve o moderada, son transitorios y propios de determinadas edades, y suelen superarse a lo largo del crecimiento (citado por Moreno Menguiano y cols., 2008). En 1959 Lapouse y Monk hallaron que el 43% de una muestra representativa de 500 niños, de entre seis y doce años,

presentaban siete o más miedos, de acuerdo a lo informado por sus madres (citado por Méndez, 1999).

2.1.1. Clasificación de los miedos

Los miedos pueden ser clasificados en tres categorías:

-Innatos, presentes desde el nacimiento. Se refieren a ruidos repentinos, flashes luminosos, movimientos súbitos y pérdida de apoyo.

-Los que surgen a lo largo del desarrollo. Estos son el temor a lo desconocido y la angustia de separación que surgen durante el primer semestre de vida, el miedo a los animales, de uno a tres años y el miedo a la oscuridad, común entre los dos y seis años. No son indicadores de regresión, sino que son experimentados como una crisis que posibilita el desarrollo mental.

-Debido a eventos traumáticos o inducidos por el miedo. Se refieren a un hecho en particular, tales como enfermedad, accidente o muerte de algún familiar.

(Oliverio Ferraris, 2008).

Durante la infancia son frecuentes los miedos a animales, ruidos fuertes, oscuridad, seres imaginarios. En la adolescencia en cambio, son más comunes los miedos a equivocarse o no tener la razón, al fracaso escolar, al ridículo y a ser observado por los demás. Esto indica que, con el paso de los años, los miedos físicos van transformándose en miedos sociales (Méndez, 1999).

2.1.2. Ansiedad

Pero ciertos miedos a veces resultan ser persistentes e intensos y pueden llegar a interferir en el desempeño diario del niño y su familia (Méndez, 1999). En tal caso se trataría ya no de una simple sensación de temor sino de *ansiedad*.

El término ansiedad proviene del latín “*anxietas*”, que remite a un sentimiento de congoja o aflicción; es un estado de malestar psicofísico que se caracteriza por sensaciones de inquietud, intranquilidad e inseguridad ante estímulos percibidos como amenazas para la propia integridad (Virues Elizondo, 2005).

2.1.2.1. Diferencias entre el miedo y la ansiedad

Se deben distinguir el uno del otro ya que, el miedo responde a una amenaza previamente conocida y la ansiedad, en cambio, se experimenta en respuesta a una amenaza desconocida, interior, conflictiva o vaga (Kaplan & Sadock, 1999). La ansiedad no posee punto de referencia ni se remite a un estímulo real (Ajuriaguerra, 1996).

La preocupación y el estado de nerviosismo son más constantes en la ansiedad, ya que la gama de actividades y acontecimientos que la desencadena suele ser más amplia, y suele resultar difícil identificar las situaciones generadoras de ansiedad. El niño se manifiesta inquieto, pero desconoce el motivo (Méndez, 1999).

La diferencia más notoria entre ambas respuestas emocionales es que el miedo se experimenta durante un período agudo, mientras que la ansiedad puede tornarse crónica (Kaplan & Sadock, 1999).

2.1.2.2. Teorías acerca de la ansiedad

A lo largo del tiempo, varios autores han expuesto diversas explicaciones acerca de la ansiedad.

Lazarus (1976) considera que la ansiedad es un fenómeno común a todas las personas y que dentro de los niveles esperables permite un mejor rendimiento y adaptación a las distintas esferas del medio en que los individuos se desenvuelven. La función más importante es la de generar cierta movilización frente a situaciones amenazantes o preocupantes a fin de que se lleven a cabo las tareas necesarias evitar riesgos o afrontarlos de la manera más adecuada posible (citado por Virues Elizondo, 2005).

Beck (1985) se refiere a la ansiedad en términos de una percepción incorrecta que se basa en falsas premisas generadas por el propio sujeto (citado por Virues Elizondo, 2005).

Lang (2002) establece que la ansiedad se configura como una respuesta emocional emitida ante la percepción de ciertas situaciones como amenazantes o peligrosas por parte del individuo (citado por Virues Elizondo, 2005).

2.1.2.3. Bases biológicas de la ansiedad

La ansiedad se manifiesta a través de una activación neurovegetativa o autonómica, producida por la liberación de adrenalina y noradrenalina. Se acompaña de cambios fisiológicos tales como aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, aumento de la tensión arterial, vasoconstricción cutánea y vasodilatación muscular. Esta activación

posibilita la adaptación a situaciones amenazadoras para la integridad a través de conductas de inmovilización, huida o lucha (Suárez Richards, 2000).

2.1.2.4. Ansiedad normal

De acuerdo con Goytia (2004) cierta cuota de ansiedad resulta necesaria para la supervivencia, ya que genera motivación para la acción.

Hasta cierto punto, la ansiedad se experimenta como una sensación normal, ya que permite adaptarnos a ciertas circunstancias y se genera como un factor motivacional fundamental en la vida (Suárez Richards, 2000).

La ansiedad se manifiesta como un mecanismo productivo cuando genera acciones apropiadas en el medio (Marchant, 2000).

La ansiedad normal puede ponerse de manifiesto a través de cada etapa evolutiva; por ejemplo, es común que los niños pequeños la experimenten al separarse de los padres, por temor a que ellos mismos o sus progenitores sufran algún daño, o por miedo a perderse, y en la etapa escolar pueden experimentar cierto temor a concurrir a la escuela, a los animales, a los desastres naturales o a la oscuridad (Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad, 2008).

Puede presentarse en relación con eventos tanto contextuales como internos, y desarrolla una intensidad y duración que se corresponden con el estímulo ansiógeno y cesa al ser éste resuelto; aún cuando dicho estímulo se prolonga en el tiempo, es esperable que la ansiedad vaya decreciendo o culmine (Cascardo & Resnik, 2005).

2.1.2.4.1. Cambios fisiológicos en la ansiedad normal

La respuesta de ansiedad se asocia a ciertos síntomas típicos; los mismos son:

- aumento de la tensión muscular que permite la preparación para actuar de manera rápida y ágil.
- incremento del pulso y la tensión, permitiendo que aumente el torrente sanguíneo de los músculos, los pulmones y el cerebro.
- Aceleración del ritmo de la respiración, lo que posibilita contar con una mayor cantidad de oxígeno para llevar a cabo el esfuerzo en el afrontamiento.
- Incremento de la transpiración a fin de aliviar el exceso de temperatura generado por la acción.

- Otras funciones corporales, tales como la digestión, pasan a un segundo plano. (Puchol Esparza, 2003).

2.1.2.5. Ansiedad patológica

Cuando los miedos propios del desarrollo evolutivo no son superados adecuadamente, pueden configurarse como ansiedad patológica, que por lo general contiene angustias profundas en su origen, tales como el miedo a la soledad, el temor a la muerte y el miedo a perder el control de sí mismo o de la realidad (Oliverio Ferraris, 2008).

Lo que hace que el miedo se torne desadaptativo es la intensidad, persistencia y falta de control de la ansiedad; además puede causar un cierto grado de deterioro en las distintas esferas de la vida a causa de los síntomas desencadenados en pos de controlar y evitar la ansiedad (Levy & Banderas, 2005).

Se manifiesta como una sensación displacentera y anticipatoria de que algo negativo puede suceder, lo cual provoca inquietud e impide interpretar de manera racional la dimensión de los problemas o situaciones respecto de expectativas futuras. A través de la ansiedad se piensa en términos de catástrofe y se revisten de mayor poder circunstancias que verdaderamente no lo tienen y se pierde la posibilidad de evaluar los recursos disponibles ante un hecho de manera apropiada (Goytia, 2004).

La ansiedad patológica no responde a un propósito útil por lo cual las funciones ordinarias se hallan deterioradas y puede llegar a ser totalmente incapacitante (Marchant, 2000).

Cascardo & Resnik (2005) sugieren que se está frente a un cuadro de ansiedad patológica cuando, aún habiendo reconocido un evento desencadenante, la intensidad no decrece proporcionalmente a la resolución del estímulo, como así también cuando los síntomas físicos y mentales son muy intensos, aún cuando la respuesta ansiosa es acotada en el tiempo.

Se considera que la ansiedad es patológica cuando es generada en ausencia de un motivo específico o cuando la activación cognitiva, autonómica y conductual resulta desproporcionada respecto del objeto que genera el miedo. Es “maladaptativa” y produce deterioro en los ámbitos en que las personas suelen desenvolverse (Suárez Richards, 2000).

La ansiedad está compuesta por: la conciencia de las sensaciones fisiológicas y la conciencia de estar asustado o nervioso, y esto puede padecer un aumento a causa del sentimiento de vergüenza.

La ansiedad genera efectos en el pensamiento, la percepción y el aprendizaje. Produce confusión y distorsión en la percepción del tiempo, el espacio, ciertos aspectos de las personas y el significado de los sucesos. A su vez, interfiere en la memoria, puede llegar a disminuir la concentración y producir una alteración en la capacidad de asociación (Kaplan & Sadock, 1999).

Este miedo irracional se remite a una cognición distorsionada y negativa de un peligro real, lo que a su vez genera una emoción distorsionada (Goytia, 2004).

Las personas ansiosas tienden a atender a ciertas cuestiones del entorno y desestimar otras en pos de demostrar que tienen razones para considerar una situación como amenazante y actuar en consecuencia (Kaplan & Sadock, 1999).

2.1.2.5.1. Síntomas de la ansiedad patológica

La ansiedad suele estar acompañada de síntomas de diferente índole (Levy & Banderas, 2005).

La sintomatología se encuentra fuertemente dominada por quejas de tipo hipocondríacas, acompañadas de un sentimiento de muerte inminente que expresa la angustia vivida intensamente; se suele observar a los pacientes agitados, molestos, inaccesibles a frases tranquilizadoras (Ajuriaguerra, 1996).

De acuerdo con el modelo cognitivo, cinco esferas del funcionamiento cambian cuando los niños se encuentran ansiosos; pueden experimentar diversos cambios:

- Conductuales: lo más frecuente es la evitación de las situaciones temidas.
- Fisiológicos: sudores, mareos, tensión muscular, dolor de estómago, ahogos y problemas digestivos.
- Emocionales: preocupación, terror, pánico, miedo e irritabilidad.
- Cognitivos: predicciones y expectativas catastróficas en el afrontamiento.
- Interpersonales: suelen ser tímidos y susceptibles a la evaluación negativa o el examen por parte de otros.

(Friedberg & Mc Clure, 2005).

De aquí en más pueden desarrollarse distintos trastornos en relación con la ansiedad. Generalmente, cuando su inicio se da en la niñez, tienden a perdurar durante la vida adulta, dejando secuelas psicológicas, sociales, familiares y académicas (Grau Martínez & Meneghello, 2000).

2.1.3. Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se diferencian tanto cuantitativa como cualitativamente de las sensaciones que se refieren a los nervios que normalmente pueden surgir de manera espontánea a partir del enfrentamiento con una situación amenazante para la integridad de un individuo (Puchol Esparza, 2003).

De acuerdo con la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad (2008), la ansiedad se torna un trastorno cuando resulta desmedida e interfiere en el desempeño de las personas en lugar de facilitarles su rendimiento. En los niños se puede considerar al presencia de un trastorno de ansiedad cuando las preocupaciones propias de la infancia son excesivas en cuanto a su frecuencia y magnitud, generando reacciones tales como llanto, marcada timidez, angustia desmedida ante la separación de sus padres (Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad, 2008)

Dichos trastornos son capaces de interferir negativamente en las habilidades y recursos disponibles con que se cuentan al momento de desenvolverse en el entorno de manera exitosa (Puchol Esparza, 2003).

Frecuentemente estos trastornos no son fáciles de ser percibidos en los niños ya que no suelen presentar problemas de conducta graves, pueden acompañarse de otros trastornos psiquiátricos (más frecuentemente depresión), suelen manifestarse con síntomas somáticos que llevan a los médicos a diagnosticar enfermedades médicas y los síntomas suelen ser negados u ocultarse (Grau Martínez & Meneghello, 2000). Lo más frecuente es que presenten dificultades en el dormir y el comer, llantos en apariencia inmotivados y, a medida que van desarrollando su lenguaje y creciendo en lo emocional, comienzan a verbalizar sus angustias y temores (Moreno Menguiano & cols., 2008).

Un rasgo que se presenta en todos los trastornos de ansiedad es la presencia de ansiedad excesiva cuyo carácter es patológico y que se pone de manifiesto en disfunciones de diversa índole y ciertos desajustes en aspectos cognitivos, conductuales y psicofisiológicos (Puchol Esparza, 2003).

Desde el punto de vista biológico, la ansiedad puede ser constituyente de un trastorno psiquiátrico cuando el aumento de “arousal” o alerta y su correspondiente descarga adrenérgica no reestablecen los valores normales de reposo una vez suprimido el factor estresante, lo hace de manera excesivamente lenta o no existe habituación, es decir,

disminución o culminación de la respuesta cuando el estímulo deja de ser evaluado como amenazador (Suárez Richards, 2000).

Cuando no se realiza un diagnóstico apropiado del trastorno y éste continúa desarrollándose a lo largo del tiempo, la persona puede sentirse impulsada a desenvolver una serie de conductas de evitación o huida que la hagan sentir protegida del potencial peligro, tales como salir lo menos posible de la casa y evitar todo tipo de contacto social (Puchol Esparza, 2003).

2.1.3.1. Teorías acerca de la etiología de los trastornos de ansiedad

- Ansiedad como activación del sistema nervioso: desde esta perspectiva se explica que los trastornos de ansiedad pueden generarse a partir de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. El trastorno se desenvuelve a través de síntomas que derivan del sistema nervioso vegetativo, y del sistema endócrino. Por otra parte, los síntomas de carácter psicológico se generan a partir de la estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral.
- Teoría psicodinámica: Freud (1894) considera que la angustia (actualmente denominada ansiedad) es un proceso puramente fisiológico insatisfecho, proveniente de la lucha interna del individuo entre los mandos del superyó y los instintos prohibidos (ello) (citado por Virues Elizondo, 2005).
- Teorías conductistas: comprenden la ansiedad como el resultante de un proceso de condicionamiento en el que el individuo asocia estímulos que en principio son neutros con eventos vividos como traumáticos y amenazantes para sí mismo. Por otro lado, la teoría del aprendizaje social considera que a su vez se puede desencadenar la ansiedad a partir de la observación de las conductas de personas significativas para el individuo.
- Teorías cognitivistas: estas teorías consideran que la ansiedad desarrolla como resultado de cogniciones patológicas a partir de las cuales el individuo percibe determinadas situaciones desencadenando un estilo de afrontamiento y conductas determinados. De este modo, las señales de alarma y amenaza provenientes del entorno producen ciertas respuestas neurofisiológicas que desencadenan la ansiedad.

(Virues Elizondo, 2005)

2.1.3.2. Clasificación de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se clasifican de la siguiente manera:

- Trastorno de ansiedad por separación:
- Fobia social.
- Trastorno de pánico.
- Trastorno de angustia con agorafobia.
- Trastorno de angustia sin agorafobia.
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
- Fobia simple.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés post-traumático.
- Trastorno de ansiedad debida a enfermedad médica.
- Mutismo selectivo
- Trastorno por estrés agudo
- Fobia escolar
- Trastorno de ansiedad generalizada.

(DSM-IV TR, 2000)

Este último será desarrollado y tratado en el presente trabajo.

3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

3.1. Descripción clínica del trastorno en niños

El estado de ansiedad persistente, síntoma central del trastorno, es generado por preocupaciones que resultan desproporcionadas respecto de la situación temida, y son difíciles de controlar para el propio individuo (Cía, 2001).

Cascado & Resnik (2005) se refieren a la “preocupación excesiva” como el síntoma cardinal, alrededor del cual se configuran los demás elementos; es generada voluntariamente, es decir, que el sujeto desea mantener activamente en su pensamiento un objeto de preocupación la mayor parte del día durante todos los días.

De acuerdo con Suárez Richards (2000), la ansiedad que distingue al Trastorno de Ansiedad Generalizada puede ser definida como “...un sentimiento penoso de expectación

que engendra la tendencia a la duda, desde el punto de vista intelectual; la inseguridad desde el punto de vista afectivo y la irresolución desde el punto de vista volitivo”.

En el año 1986 Barlow y cols. demostraron que las personas que no padecen el trastorno se preocupan por las mismas cuestiones que los individuos que sí lo padecen; la diferencia reside en que los primeros pueden controlar su preocupación y racionalizarla y los segundos se hayan en un estado constante de hipervigilancia del funcionamiento de su cuerpo (citado por Cascardo & Resnik, 2005).

Se considera al trastorno como una alteración de la ansiedad, por la cual los pacientes que padecen el trastorno presentan niveles del tono psicofisiológico en extremo elevado que implica una gran disfunción en respuestas que se corresponden con el sistema somático, aunque en menor medida en respuestas vinculadas al sistema simpático (presentan reacciones a nivel del sistema nervioso más reducidas que en el resto de los trastornos de ansiedad) (Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

En los individuos con trastorno de ansiedad generalizada se halla aumentado el procesamiento de la información que proviene de ciertas señales del entorno que son evaluadas como peligrosas para la propia seguridad o de los que los rodean; cambios en la rutina o actividades no planeadas suelen ser percibidas como amenazantes (Cascardo & Resnik, 2005).

Los sujetos que padecen este trastorno suelen describirse a sí mismos como muy nerviosos o sensibles y que suelen preocuparse en exceso por cuestiones de diversa índole (Cía, 2001).

Es común que el trastorno venga acompañado de trastornos del sueño tales como: sueño superficial, no reparador, insomnio de conciliación, intermedio o final (Cascardo & Resnik, 2005).

En la esfera de lo afectivo, el paciente presenta inseguridad, vulnerabilidad y temor de que le suceda algo malo a sí mismo o a sus seres queridos y se sobresalta ante cualquier cambio ambiental debido a su estado de hiperalerta (Suárez Richards, 2000).

De acuerdo con DSM-IV TR (2000), la principal característica del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas observadas a lo largo de un período de más de seis meses. Ese estado de preocupación puede volverse incontrolable para el niño e ir acompañado de al menos uno de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

Según el DSM-IV TR (2000), las preocupaciones de los niños suelen relacionarse con su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Se preocupan en exceso sobre hechos o actos del pasado, presente y futuro (Grau Martínez & Meneghello, 2000).

En los niños los síntomas más frecuentes son la irritabilidad, la disminución del rendimiento académico y las alteraciones conductuales (Moreno Menguiano & cols., 2008).

Suelen presentar quejas de tipo somáticas, se los observa inquietos, como si se sintieran incómodos en su propia piel. Los problemas más comunes que presentan son: mareos, sudores, dolores de estómago, tensión muscular, palpitaciones, ahogos y problemas digestivos; por lo general ya han consultado al pediatra antes de realizar una consulta psicológica (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Suelen decir que sienten como “aleteos”, “tembleques” o que están “saltarines” (Friedberg & Mc Clure, 2005).

3.2. Criterios diagnósticos

De acuerdo con el DSM-IV TR (2000) los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada, también denominado “trastorno por ansiedad excesiva infantil” son los siguientes:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

(1) Inquietud o impaciencia

(2) Fatigabilidad fácil

(3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

(4) Irritabilidad

(5) Tensión muscular

(6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

3.3. Componentes del trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia a dos eventos fundamentales: la preocupación en exceso e imposible de controlar y la sobreestimación de que se puede estar padeciendo una patología física (Cascardo & Resnik, 2005).

Según el DSM-IV TR (2000) el trastorno posee tres componentes:

- Cognitivo: se refiere a la presencia de las preocupaciones persistentes durante la mayor parte del tiempo en estado de vigilia.
- Conductual: incapacidad de control de la ansiedad, lo cual genera consecuencias negativas en las actividades.
- Fisiológico: presencia de síntomas que se acompañan de un aumento de la vigilancia, problemas en el dormir, inquietud, temblores, cefaleas, dificultades en la concentración, irritabilidad.

(citado por Cía, 2001).

Para Friedberg & Mc Clure (2005) dichos componentes pueden manifestarse de diferentes formas en los niños.

Los síntomas conductuales son los más notorios y el más característico es la evitación respecto de las situaciones que temen y suelen ser llevados a la consulta psicológica porque ya no pueden seguir evitando dichas circunstancias o porque esa conducta acarrea un costo muy elevado. Conductas que demuestran esto pueden ser morderse las uñas, chuparse el pulgar, actuar de forma hipervigilante o compulsiva, distraerse con facilidad y parecer incansables (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Respecto de los síntomas cognitivos, dichos autores señalan que suelen manifestarse en diálogos interiores invadidos por predicciones y expectativas de catástrofe al momento de afrontar diversas situaciones; siempre están esperando que ocurra lo peor.

Friedberg & Mc Clure (2005) se refieren también al componente emocional, que se pone de manifiesto a través de síntomas como el terror, el pánico, la preocupación, el miedo y la irritabilidad.

3.4. Teorías acerca del Trastorno de Ansiedad Generalizada

De acuerdo con Beck (1985) el trastorno de ansiedad generalizada puede desarrollarse a partir de una serie de esquemas cognitivos que el individuo ha ido adquiriendo a lo largo de su desarrollo respecto de ciertas situaciones que pueden resultarle amenazantes (citado por Virues Elizondo, 2005). El autor explica que en dichas situaciones, se manifiestan distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos, es decir, percepciones erróneas acerca de la capacidad de afrontamiento a nivel cognitivo, lo que a su vez desencadena cierta activación emocional y conductual. Los esquemas cognitivos suelen referirse a amenazas sobre las relaciones sociales, la ejecución, el rendimiento, la identidad personal, la autonomía y la salud (citado por Virues Elizondo, 2005).

Las distorsiones cognitivas que se presentan en el trastorno de ansiedad generalizada son:

- *Inferencia arbitraria-visión catastrófica*: sin suficientes evidencias, el individuo efectúa una valoración de tipo catastrófica respecto de las situaciones temidas.
- *Maximización*: el individuo aumenta las probabilidades del riesgo de sufrir algún daño.
- *Minimización*: el sujeto percibe disminuida su capacidad de afrontamiento ante el potencial peligro.

Wells (1997) por su parte, sostiene la idea de que los sujetos que padecen el trastorno de ansiedad generalizada poseen, por un lado, fuertes creencias acerca de que su

preocupación resulta de suma utilidad como estrategia para enfrentar sucesos negativos, y por otro lado, sostienen creencias negativas acerca de la preocupación en sí misma, valorada por ellos como peligrosa e incontrolable (citado por Cascardo & Resnik, 2005). Esta actividad intrusiva y circular del pensamiento es utilizada entonces como un instrumento de defensa. Esta preocupación puede estar referida tanto a cuestiones externas e internas, tanto físicas como cognitivas, y es denominada por el autor “*preocupación tipo I*”.

Pero a su vez el individuo puede sentirse incómodo por su permanente estado de preocupación y llegan a percatarse del desgaste mental que ello les genera, temiendo llegar al “*quiebre mental*”. Wells (1997) define a este mecanismo “*preocupación tipo II o meta-preocupación*”.

Con estos dos tipos de preocupación instalados, las áreas de funcionamiento conductual, emocional y de control del pensamiento contribuyen a que la preocupación se generalice y se torne incontrolable.

3.5. Comorbilidad

Es habitual que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, tanto niños como adultos, presenten o hayan presentado criterios de diagnóstico para alguna otra patología; las más comunes son trastornos del estado de ánimo (trastorno distímico o trastorno depresivo mayor), otros trastornos de ansiedad (comúnmente pánico y fobias), trastorno obsesivo-compulsivo, enfermedades médicas (Cía, 2001; DSM-IV, 1995).

También frecuentemente los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, presentan otros trastornos asociados al estrés, tales como cefaleas y síndrome de colon irritable (DSM-IV TR, 2000).

Estudios estadísticos indican que sólo uno de cada cuatro o cinco pacientes no presentan otro trastorno en comorbilidad (Cascardo & Resnik, 2005)

3.6. Diagnóstico diferencial

El trastorno de ansiedad generalizada se debe diferenciar en principio del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, ya que los síntomas ansiosos se consideran como consecuencia de los efectos fisiológicos de la enfermedad (DSM-IV TR, 2000).

El trastorno debe diferenciarse también de las siguientes patologías:

- trastorno depresivo mayor
- distimia
- trastorno obsesivo compulsivo
- trastorno de pánico
- trastornos del humor
- abuso o abstinencia de sustancias

(Cía, 2001)

3.7. Etiología del Trastorno de Ansiedad Generalizada

De acuerdo con Cía (2001) el trastorno se desenvuelve a partir de la combinación de diversos factores tales como: la predisposición genética, rasgos de personalidad, sucesos vitales estresantes.

Levy & Banderas (2005), sugieren que el desenvolvimiento del trastorno en los niños puede atribuirse a diferentes causas tales como: vínculos inconsistentes o no proveedores de seguridad o débiles, situaciones traumáticas específicas, conflictos en la pareja, o enfermedad o amenaza real de muerte de alguno de los padres.

Según la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad (2008) puede existir un origen multicausal en el desenvolvimiento del trastorno en el que se combinan factores genéticos, temperamentales, ambientales y psicosociales. También los niños que presentan rasgos de inhibición comportamental, como la presencia de trastornos de ansiedad en familiares directos poseen mayores probabilidades de desarrollar el trastorno (Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad, 2008).

3.8 Influencia de la familia en el desarrollo del trastorno

La ansiedad en los niños puede darse a partir de la identificación con uno o ambos padres ansiosos (Ajuriaguerra, 1996).

La Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad (2008) advierte que las actitudes ansiosas de los padres para con sus hijos van imprimiendo un modelado a lo largo del desarrollo que favorece al desenvolvimiento de los trastornos de ansiedad.

Barlow (1986) sugiere que los procesos de tensión, hipervigilancia y preocupación excesiva probablemente emerjan de exigencias por parte de los padres hacia sus hijos desde la temprana infancia (citado por Cascardo & Resnik, 2005).

De acuerdo con Friedberg & Mc Clure (2005) los padres de los niños ansiosos suelen involucrarse en exceso o demasiado poco en las vidas de sus hijos. En ciertos casos se muestran distantes y alejados de ellos y llegan a la consulta con el terapeuta con la pretensión de que el profesional “repare” las dificultades de los niños y, por lo general, no se presentan en las sesiones familiares y no realizan las tareas prescritas. Otros de ellos sobreprotegen a sus hijos y se ocupan en exceso de evitar que se enfrenten con estresores vitales que resultan inevitables, ya que carecen de confianza en la capacidad de afrontamiento que poseen (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Las familias en las que los niños presentan dicho trastorno, suelen ser excesivamente cariñosas, sobreprotegiéndolos y preocupándose por ellos en exceso (Kaplan & Saddock, 1999). De acuerdo con Cascardo & Resnik (2005), los padres suelen ser “sobreprotectores”, “aprensivos y generadores de miedo”, e “hipercríticos”.

De una u otra manera, los padres inhiben el proceso de aprendizaje de la capacidad de resolución de problemas y el desarrollo de habilidades de los niños; así el niño va construyendo una pobre autoimagen de indefensión, dejando de lado su autonomía e independencia (Levy & Banderas, 2005).

El apego ansioso en los vínculos de padres e hijos promueve que los niños tiendan a desarrollar la ansiedad (Cascardo & Resnik, 2005). Borkovec (1994) considera que existen dos posibles mecanismos implicados en la configuración del trastorno de ansiedad generalizada: por un lado, la historia personal que incluye sucesos vitales de carácter traumático, y por el otro, la constitución de lazos afectivos inseguros durante la infancia (citado por Belloch, Sandín & Ramos, 1995)

La calidad del vínculo materno-filial cumple un papel sumamente importante en el desarrollo de los trastornos de ansiedad en niños. La presencia de madres con trastornos de ansiedad, que desarrollan un vínculo inseguro con sus hijos, aumenta considerablemente la probabilidad de que sus hijos también padezcan un trastorno de ansiedad (Kaplan & Sadock, 1999).

En cuanto a la configuración del grupo familiar, Minuchin & Fishman (1981) se refieren a familias de “pas de deux” a aquellas que están conformadas por dos miembros, como por ejemplo, la madre y el hijo. Consideran que, en estos casos es muy probable que ambos se encuentren muy apegados. En este caso (madre e hijo) es probable que el niño pase bastante tiempo en compañía de adultos y menos de lo común con niños de su edad, por lo cual quizás tenga con ellos pocas cosas en común y se encuentre en desventaja en ciertos juegos físicos. Se interesa más en los temas de los adultos que de sus coetáneos, por lo

que parecerá más maduro. La madre puede satisfacer las necesidades de su hijo pero puede tender a interpretarlo en exceso, por lo cual se puede dar un estilo de vinculación intenso que a la vez promueva la mutua dependencia, casi simbiótica, y el resentimiento recíproco.

4. TRATAMIENTO EN NIÑOS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

4.1. La psicoterapia en la infancia

La psicoterapia con niños es inevitablemente atravesada por la etapa evolutiva en que se encuentran y por su estrecha fijación con la familia; son los padres los que llevan al niño a la consulta psicológica, y puede ocurrir que ellos mismos manipulen al hijo como vía de escape de sus propias dificultades, considerando al niño como el principal paciente (Flaherty, Channon & Davis, 1991).

Así, puede ocurrir que algunos niños que disfrutaban de la terapia y progresaban de manera significativa, deben abandonar la terapia por decisión de sus padres por diversos motivos, como así también, niños que tratan de evitar el proceso terapéutico o que no se sienten a gusto en la terapia deben continuar con ella obligatoriamente por cuestiones que les son ajenas (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Por lo tanto, resulta de suma importancia que el terapeuta pueda proveer al niño de un ambiente permisivo, carente de amenazas, en el cual se intente ayudarlo a que pueda comprender sus conductas, otorgándole claridad acerca de la realidad de su situación (Flaherty, Channon & Davis, 1991).

Para ello también es necesario que el terapeuta no deje de lado los sistemas en los cuales los niños se desenvuelven, tales como la familia y la escuela, ya que éstos pueden resultar reforzadores o extintores de sus habilidades de afrontamiento (Friedberg & Mc Clure, 2005).

4.1.1. Evaluación psicológica y elección del tipo de tratamiento

Flaherty, Chanon & Davis (1991) sugieren que, para establecer una estrategia de tratamiento de los trastornos psicológicos, resulta fundamental haber realizado

previamente una evaluación del paciente lo más abarcadora posible, de acuerdo a lo que el contexto y el paciente permitan.

De acuerdo con Friedberg & Mc Clure (2005) previamente a elegir el tipo de tratamiento y las técnicas a utilizar se debe realizar la “*conceptualización*” de cada caso particular, es decir, establecer hipótesis acerca de por qué ciertos síntomas emergen, la forma en que factores ambientales, interpersonales e intrapersonales contribuyen en la formación de los síntomas y cómo los diferentes síntomas se relacionan entre sí.

Cía (2001) refiere que es fundamental realizar un diagnóstico adecuado para formular las estrategias de tratamiento, lo que se logra básicamente a partir de las entrevistas clínicas, habiendo descartado previamente factores médicos que podrían estar incidiendo en el desarrollo del trastorno.

También, para elegir el tipo de tratamiento adecuado, es preciso conocer las necesidades del individuo y la capacidad con la que cuenta para dar respuesta al tratamiento; esto se logra a través de una comunicación empática y una relación de colaboración entre el paciente y el terapeuta (Flaherty, Chanon & Davis, 1991).

Una vez cumplidos los objetivos anteriormente mencionados, se debe informar a la familia del paciente acerca del problema a ser tratado, explicarles cuales serían las causas y las posibilidades de recuperación; esto formaría parte de un proceso psicoeducativo que puede otorgar cierto alivio al paciente como resultar también terapéutico en sí mismo (Cía, 2001).

4.1.2. Tipos de tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada

En términos generales, el tratamiento psicoterapéutico del trastorno de ansiedad generalizada tiene como principal objetivo que el niño pueda reducir su excesiva sensación de temor, adquiriendo seguridad y confianza en sí mismo y aumentando su sentimiento de eficacia y reforzando su capacidad de afrontamiento (Levy & Banderas, 2005).

Para ello existen dos tipos diferentes de abordaje:

- tratamiento farmacológico
- tratamiento psicosocial

4.1.2.1. *Tratamiento farmacológico*

En cuanto al tratamiento farmacológico, es recomendable la prescripción de medicación en niños sólo en aquellos casos en los que el sufrimiento se torna insostenible o el trastorno

trae aparejado un estancamiento del niño en cuanto a su desarrollo y socialización de acuerdo a lo esperable para la etapa evolutiva que atraviesa (Fernández Irusta, 2007). El tipo de fármaco y el momento en que será indicado variará de acuerdo a la gravedad del trastorno y las características particulares de cada niño; el psiquiatra debe discutir previamente con los padres acerca del tipo y el perfil de efectos colaterales de los posibles fármacos a administrar (Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad, 2008).

4.1.2.2. Tratamiento psicossocial

En lo referente al tratamiento psicossocial el principal abordaje es el cognitivo-conductual; el abordaje conductual se centra en forma directa en los síntomas somáticos, mientras que desde la perspectiva cognitiva se intentan modificar distorsiones en el pensamiento del paciente (Kaplan & Sadock, 1999).

Estudios preliminares sugieren que resulta más efectiva la combinación de ambas técnicas que cualquiera de las dos por separado (Kaplan & Sadock, 1999).

4.2. Terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada

De acuerdo con Hart & Morgan (1993) la terapia cognitiva está basada en la teoría del aprendizaje social y a su vez se vale de técnicas que provienen de los modelos de condicionamiento clásico y operante (citado por Friedberg & Mc Clure, 2005).

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1997) supone que el entorno, las características personales y el comportamiento situacional de un individuo se determinan entre sí, y por otra parte, que la conducta resulta ser un fenómeno dinámico que se encuentra evolucionando de manera constante (citado por Friedberg & Mc Clure, 2005).

La terapia cognitiva tiene tres características: estudia la forma en que la realidad es percibida, analiza el modo de procesamiento de la información, intenta encontrar la manifestación del pensamiento en la emoción y en la conducta (Goytia, 2004)

Posee como premisa fundamental que los sujetos ansiosos padecen sufrimiento a causa de sus *pensamientos distorsionadores*, es decir, percepciones erróneas acerca de su realidad, lo que a su vez condiciona su manera de sentir y actuar (Goytia, 2004).

Por otra parte, toma en cuenta que los síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos se desencadenan dentro de un contexto interpersonal y ambiental, por lo tanto

en la terapia infantil se incorporan aspectos que guarden relación con los contextos sistémicos, interpersonales y culturales (Friedberg & Mc Clure, 2005). De acuerdo con Alford & Beck (1997) el terapeuta debe intervenir a nivel cognitivo-conductual a fin de poder ejercer su influencia en los patrones de pensamiento, conducta, emoción y reacción corporal que refuerzan la patología (citado por Friedberg & Mc Clure, 2005).

Las emociones de los niños son determinadas por la forma en que interpretan sus experiencias, por lo cual resulta fundamental que sus puntos de vista sean considerados un elemento central a lo largo del tratamiento. A esos modos de interpretar las situaciones se los denomina *pensamientos automáticos*; son pensamientos que surgen en la conciencia de los niños en diversas situaciones al experimentar algún cambio en el estado de ánimo (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Uno de los objetivos que conforman la terapia es que el niño pueda aprender a reconocer esos pensamientos automáticos, pueda discutirlos y el terapeuta ofrecer diferentes estrategias para el manejo de los mismos (Goytia, 2004).

De acuerdo con Knell (1993) la terapia cognitiva con niños, al igual que con los adultos, centra su foco en los problemas, es activa y es dirigida por objetivos; se centra en el aquí y ahora y dirige su foco hacia la experiencia, dado que los niños se predisponen naturalmente a aprender a través de la acción (citado por Friedberg & Mc Clure, 2005).

Este enfoque pone su énfasis en la resolución de problemas y en la percepción que los niños poseen acerca de su entorno, de las relaciones con quienes los rodean y de sí mismos (Stirtzinger, 1983; Trad & Raine, 1995) (citado por Friedberg & Mc Clure, 2005).

Los terapeutas cognitivos se apoyan en el uso de diversos instrumentos de evaluación, tales como tests psicométricos, proyectivos y entrevistas, ya que facilita el establecimiento tanto de los objetivos iniciales de tratamiento como de las estrategias de intervención futuras, ya que dichos elementos arrojan información acerca de la presencia de síntomas, su frecuencia, duración e intensidad (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Por otra parte, es necesario que en la terapia se incluya a la familia del niño, es decir, emprender con ellos tareas de psicoeducación a fin de que puedan comprender la naturaleza del trastorno que el niño padece y tengan la oportunidad de colaborar en su proceso de recuperación (Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad, 2008).

La terapia cognitivo-conductual ofrece una serie de técnicas específicas para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en niños, que serán expuestas en el capítulo siguiente.

4.2.1. Técnicas

La terapia cognitiva con niños dispone de diversas técnicas, algunas de uso común y aplicables para el tratamiento de todas las problemáticas o trastornos psicológicos, y otras específicas para cada trastorno (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Algunas de las técnicas generales de la terapia cognitiva con niños son:

- Técnicas narrativas: el terapeuta indica al niño que cuente una historia que no conozca previamente, que debe tener un comienzo, un desarrollo y un final, conteniendo una enseñanza o moraleja (Gardner, 1986). Al concluir el niño, el terapeuta completa la historia con otro final inventado por él, en el que ofrece una respuesta de afrontamiento más adaptativa que la ofrecida por el niño. A partir de los personajes recreados por el niño, el terapeuta obtiene información acerca de patrones de pensamiento del niño, los métodos que utiliza para la resolución de problemas y sus reacciones emocionales, como también el modo en que percibe a las personas que lo rodean (citado por Friedberg & Mc Clure, 2005).
- Terapia de juego: a través del uso de diferentes juegos (tales como muñecos, cartulinas, juegos de mesa, arcilla) el terapeuta puede enseñar al niño modos de afrontamiento adaptativos a través de la activación de emociones. Los juegos se utilizan como estímulos para identificar pensamientos y emociones, corregir patrones de afrontamiento y enseñar habilidades sociales (Friedberg & Mc Clure, 2005).
- Tareas para casa: las tareas asignadas por el terapeuta al niño son de gran utilidad ya que facilitan el proceso de adquisición de habilidades y promueven su aplicación en contextos y situaciones de la vida real (Spiegler & Guevremont, 1998) (citado por Friedberg & Mc Clure, 2005). Permite que los niños pongan en práctica lo aprendido en las sesiones de terapia en los entornos en que se desenvuelve (Friedberg & Mc Clure, 2005). Las tareas deben ser elegidas y diseñadas con anticipación y al momento de indicarlas al niño deben elaborarse en conjunto con él. Es fundamental concretar los detalles del modo en que debe

realizarla, y se deben dividir en pasos que avancen gradualmente. Puede ser útil comenzar la tarea en sesión, ya que de esa manera el terapeuta puede percibir las dificultades con las que el niño puede llegar a encontrarse al realizarla. En cada sesión se debe hacer un seguimiento de las tareas asignadas en la sesión anterior.

- Producción de dibujos: la realización de dibujos resulta eficaz como medio para fortalecer el vínculo entre el niño y el terapeuta y facilita la evaluación e intervención. Al comienzo del tratamiento se suele indicar la realización de dibujos libres ya que contribuyen a la formación de una relación empática entre el niño y el terapeuta a la vez que aportan datos acerca de los intereses, inquietudes y estilo cultural del niño, como así también de la percepción de sí mismo y de sus relaciones con los otros, sus temores y estilos de procesamiento de la información. Otra estrategia que se puede llevar a cabo es solicitar al niño que se dibuje a sí mismo en un rol que elija para afrontar sus problemas (como por ejemplo, en el caso de niños con ansiedad el terapeuta puede sugerirle ser un “maestro de los miedos” o “solucionador de problemas”) o bien el terapeuta puede colaborar en la producción de un dibujo acerca de un tema determinado (como ser las relaciones con sus compañeros de colegio, la hora de dormir, sus temores); de esta manera se fomenta la participación activa del niño en la terapia (Bunge, Mandil & Gomar, 2007).

Respecto del tratamiento en niños con trastorno de ansiedad generalizada, existen diversas estrategias cognitivas específicas que pueden ayudar a los niños a controlar su ansiedad. Estas implican la exposición a las situaciones temidas, así como también que puedan expresar frases de autosuperación que se dirijan a aumentar sentimientos de control y autonomía (Kaplan & Sadock, 1999).

Friedberg & Mc Clure (2005) exponen una serie de técnicas específicas para cada fase del proceso de tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en niños.

Las técnicas propuestas por los autores son:

- 1) Automonitorización: el objetivo principal es que el niño pueda llegar a identificar sus pensamientos, emociones y conductas que refuerzan los síntomas del trastorno. Las técnicas que pueden ser aplicadas a lo largo de esta fase son:
 - Pintar burbujas: esta técnica consiste en que el niño pinte una serie de burbujas referentes a cada miedo que experimenta.

- Vías de miedos: esta técnica se vale de uso de la metáfora de un tren, unas vías y una estación; se le solicita que dibuje un tren y éste debe seguir el camino que recorren sus miedos, pasando por diferentes estaciones (estación Quién, estación de la Mente, estación Dónde, estación de la Acción, estación del Cuerpo y estación de las Emociones). Al detenerse en cada una el niño debe responder a una serie de preguntas que el terapeuta formula. Así, el niño tiene la posibilidad de aprender a reconocer la relación entre situaciones, pensamientos, emociones y acciones.
- 2) Relajación: este tipo de intervención resulta sumamente efectiva en niños que presentan síntomas somáticos. A través de instrucciones previamente elaboradas por el terapeuta, se intenta que el niño pueda enfocar la atención en su propia respiración y en su tensión muscular. Se puede aplicar de dos maneras.
- Relajación muscular progresiva: se puede aplicar de manera graduada, es decir, que se puede comenzar, por ejemplo, con sólo dos grupos musculares, dado que el sólo hecho de que el niño deba centrarse en sus sensaciones corporales puede resultar generador de ansiedad.
 - Respiración controlada: se intenta con esta técnica que el niño pueda tener un registro de sus sensaciones corporales ante determinadas situaciones, ofreciéndole la oportunidad de que pueda llegar a sentir que es capaz de no perder el control de sí mismo. Para que la tarea se más llevadera para el niño, se pueden utilizar diferentes elementos, como por ejemplo burbujas de jabón al expirar.
- 3) Contracondicionamiento: se basa en la *desensibilización sistemática*, es decir, la exposición o recreación de situaciones temidas en las que el niño pueda identificar detalles acerca de sus sensaciones fisiológicas, emocionales, cognitivas e interpersonales referentes a su sensación de temor. Para que este proceso se lleve a cabo de manera efectiva es fundamental que previamente haya efectuado de manera efectiva las técnicas de relajación anteriormente mencionadas. Luego se le solicita al niño que imagine un lugar que le resulte seguro y en el que pueda imaginarse a sí mismo confiado y tranquilo, para ir incorporando progresivamente las situaciones ansiógenas dentro de ese lugar.
- 4) Entrenamiento en habilidades sociales: se intentan recrear con el niño aquellas situaciones sociales en que se desencadenan los síntomas ansiosos.
- Juegos con muñecos: se propone al niño que elija entre algunos muñecos aquellos que representen a sí mismo y a las personas que los rodean o a quienes teme en

determinadas situaciones, y se lleva a cabo una dramatización de la situación junto con el terapeuta.

- Banco de niebla: es una técnica que pretende que el niño adquiera habilidades para responder a quienes siente que los molestan; haciendo uso del sentido del humor se busca desconcertar al otro que busca una reacción negativa.
 - Ignorar: se intenta que el niño pueda lograr ignorar las situaciones que le generan ansiedad, o entrenarlo para que pueda buscar una distracción en su mente que le permita no involucrarse negativamente en la situación.
 - Observación: se le indica al niño que observe la manera en que actúan otros niños en las situaciones que considere generadoras de ansiedad para sí mismo, tomando en cuenta las estrategias que ellos despliegan para afrontar la situación, identificando las consecuencias tanto positivas como negativas de esas estrategias. Luego se induce al niño para que saque sus propias conclusiones acerca de cuáles son las mejores opciones para afrontar la situación.
 - Role-playing: técnica a través de la cual se simula una situación real determinada, representando el niños y el terapeuta distintos personajes. El terapeuta, realiza una serie de preguntas al niño a fin de obtener información acerca de la persona que representará y luego lleva a cabo la simulación introduciendo elementos que provoquen cierto malestar en el niño a fin de conocer sus reacciones e intervenir en ellas.
- 5) Técnicas cognitivas de autocontrol: persiguen como objetivo principal que el niño pueda construir pensamientos de afrontamiento que se contrapongan a su sensación de ansiedad.
- Hablar con el miedo: en un primer momento es el terapeuta quien formulará las frases de afrontamiento; luego es el niño quien formula las propias y las escribe en una ficha y se le ofrece la posibilidad de que las pueda llevar consigo en situaciones en las que cree que se puede sentir ansioso.
 - El terrible sospechoso: esta técnica tiene por objetivos ir desarmando los pensamientos catastróficos propios del trastorno de ansiedad generalizada. El terapeuta enseña al niño a cuestionar sus predicciones. Se le indica al niño que escriba su predicción generadora de ansiedad y luego se cuestiona hasta que punto está seguro de que lo que le preocupa sucederá realmente y si ha ocurrido previamente. El niño debe elegir entre las opciones Poco seguro/ Bastante seguro/ Muy seguro. Si responde afirmativamente a alguna de las preguntas, se le cuestiona hasta que punto fue tan

terrible la situación. Por último se hace una revisión de sus respuestas y se le solicita al niño que extraiga una conclusión.

- Alarmas verdaderas versus falsas: se le pide al niño que puntúe sus preocupaciones en determinadas situaciones en una escala del uno al diez, y luego se verifica si verdaderamente sucedió lo que temía en cada situación; así el niño puede verificar de manera conciente si su temor guarda o no relación con la realidad.

- Sólo porque: a través de esta técnica se propone al niño que formule un pensamiento negativo anteponiéndole la frase “Sólo porque...” y luego contrastar dicho pensamiento y los hechos concretos y reales.

6) Procedimientos basados en la ejecución:

- Exposición: se realiza la técnica indicando al niño que imagine la situación temida, y se va elaborando un registro del nivel de ansiedad, los pensamientos y las emociones que se le generan. Que el niño pueda recopilar información acerca de la situación puede ayudarlo a establecer hasta que punto sus temores se corresponden con el suceso ansiógeno. También se puede aplicar la técnica a través de la producción de manualidades tales como dibujos que representen dicha situación.

7) Autorrecompensa: se pretende recompensar los logros alcanzados por el niño, sabiendo que puede funcionar como un medio de reforzamiento en el proceso de mejoramiento.

- Medalla de valor: se le entrega una medalla al niño con una serie de preguntas como: ¿a qué miedo me he enfrentado?, ¿cuánto tiempo y con qué frecuencia pude afrontar mi miedo?, ¿de qué maneras puedo afrontar mi miedo?, ¿qué cosas me han ayudado al afrontarlo? Al responderlas el niño va tomando conciencia de sus logros y de las estrategias de afrontamiento que ha ido adquiriendo a lo largo del proceso terapéutico.

4.2.2. Proceso de tratamiento

Kendall (1994) propone un modelo cognitivo-conductual de tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada con niños, en el que se emplean algunas de las técnicas anteriormente mencionadas.

El tratamiento propuesto por el autor se desarrolla a lo largo de dieciséis sesiones con frecuencia semanal con una duración de entre cincuenta y sesenta minutos. Los objetivos principales del tratamiento son:

- Que el niño reconozca los síntomas de ansiedad y las reacciones somáticas.
- Modificar los pensamientos ansiosos.

-Desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad, el terapeuta y el niño en conjunto.

-Que el niño pueda evaluar su propia actuación y autorreforzarse cuando sea adecuado.

La totalidad de las sesiones se dividen en dos bloques; a lo largo del primero las sesiones se componen de entrenamiento de habilidades, y a lo largo del segundo se pretende poner en práctica las habilidades aprendidas. Cada sesión se compone de la siguiente manera:

Primer bloque:

-Sesión 1: El terapeuta toma contacto con el niño, obteniendo información acerca de las situaciones que le provocan ansiedad.

-Sesión 2: Distintos tipos de sentimientos del niño son identificados.

-Sesión 3: Se construye una jerarquía acerca de las situaciones generadoras de ansiedad en el niño a fin de diferenciar sus reacciones ansiosas respecto de otras reacciones, identificando a su vez sus propias reacciones somáticas.

-Sesión 4: Se lleva a cabo un entrenamiento en relajación a partir de una grabación auditiva realizada fuera de las sesiones, y se solicita colaboración de los padres en el cumplimiento de los objetivos del tratamiento, intercambiando a su vez información acerca de la ansiedad del niño.

-Sesión 5: Se pretende que el niño reconozca autoverbalizaciones en las situaciones que le generan la ansiedad.

-Sesión 6: Se desarrollan en conjunto estrategias de afrontamiento de la ansiedad.

-Sesión 7: Se llevan a cabo ejercicios de autoevaluación y autorrefuerzo.

Sesión 8: Se realiza una revisión de los conceptos y habilidades aprendidas en las sesiones anteriores.

Segundo bloque:

-Sesión 9: Se lleva a cabo la práctica de las habilidades aprendidas en situaciones que no le provocan ansiedad para luego realizar una exposición ante situaciones que le generan un grado leve de ansiedad, primero de forma imaginaria y luego en vivo. Se utilizan técnicas de contracondicionamiento y role-playing.

-Sesiones 10 a 13: exposición del niño ante situaciones reales e imaginadas que le generan un alto grado de ansiedad, utilizando nuevamente técnicas de role-playing y administración de refuerzo.

-Sesiones 14 y 15: Se lleva a cabo la práctica de las habilidades de afrontamiento en situaciones generadoras de ansiedad. Elaboración de un trabajo en el que el niño junto con el terapeuta explican a otros niños cómo afrontar la ansiedad.

-Sesión 16: Se realiza una revisión de las estrategias aprendidas y se propone al niño la práctica de las habilidades de afrontamiento adquiridas en la vida diaria.

(citado por Orgilés Amorós & cols., 2003)

La eficacia de este modelo de tratamiento fue verificado por el autor en un estudio en el que se compararon dos grupos de niños diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada; el primer grupo recibió el tratamiento mientras que el segundo permaneció en lista de espera. Posteriormente se evaluó el grado de mejoría de los niños y se comprobó que el grupo que había recibido tratamiento presentaba una mejora significativa (Orgilés Amorós & cols., 2003).

Por otra parte, ciertos autores señalan la importancia de implicar a los padres en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en niños (Orgilés Amorós & cols., 2003).

Un grupo de investigación de Australia compuesto por Barrett, Dadds & Rapee (1996) replicó el mismo estudio realizado por Kendall (1994) pero incluyendo a un tercer grupo que recibió el mismo tratamiento de terapia cognitivo-conductual con intervención familiar. Para tal propósito utilizaron un manual elaborado por Barrett en 1995, llamado "Afrontamiento de la ansiedad en la familia". El objetivo de dicho manual era enseñar a los padres de los niños a recompensar el afrontamiento de situaciones generadoras de miedo en sus hijos y a colaborar en la extinción de la ansiedad, para lo cual previamente recibieron un entrenamiento de aplicación de refuerzos. También se instruyó a la familia en el manejo de sus propias tensiones emocionales y se los entrenó en habilidades de comunicación y resolución de problemas, a fin de mantener los logros terapéuticos luego de finalizado el tratamiento.

(citado por Orgilés Amorós & cols., 2003)

Cada sesión estaba compuesta de treinta minutos de terapia cognitivo-conductual con los niños y cuarenta minutos de intervención familiar.

Los grupos fueron comparados posteriormente y se comprobó que si bien los dos primeros grupos presentaban una mejoría, el grupo que había recibido intervención familiar presentaba una mejora significativamente superior.

(citado por Orgilés Amorós & cols., 2003)

Mendlowitz & cols. (1999) evaluaron la eficacia terapéutica de la intervención familiar a través de un programa de terapia cognitivo-conductual, también comparando a tres grupos:

en el primero recibieron tratamiento sólo los niños, en el segundo se llevaron a cabo además intervenciones con la familia, y el tercero no recibió tratamiento.

El tratamiento consistía de doce sesiones con frecuencia semanal de una hora y media de duración en las que se utilizó un manual elaborado por los autores llamado “Libro de trabajo del oso que se las arregla”. Los objetivos del uso del manual son: que el niño llegue a identificar su ansiedad y logre relajarse, enseñarle autosinstrucciones de afrontamiento a fin de modificar sus pensamientos ansiosos y a evaluar y reforzar sus esfuerzos por afrontar situaciones generadoras de ansiedad.

(citado por Orgilés Amorós & cols., 2003)

Además, al grupo cuyos padres tuvieron participación en el tratamiento, se les proporcionó un manual llamado “Claves para educar a tu hijo ansioso” (Manassis, 1996) que incluía estrategias conductuales para aprender a comprender la ansiedad de los hijos, como actuar frente a sus reacciones y la manera de colaborar con ellos para afrontar las situaciones temidas. Se realizaban también sesiones con el grupo familiar en las que se llevaban a cabo actividades de resolución de problemas y se indicaban tareas para casa con el propósito de que los padres aprendieran tanto a reforzar el afrontamiento de la ansiedad por parte de sus hijos como de poner en práctica lo aprendido durante las sesiones.

Si bien se comprobó, luego de una evaluación, que los dos grupos que recibieron tratamiento presentaron un descenso de síntomas de ansiedad en los niños, el grupo que recibió intervención familiar informó haber utilizado estrategias de afrontamiento y de refuerzo con más frecuencia, por lo cual los autores recalcan la importancia de implicar a los padres a lo largo de tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

(citado por Orgilés Amorós & cols., 2003)

Posteriormente, Shortt, Barrett & Fox (2001) diseñaron un modelo de tratamiento cognitivo-conductual, tomando como base los trabajos en los que se demostraban la eficacia de la intervención familiar en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en niños anteriormente mencionados. Para probar su eficacia compararon dos grupos: el primero recibió tratamiento con intervención familiar mientras que el segundo permaneció en lista de espera.

(citado por Orgilés Amorós & cols., 2003)

El programa estaba compuesto por técnicas de exposición, relajación, estrategias cognitivas e intervención familiar que apunta a la reestructuración cognitiva de los padres, entrenamiento en apoyo a la pareja, incentiva a la familia a formar una red de apoyo social, entrena a los padres en estrategias de refuerzo de las conductas de afrontamiento de los

hijos y a reconocer su propia ansiedad y en técnicas cognitivas de modificación de pensamientos negativos, se les enseña estrategias de comunicación y de resolución de problemas. Además, se pretende animar al niño a hacer amigos, a construir su propia red de apoyo social y a aprende de las experiencias de los demás.

Para tales propósitos, se contó con un libro de trabajo en el que se recopilaban las actividades realizadas con los niños en las sesiones, y un cuaderno para los padres en el que se detallaban las estrategias trabajadas.

El programa estaba compuesto por doce sesiones, cuyos diez primeros minutos se desarrollaban con los niños y sus padres a fin de informarles el contenido de la sesión, revisar las tareas para casa y evaluar la evolución de la familia. Luego, se realizaban intervenciones con los niños durante cincuenta minutos y al finalizar se los reunía nuevamente con sus familias con el objetivo de proponer tareas para casa para poner en práctica las estrategias aprendidas.

Los autores evaluaron a ambos grupos y los resultados mostraron que el grupo que había recibido tratamiento con intervención familiar presentaba una mejoría significativamente mayor, manteniendo los logros terapéuticos a lo largo del tiempo.

(citado por Orgilés Amorós & cols., 2003)

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

Descriptivo, estudio de caso único.

5.2. Participante

Niño de nueve años, quien es llevado a la consulta por su madre, derivado por el pediatra, que posee un trastorno de ansiedad generalizada.

5.3. Instrumentos

Entrevista de admisión y entrevista con la madre del niño, nueve sesiones con frecuencia semanal con el niño de media hora de duración en las que, además de juegos, se incluyen las siguientes técnicas:

-Cuento terapéutico: Actividad libre, que permite elaborar fantasías inconscientes; mediante la creación del mismo, los niños pueden expresar sus afectos y vivenciar activamente lo que es vivido pasivamente. En los personajes el niño puede identificarse y proyectar diferentes aspectos de sí mismo, además de ir integrando distintos aspectos de la personalidad (Bruder, 2000).

-Escala de ansiedad de Hamilton: Escala administrada por el terapeuta luego de la entrevista con el paciente. Consta de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último valora el comportamiento del paciente a lo largo de la entrevista. Cada ítem se puntúa de 0 a 4 de acuerdo a la valoración tanto de la intensidad de los síntomas como de su presencia. La puntuación total es la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Para su análisis no se registran puntos de corte sino que se tiene en cuenta que una puntuación mayor indica una mayor intensidad de la ansiedad. El objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados con algún trastorno de ansiedad para valorar la severidad de la ansiedad de manera global tanto como para monitorizar la respuesta al tratamiento.

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran la ansiedad.

-Escala de Autoconcepto: Escala psicométrica elaborada en el año 1964 por E. Piers & D. Harris, y adaptada en Argentina en el año 1990 por María Martina Casullo (Casullo, 1990). Evalúa la percepción fenomenológica del sí mismo, partiendo de considerar el autoconcepto como una variable multidimensional operacionalizada por medio de seis indicadores: percepción del comportamiento social, apreciación del rendimiento intelectual, apreciaciones acerca del propio cuerpo, sentimientos de ansiedad, percepciones acerca del reconocimiento que otros hacen de la propia conducta, sentimientos de satisfacción o insatisfacción personal (Casullo, 1990).

- Test de Persona bajo la Lluvia: Es una técnica proyectiva en cuya interpretación se pretende obtener la imagen que el individuo tiene de sí mismo bajo condiciones ambientales desagradables, representando la lluvia el elemento perturbador que propicia la aparición de los mecanismos de defensa latentes en el individuo. Puede administrarse en forma individual tanto como grupal, es apropiado para todas las edades y puede utilizarse en diversos ámbitos (Querol & Chávez Paz, 2000).

-H.T.P: Técnica proyectiva que evalúa la imagen interna que el individuo tiene de sí mismo y de su ambiente, que cosas son importantes para él, y que es lo destacable y desechable. A través de los dibujos de la casa, el árbol y la persona, se expresan contenidos psicodinámicos respecto de sí mismo y del ambiente.

La casa, como lugar de vivienda, genera asociaciones con la vida en el hogar y las relaciones interfamiliares. El árbol, y la persona ponen de manifiesto aspectos de la imagen corporal y del concepto de sí mismo; permiten la transmisión de conflictos y defensas y conocer la estructura de la personalidad del examinado (Hammer, 1992). Suele utilizarse en un ambiente individual como parte de la evaluación inicial o dentro de una intervención terapéutica con un paciente (Buck, 1995).

-Familia Kinética: Prueba gráfica proyectiva que se utiliza para evaluar aspectos emocionales en el niño, y como éste percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia, considerada ésta como un sistema, y como se incluye él en la misma. Además pone de manifiesto aspectos de la comunicación del niño con los miembros de su familia y de los miembros entre sí. Se basa en la premisa de que el dibujo constituye el contenido manifiesto que requiere de una interpretación, dado que se encuentran contenidos latentes en la representación que el niño hace de su familia (Esquivel & Heredia, 1999). Para su interpretación también se toma en consideración el enfoque estructural de Minuchin (1968), quien establece que la familia es una estructura que conforma un sistema abierto. Desde esta perspectiva, la familia funciona como una

totalidad, en la que las conductas de los miembros se relacionan entre sí dependiendo, a su vez, los unos de los otros. Asimismo, cada individuo compone un subsistema dentro del sistema familiar (citado por Esquivel & Heredia, 1999).

5.4. Procedimiento

Se participó de la entrevista de admisión con la madre, una entrevista con la madre, y de nueve sesiones con el niño junto con la terapeuta a cargo del tratamiento. A partir de los datos reunidos en la historia clínica y de los datos obtenidos de las técnicas administradas, se describe el proceso de tratamiento, las intervenciones realizadas, la evolución del niño durante el tratamiento y las conductas de la madre que refuerzan las respuestas de ansiedad en el niño.

5.5. Presentación del caso

Niño de nueve años al que se llamará Pablo. Cursa el segundo grado del nivel primario. Vive con su madre, treinta y cuatro años, separada del padre de Pablo al quedar embarazada. Consulta al pediatra cuando Pablo experimenta una fuerte sensación de temor y de muerte al atragantarse ingiriendo un alimento, por lo cual prácticamente deja de comer por veinte días al momento de la consulta. El pediatra realiza la derivación al servicio de psicología luego de descartar cuestiones médicas. Durante la entrevista de admisión comenta también que al niño le cuesta conciliar el sueño por la noche, duerme con una luz o la televisión encendidas, y que cuestiona acerca de la muerte, expresa miedo a tragar y a morir. Además comenta que no desea realizar actividades extraescolares.

6. ANÁLISIS DEL CASO

Pablo fue diagnosticado con trastorno de ansiedad generalizada de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV-TR (2000). Los síntomas que presenta son: alteración del sueño, duerme con las luces encendidas o se dirige a la habitación de su madre al experimentar sensación de temor; preocupación excesiva, sobre todo en lo referido a las relaciones sociales ya que se niega a asistir a actividades extraescolares; molestias estomacales sobre todo a la hora de asistir a las clases de fútbol o reuniones de boy scouts; se muestra impaciente e inquieto al participar en los juegos de mesa durante las sesiones de terapia como también al administrarle técnicas de evaluación; expresa que cuando siente miedo experimenta temor a enloquecer, tiembla y le late muy fuerte el corazón ; refiere que a veces cuando siente miedo le dan ganas de vomitar y siente como si no pudiera tragar; siente temor de que pueda ocurrir algo malo, sobre todo a su madre y no le agrada pasar mucho tiempo sin ella.

6.1. Descripción del tratamiento

La entrevista de admisión se llevó a cabo con la madre de Pablo a solas, ya que son los padres los que acuden primero a la consulta, previamente a comenzar el tratamiento con los niños, tal como lo señalan Friedberg & Mc Clure (2005).

La madre acudió a la consulta luego de que el pediatra lo derivara al servicio de Psicología, habiendo descartado cuestiones médicas en relación con su atragantamiento y sensación de muerte. Al respecto Cía (2001) indica que es fundamental descartar factores médicos previamente a la evaluación del paciente por parte de los profesionales psicólogos, a los fines de realizar un diagnóstico adecuado. Por otra parte, cabe destacar que es común que los trastornos de ansiedad en niños sean difíciles de ser percibidos ya que los niños no suelen presentar problemas de conducta relevantes, pero sí suelen presentar síntomas somáticos, por lo que suelen ser llevados a la consulta con el pediatra en una primera instancia (Grau Martínez & Meneghello, 2000).

Relató también que el niño duerme con la luz encendida y que a pesar de sus sugerencias Pablo se niega a realizar actividades extraescolares.

Además, la madre de Pablo comentó que esperaba que la terapia le permitiera conocer más a su hijo, lo que piensa y siente, y que su miedo era que Pablo se sintiera responsable por la separación de ella con su padre. Esta cuestión podría sugerir que la madre podría estar

transmitiendo sus propios miedos a Pablo y que por otro lado, estaría sobreprotegiéndolo y preocupándose por el niño en exceso, tal como sugieren Kaplan & Sadock (1999) que suele suceder con los padres de niños ansiosos.

Durante las dos primeras sesiones con Pablo se dialogó acerca de sus actividades y se realizaron juegos a fin de entablar una relación empática entre él y la terapeuta. En términos generales se mostró con buena predisposición. Se lo observó un tanto estructurado y con un lenguaje adulto, por lo cual se le propuso participar de diferentes juegos de mesa a los que refería que nunca había jugado, mostrándose entusiasmado y muy activo, como también inquieto e impaciente para esperar su turno, y resistiéndose a finalizar la sesión.

Los juegos son herramientas útiles en la terapia con niños ya que al requerir la solución de problemas y ejercer cierta presión en ellos, activan ciertas emociones y pensamientos a partir de los cuales el terapeuta puede intervenir para corregir esos patrones de pensamiento (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Además, contribuyen en la formación de una relación de empatía entre el niño y el terapeuta, cuestión que, de acuerdo con Flaherty, Chanon & Davis (1991) resulta fundamental a fin de conocer las necesidades y características del niño previamente a la elección del tipo de tratamiento que se llevará a cabo.

Por otra parte, la inquietud observada en Pablo a lo largo de la sesión es un síntoma común en niños con trastorno de ansiedad generalizada, de acuerdo con Friedberg & Mc Clure (2005).

A su vez se administraron las técnicas H.T.P. y el Test de la Persona Bajo la Lluvia (ver Anexo adjunto, pág. 52) con el objetivo de conocer la imagen que Pablo poseía de sí mismo y del ambiente en el que se desenvuelve, como también poner de manifiesto las defensas que despliega ante situaciones adversas.

Dichas técnicas arrojaron datos en común acerca de Pablo, tales como que se trata de un niño inseguro, presenta sentimiento de inferioridad, que responde con evitación ante situaciones amenazantes y de no poder evitarlas responde con ansiedad o con reacciones explosivas. Rechaza sus fantasías por ser percibidas como amenazantes, desplegando una excesiva defensa. Dichas sensaciones de temor, preocupación y miedo conforman el componente emocional del trastorno de ansiedad generalizada, de acuerdo a lo señalado por Friedberg & Mc Clure (2005).

Asimismo, presenta una gran dificultad en cuanto a las relaciones interpersonales, como también un vínculo de dependencia con su madre, lo cual podría estar contribuyendo a la configuración del trastorno en el niño, tal como lo señalan Kaplan & Sadock (1999).

Por último, se observó la presencia de síntomas psicósomáticos. La teoría cognitivista acerca de la etiología de los trastornos de ansiedad, entiende a los síntomas psicósomáticos como respuestas neurofisiológicas que se desencadenan a partir de cogniciones patológicas que llevan al individuo a evaluar ciertas situaciones y estímulos provenientes del entorno como amenazantes (Virues Elizondo, 2005).

A lo largo de la tercera sesión se indagó acerca de los miedos de Pablo y se administró la Escala de Ansiedad de Hamilton con el objetivo de evaluar la intensidad de los síntomas de ansiedad en Pablo (ver Anexo adjunto, pág. 52).

Él conoce el motivo por el cual asiste a la consulta (su atragantamiento), y refiere que desde que comenzó con la terapia está comiendo bien porque se dice a sí mismo que “tiene que hacerlo”.

Refirió que por las noches tiene miedo, pesadillas, y necesita dormir con el televisor encendido, es decir, que presenta un trastorno del sueño, síntoma común del trastorno de ansiedad generalizada, tal como le describen Cascardó & Resnik (2005).

Además, comentó que cuando siente miedo se dirige a la habitación de su madre, donde tiene una cama aparte para él, lo cual estaría indicando que ella refuerza esta actitud en Pablo, es decir, que su madre no intenta que Pablo pueda comprender que su miedo carece de estímulo real o estimularlo a que pueda permanecer en su habitación, sino que deja abierta la posibilidad de que él se dirija a su habitación cuando lo desee. Es decir que, tal como lo indican Kaplan & Sadock (1999) la madre de Pablo estaría sobreprotegiéndolo, inhibiendo su proceso de aprendizaje de la capacidad de resolución de los problemas y de afrontamiento, dejando de lado su autonomía e independencia.

Si bien Pablo realiza algunos comentarios acerca de sus miedos nocturnos, al intentar la terapeuta indagar más, se muestra un tanto distante e intenta desviar la conversación hacia otros temas, actuando de forma evitativa al ser cuestionado respecto de sus temores. Al respecto Friedberg & Mc Clure (2005) sugieren que la evitación es el síntoma conductual más notorio y característico del trastorno de ansiedad generalizada en niños.

Durante la cuarta y quinta sesión, a modo de intervención se le propuso a Pablo la producción de un cuento, a lo cual respondió con mucho entusiasmo (ver Anexo adjunto,

pág. 52). Esta técnica narrativa se utiliza con el objetivo de conocer patrones de pensamiento del niño, sus reacciones emocionales, el modo en que resuelve los problemas y la manera en que percibe a su entorno, de acuerdo con Gardner (1986).

A través de los personajes que recreó (un superhéroe y su enemigo) se ponen de manifiesto los miedos de Pablo, su sensación de constante amenaza y su necesidad de sentirse protegido y las defensas que despliega para contrarrestar estímulos evaluados por él como amenazantes.

En segundo lugar, a modo de intervención se le propuso como tarea para su casa que arme una lista con los superpoderes que ambos personajes poseen, cómo es la pelea entre ambos y quien resulta ganador. Las tareas para casa, de acuerdo a lo propuesto por Friedberg & Mc Clure (2005), resultan de gran utilidad a los fines de que el niño pueda poner en práctica lo aprendido durante la sesión en su vida cotidiana.

Para Pablo es el superhéroe quien gana, lo cual podría estar manifestando el deseo inconsciente de Pablo de superar sus miedos y no sentirse amenazado por el entorno.

Al indagar la terapeuta acerca de las actividades que Pablo había realizado a lo largo de la semana, contó que iba a asistir a una clase de fútbol pero que no lo había hecho porque sentía dolor en su estómago, se sentía nervioso y no sabía el motivo. Es decir, que Pablo estaría respondiendo con quejas psicósomáticas ante la posibilidad de realizar una nueva actividad. Cascardo & Resnik (2005) sugieren al respecto que actividades nuevas en la rutina pueden ser evaluadas como amenazantes en los individuos que padecen trastorno de ansiedad generalizada.

Para dar cierre a ambas sesiones se jugó al juego de los palitos chinos, y en ambas ocasiones se lo observó entusiasmado como también sumamente inquieto e impaciente al esperar su turno para jugar.

Durante la quinta sesión también se administró la Escala de Autoconcepto con el objetivo de evaluar la imagen que el niño posee acerca de sí mismo (ver Anexo adjunto, pág. 52). Se observó la presencia de un alto grado de ansiedad y a su vez se encontró hipervalorizada la imagen de sí mismo en relación a la comparación con sus pares. Esta hipervaloración podría estar funcionando como una defensa frente a su preocupación excesiva respecto de las relaciones con sus pares (cuestión anteriormente abordada en el Test de la Persona bajo la lluvia y el H.T.P.).

También comentó que iba a asistir a un grupo de boy scouts pero no lo había hecho porque iban los chicos de otro colegio, pero no quiso decir qué le molestaba acerca de la presencia

de ellos. La preocupación de los niños que padecen de trastorno de ansiedad generalizada suele referirse a su rendimiento y la calidad de sus actuaciones, como también a eventos pasados, presentes o futuros (DSM IV-TR, 2000; Grau Martínez & Meneghello, 2000)

A lo largo de la sexta sesión Pablo se mostró esquivo a responder a las preguntas que se le hacían acerca de las actividades que había realizado durante la semana y respondía en un tono un tanto agresivo y se lo observaba enojado. Respondía a las preguntas con un tono desafiante.

Al participar de un juego de mesa se comportó de manera esquiva. Se intentó cuestionarle acerca del motivo de su enojo, pero evadió las preguntas constantemente dirigiendo la conversación hacia otros temas. Es decir, que nuevamente se presentó la evitación como uno de los síntomas principales en Pablo.

En el siguiente encuentro se realizó una entrevista a la madre con el objetivo de poder obtener información acerca de Pablo y de la observación que ella hace acerca de su evolución (ver Anexo adjunto, pág. 52) . De acuerdo con la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad (2008) resulta necesario incluir a la familia del niño en tratamiento a fin de llevar a cabo con los familiares tareas de psicoeducación, permitiendo así que puedan colaborar en el proceso de recuperación del niño.

Comentó que hace diez días le contó a Pablo que tiene una pareja y que él había reaccionado con insultos, rompiendo cosas, gritando. Teniendo en cuenta esta información y retomando lo ocurrido durante la sesión anterior, se observó cómo al contarle su madre acerca de su relación de pareja, Pablo se comporta de manera evasiva frente a una situación nueva en su vida que podría resultar amenazante respecto de la relación con su madre. No sólo no comentó nada acerca de esta novedad, sino que además adquirió una actitud desafiante como forma de expresión de su malestar.

La reacción de Pablo pone de manifiesto el sentimiento de dependencia que posee hacia su madre, y cómo lo afecta de manera negativa la entrada de un tercero en su vida familiar.

Por otra parte, la madre comentó que lo dejó “descargarse” hasta calmarse solo, sin intervenir en esta reacción violenta de su hijo. Esta ausencia de intervención por parte de la madre ante la angustia del hijo podría considerarse como una conducta que refuerza la ansiedad de Pablo, ya que no ofrece a su hijo una figura adulta contenedora ante una situación estresante para el niño, es decir, que no ofrece límites a la reacción violenta de su hijo. Por otra parte, esta actitud podría estar manifestando que la madre estaría

interpretando al niño en exceso, promoviendo la dependencia mutua y el resentimiento recíproco, de acuerdo con Minuchin & Fishman (1981), o bien que el vínculo formado con el niño no estaría presentándose como proveedor de seguridad (Levy & Banderas, 2005).

La terapeuta sugirió a la madre al respecto por un lado, que conversara con su hijo acerca de su relación de pareja, incluirlo en ciertas actividades que pudieran compartir entre los tres y por otro lado, conversar acerca de la reacción del niño ante la novedad haciéndole saber que, si bien ella comprendía su reacción no estaba de acuerdo en el modo en que lo había hecho.

Acerca del padre de Pablo, contó que lo visitaba al niño hasta que tuvo aproximadamente cinco años y luego no lo vio más. Comentó que ella no permitía que el padre estuviera con el niño en otro lugar que no fuera su casa, y ella siempre estaba presente, lo cual podría indicar que ella no hubiera permitido que Pablo formara un vínculo afectivo con su padre, y por otro lado, que de esa manera haya reforzado un vínculo de dependencia, por lo cual podría considerarse como una conducta reforzadora de la ansiedad del niño. Podría estar indicando además la configuración de un estilo de apego ansioso, que podría haber promovido el desarrollo de ansiedad en Pablo, tal como lo sugieren Cascardo & Resnik (2005).

Por otra parte, comentó que tres años atrás había comprado un auto que fue robado dos días después y que Pablo se asustó mucho ante ese hecho. Contó que hace ocho meses había comprado un auto nuevo y desde entonces Pablo experimenta cierta sensación de temor al ir a dormir, no logra dormir solo y se dirige a la habitación de su madre, le teme a la oscuridad, se preocupa de que a su madre le ocurra algo malo, verifica que las puertas de la casa estén cerradas. Por lo tanto se podría considerar por un lado, que la presencia de ansiedad guarde relación con este hecho específico que puede haber resultado traumático para el niño de acuerdo con lo sugerido por Levy & Banderas (2005) y por otro, que la ansiedad de Pablo se configura como patológica dado que, aún habiendo reconocido dicho evento como desencadenante, la ansiedad no decreció de manera proporcional y en la actualidad ante la presencia de un estímulo que le recuerda el evento traumático (la compra del nuevo auto), la presencia de los síntomas mentales y físicos son de una intensidad significativa, de acuerdo con Cascardo & Resnik (2005).

A partir de la información obtenida, la terapeuta propuso como estrategia para el siguiente encuentro con Pablo, trabajar con él a fin de que llegue a aceptar el hecho de que su madre haya formado una nueva pareja, indagando acerca de la percepción que el niño posee acerca de dicha cuestión.

También se estableció como propuesta indagar qué tipo de actividades extraescolares le gustaría a Pablo realizar, a fin de trabajar en su motivación para realizar actividades extraescolares y así poder superar su temor a relacionarse con sus pares.

A su vez, se propuso intentar conversar con el niño acerca del robo del auto comentado por su madre, con el objetivo de conocer la percepción de Pablo acerca de dicho hecho, y el impacto que pudo haber generado en él.

Durante la séptima sesión se administró a Pablo el Test de la Familia Kinética con el objetivo de evaluar el modo en que el niño percibía las relaciones entre los miembros de su familia y cómo se percibía a él mismo en ella (ver Anexo adjunto, pág. 52).

Resultó llamativo que Pablo incluyera a la pareja de su madre en el dibujo de su familia, por lo cual se indagó acerca de la relación de su madre con él. Contó que durante el fin de semana habían salido a pasear los tres juntos y que el hombre se queda a dormir en su casa y que él se siente cómodo con eso. Tanto lo comentado por el niño como la inclusión de la pareja de la madre en el dibujo de la familia podría estar indicando que las sugerencias efectuadas a la madre en el encuentro con ella habrían sido efectivas a los fines de que el niño pudiera aceptar la idea de que su madre forme una nueva pareja, aceptando así la entrada de un tercero en su vida familiar.

A partir del test se observó la presencia de inseguridad, y el intento de Pablo por aferrarse a lo sólido y concreto en contraposición a sus fantasías. Se observó también falta de comunicación y distancia entre los miembros de la familia, dificultad de contacto con el entorno por parte del niño y dificultad en sus relaciones interpersonales. Por otra parte, se observó que Pablo no identifica a su madre como figura adulta, sino como par o compañera.

Se interrogó también acerca del robo del auto anteriormente comentado por la madre del niño y contó que esa noche se sentía nervioso, preocupado y temblaba y lo ayudó a poder dormirse la compañía de su tía a quien la madre había llamado para que los acompañara durante la noche.

Contó además que actualmente le cuesta mucho dormirse, le teme a los ruidos que hace la persiana de su cuarto y a que entre una persona por la ventana, y que aunque su madre trata de explicarle que el viento genera los ruidos él no le cree.

Al final de la sesión se realizó el armado de un rompecabezas en conjunto con la terapeuta, con lo cual se mostró muy entusiasmado, aunque con menos inquietud que en las sesiones anteriores.

Durante la octava sesión, a modo de intervención se le propuso a Pablo realizar un dibujo acerca de sus miedos (ver Anexo adjunto, pág. 52). La producción de un dibujo acerca de la problemática que el niño presenta, le permite participar de manera activa en la terapia, como así también posibilita que el terapeuta pueda conocer los temores del niño y la manera en que percibe a su entorno (Bunge, Mandil & Gomar, 2007). Durante este encuentro se lo notó más tranquilo y mejor predispuesto para hablar acerca de sus miedos. Comentó que le genera temor que por la noche entre gente mala por la ventana de su habitación, y hasta las dos de la madrugada no se duerme. Reconoce que los miedos que escucha son a causa del viento que pega en su persiana, pero que de todas maneras no consigue controlar su sensación de temor. Esto estaría indicando que a pesar de conocer que su miedo carece de estímulo real, su fantasía acerca de que ocurra algo malo resulta predominante.

Pablo contó también que por esos días asistiría a una escuela de fútbol y que estaba muy entusiasmado con la idea de comenzar, por lo cual podría considerarse que el niño estaría mejor predispuesto a afrontar el desarrollo de una nueva actividad y a relacionarse con otros niños.

Posteriormente el tratamiento fue interrumpido por el receso estival (sería retomado al año siguiente), por lo cual durante el último encuentro con Pablo se realizó una despedida; se realizaron juegos de mesa, el niño compuso el final del cuento terapéutico, se conversó con él acerca de las vacaciones venideras y se le entregó un presente.

En términos generales Pablo se mostró bien predispuesto a realizar las actividades propuestas a lo largo del tratamiento. Si bien en las primeras sesiones mostraba cierta inquietud y resistencia a finalizar las sesiones, a lo largo de las dos últimas se lo observó más tranquilo y con una mayor predisposición para hablar acerca de sus miedos. Su síntoma motivo de consulta (su atragantamiento) remitió en pocas sesiones, pero no así su temor experimentado por la noche y su consiguiente dificultad para dormir. En cuanto a las relaciones interpersonales, presentó de manera constante un vínculo de dependencia hacia su madre y cierta resistencia a realizar actividades extraescolares y a relacionarse con otros niños.

7. CONCLUSIÓN

Al encarar un tratamiento psicológico con niños resulta fundamental por un lado, tener en cuenta el momento evolutivo que se encuentran atravesando y por el otro, considerar los diferentes ámbitos en los que se desenvuelven, ya que pueden resultar en algunos casos reforzadores y en otros extintores de los síntomas que presentan (Friedberg & Mc Clure, 2005).

El terapeuta debe llevar a cabo una evaluación del paciente lo más abarcadora posible (Flaherty, Chanon & Davis, 1991) descartando, en primer lugar, posibles causas médicas que pudieran estar contribuyendo al desarrollo del trastorno (Cía, 2001). En terapia cognitiva, la evaluación es una componente fundamental ya que, el terapeuta, a través de la administración de técnicas objetivas, proyectivas y entrevistas obtiene datos acerca de las características personales del paciente, la presencia de síntomas, su intensidad y duración (Friedberg & Mc Clure, 2005).

A fin de poder llevar a cabo efectivamente dicha evaluación, es primordial que el terapeuta pueda entablar una relación empática y de colaboración con el niño, ofreciéndole un ambiente en el que se pueda sentir seguro para que así pueda darse a conocer y el terapeuta pueda elaborar las estrategias a seguir teniendo en cuenta sus características personales (Flaherty, Chanon & Davis, 1991).

Luego de obtener el diagnóstico, el terapeuta podrá seleccionar las técnicas a desarrollar y las intervenciones a llevar a cabo acorde a cada trastorno y caso particular (Flaherty, Chanon & Davis, 1991).

Resulta de suma importancia que a lo largo del proceso terapéutico la familia sea informada acerca de la situación del niño y realizar con ellos tareas de psicoeducación a fin de que puedan acompañar y colaborar con el paciente a lo largo del tratamiento y contribuir así con una posible mejora (Cía, 2001).

Para el caso particular del tratamiento de niños con trastorno de ansiedad generalizada, existen diversas técnicas dirigidas a que el niño pueda controlar su sensación de ansiedad y aumentar su sentimiento de autonomía (Friedberg & Mc Clure, 2005). La terapia apunta a que el niño pueda identificar pensamientos automáticos y que el terapeuta ofrezca estrategias de afrontamiento en el manejo de sus miedos (Goytia, 2004).

En relación al caso analizado en el presente trabajo, y teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se establecen las siguientes consideraciones.

En principio se considera que las técnicas de evaluación utilizadas (H.T.P., Test de la Persona bajo la lluvia, Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Autoconcepto) resultaron efectivas a los fines de confirmar el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada, así como también para verificar la presencia de los síntomas conductuales, psicossomáticos, cognitivos y emocionales en el niño. A su vez, resultaron efectivas con el objetivo de corroborar la presencia de un vínculo de dependencia con su madre como de su dificultad en lo referido a las relaciones interpersonales.

Por otra parte, se logró entablar una relación de empatía entre el niño y la terapeuta, lo cual contribuyó a que el niño presentara una actitud de colaboración y se mostrara bien predispuesto al serle administradas las distintas técnicas de evaluación y al realizar diferentes juegos y actividades.

Las técnicas de tratamiento aplicadas (cuento terapéutico, dibujo de la situación ansiógena) también resultaron efectivas ya que permitieron poner de manifiesto los miedos del niño y su percepción del entorno como amenazante.

También se pudo obtener cierto provecho de la entrevista con la madre ya que se logró obtener más información acerca de los temores del niño y de la relación entre ambos, como también conocer conductas de la madre que refuerzan el vínculo de dependencia para con el niño y su consiguiente respuesta de ansiedad.

Aún así se considera que, si bien las técnicas anteriormente mencionadas resultaron efectivas desde el punto de vista terapéutico, dado que el niño mostró cierta mejora en algunos de sus síntomas, podría haber resultado aún más efectivo llevar a cabo una conceptualización concreta del caso. La conceptualización del caso determina las estrategias de tratamiento a llevar a cabo, las técnicas a ser aplicadas, el ritmo y el modo en que se efectuará su aplicación, la manera en que se evaluará la evolución del niño a lo largo del tratamiento, como también así adaptar las técnicas a las características personales del niño (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Por otro lado la conceptualización del caso puede contribuir en la predicción de posibles obstáculos que pudieran aparecer a lo largo del tratamiento y a superar dificultades que pudieran desenvolverse (Pearsons, 1989) (citado por Friedberg & Mc Clure, 2005).

Para conceptualizar el caso de manera eficaz se deben tener en cuenta los factores ambientales, interpersonales, intrapersonales y biológicos que determinan las conductas del niño.

Posteriormente a la conceptualización del caso, el tratamiento podría haber resultado aún más efectivo de haber aplicado diferentes técnicas de tratamiento focalizadas en el trastorno de ansiedad generalizada.

Una técnica que podría haber sido utilizada es la de relajación a través de la respiración controlada, dado que suele ser indicada en niños que presentan síntomas somáticos y a través de la misma se intenta que el niño logre registrar las sensaciones corporales que desencadena ante determinadas situaciones, permitiendo que pueda sentirse capaz de tener cierto control sobre sí mismo.

Dado que el niño presentaba dificultades en cuanto a las relaciones interpersonales, podrían haberse aplicado y resultado efectivas técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, como ser los juegos con muñecos, ya que permiten que el niño pueda representarse a sí mismo y a las personas que lo rodean en determinadas situaciones temidas por él, llevando a cabo una dramatización de la situación en conjunto con la terapeuta y trabajar así en la adquisición de estrategias de afrontamiento. En combinación con dicha técnica se podrían indicar más tareas para la casa con el objetivo de que el niño pudiera poner en práctica las habilidades aprendidas durante la sesión en situaciones de su vida cotidiana.

La técnica de exposición podría haber resultado efectiva en combinación con el dibujo realizado por el niño acerca de la situación generadora de ansiedad. A partir de dicho dibujo se podría haber inducido al niño a registrar los pensamientos y emociones que experimentara al atravesar dicha situación y establecer en conjunto con la terapeuta en qué medida sus temores se correspondían con la situación ansiógena, enseñándole también estrategias de afrontamiento apropiadas.

Asimismo, técnicas de autorrecompensa podrían haber resultado efectivas focalizadas en la dificultad del niño para conciliar el sueño, teniendo en cuenta que la recompensa puede actuar como un medio de reforzamiento en el afrontamiento de sus temores. La Medalla de Valor, que se compone de una serie de preguntas referidas al afrontamiento del miedo, permite que el niño pueda percibir sus logros y las estrategias de afrontamiento que pueden resultar efectivas.

Por otra parte, se considera que de haber realizado más tareas de psicoeducación con la madre se habría contribuido en mayor medida en la mejora del niño.

Dado que diversos estudios han demostrado que la terapia cognitiva con niños con intervención familiar para el trastorno de ansiedad generalizada resulta más eficaz que la

terapia solamente con el niño, se podrían haber propuesto diferentes estrategias conductuales a la madre a fin de que pudiera comprender las reacciones de ansiedad de su hijo, colaborar con él en la adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento, así como también colaborar en el mantenimiento de los logros del niño a lo largo del tiempo.

Una estrategia que podría haber resultado exitosa es la de reforzamiento del afrontamiento de las situaciones ansiógenas por parte de la madre, entrenamiento en habilidades de comunicación y de resolución de problemas para la familia, tal como se describe en el modelo de terapia cognitiva con intervención familiar propuesto por Shortt, Barrett & Fox (2001).

También podría haber resultado valedero instruir a la madre en el reconocimiento de su propia ansiedad, más aún habiendo corroborado que existían conductas suyas que reforzaban la ansiedad en el niño y u vínculo de dependencia con el niño.

En resumen, se considera que el tratamiento podría haber resultado aún más eficaz de haber propuesto y llevado a cabo estrategias e intervenciones centrando el foco en el trastorno diagnosticado, como también de haber realizado más encuentros con la madre a los fines de permitirle contribuir en el tratamiento desde una participación activa, realizando así aportes para la mejora del niño.

8. BIBLIOGRAFÍA

Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad (2008). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Recuperado el 29 de mayo de 2008 de http://www.trastornos de ansiedad.org/trastornos/t_infancia.html

Ajuriaguerra, J. (1997). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Belloch, A.; Sandín, B.& Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: Mc Graw-Hill.

Bruder, M. (2000). *El cuento y los afectos. Los afectos no son cuento*. Buenos Aires: Galerna.

Bunge, E.; Mandil, J.& Gomar, M. (2007). *La importancia del dibujo en terapia cognitiva con niños*. Recuperado el 10 de abril de 2009 de <http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdArticulo=294&IdSeccion=11>

Buck, J. N. (1995). *Manual y guía de interpretación de la técnica dibujo proyectivo: H. T. P.* México D. F.: Manual Moderno.

Cascardo, E.; Resnik, P. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Buenos Aires: Polemos.

Casullo, M. (1990). *El autoconcepto. Técnicas de evaluación*. Buenos Aires: Psicoteca.

Cía, A. H. (2001). *TAG. Trastorno de ansiedad generalizada*. Buenos Aires: Polemos.

Escala de Ansiedad de Hamilton (S/F). Recuperado el 29 de mayo de 2008 de <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>

Esquivel, F. & Heredia, L. (1999). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual moderno.

Fernández Irusta, D. (2007). *¿Lobo está?* Recuperado el 29 de mayo de 2008 de http://www.intramed.net/actualidad/not_1.asp?idNoticia=50645

Flaherty, J. A.; Chanon, R. A. & Davis, J. M. (1991). *Psiquiatría. Diagnóstico y tratamiento*. México D. F.: Médica Panamericana S. A..

Friedberg, R. D. & Mc Clure, J. M. *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.

Goytia, C. (2004). *Miedos, ansiedad, fobias*. Buenos Aires: Atlántida.

Grau Martínez, & Meneghello, J. (2000). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Hammer, E. (1992). *Tests proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós.

Kaplan, H.; Sadock, B. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana.

Levy, R. & Banderas, L. (2005). *Cuando es preciso ser padres*. Buenos Aires: Opción.

Marchant, N. F. (2000). *Tratado de psiquiatría*. Buenos Aires: Ananké.

Méndez, F. X. (1999). *Miedos y temores en la infancia*. Madrid: Pirámide.

Minuchin, S.; Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Moreno Menguiano, C. & cols. (2008). *Características clínicas de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Una revisión.* Recuperado el 29 de mayo de 2008 de <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/34450>

Oliverio Ferraris, A. (2008). ¡Qué miedo! *Mente & Cerebro*, 183, 70-73.

Orgilés Amorós, M.; Méndez Carrillo, X.; Alcázar, A.& Saura, C. (2003). *La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia.* Recuperado el 10 de abril de 2009 de http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.pdf

Puchol Esparza, D. (2003). *Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI.* Recuperado el 29 de mayo de 2008 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-110-1-los-trastornos-de-ansiedad-la-epidemia-silenciosa-del-siglo-.html>

Querol, S. M. & Chávez Paz, M. I. (2000). *Adaptación y aplicación del test de la persona bajo la lluvia.* Buenos Aires: Juan Ventura Esquivel.

Suárez Richards, M. (2000). *Introducción a la psiquiatría.* Buenos Aires: Salerno.

Virues Elizondo, R. A., (2005). *Estudio sobre ansiedad.* Recuperado el 29 de mayo de 2008 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>

9.

ANEXO

