

Trabajo Final Integrador

**Estudio de caso: Trastorno de Ansiedad y
Terapia Cognitiva Conductual para niños
Ansiosos de Philip Kendall.**

Alumno: Ianeselli Fabio

Tutora: Dra. Nora Inés Gelassen

INDICE

1.1. Introducción	4
1.2- Objetivos.....	5
Marco teórico	
2.- Ansiedad, una emoción para la vida	6
3.- Ansiedad patológica.....	6
3.1- Trastornos de Ansiedad.....	8
3.1.2- El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).....	9
4- Ansiedad Patológica en la infancia.....	12
4.1- Síntomas del trastorno de ansiedad en la infancia.....	13
4.2- La evitación en los niños con TAG.....	14
4.3- La ansiedad en los niños y su contexto familiar.....	15
5 - La Psicoterapia Cognitiva Comportamental.....	16
5.1- La Psicoterapia Cognitiva Comportamental para la ansiedad en Niños.....	18
6.- Método.....	23
6.1.- Participantes.....	23
6.2.- Instrumentos.....	23
6.3.- Procedimiento.....	24
6.4.- Tipo de estudio.....	24
7.- Desarrollo.....	25
7.1.- Descripción del caso	25
7.2.- Tratamiento basado en la Terapia cognitivo-conductual para niños Ansiosos de Philip Kendall.....	26
8.- Descripción del tratamiento.....	26
8.1.- Reconocimiento de emociones.....	26
8.2.- Reconocimiento de reacciones corporales.....	29
8.3.- Reconocimiento de pensamientos y acciones.....	30
8.4.- Reconocimiento de la ansiedad en distintas situaciones.....	33
8.5.- Descripción de la técnica de exposición gradual al objeto Fóbico (cucarachas).....	35

9.- Conclusiones.....	37
9.1.- Limitaciones y Fallas	38
9.2.- Aporte Personal.....	39
10.- Referencias.....	41

1.1. Introducción

La práctica profesional se realizó en un centro especializado en terapia cognitiva comportamental para niños y adolescentes, durante el primer semestre del año 2012.

La misma consistió en la observación semanal de encuentros de supervisión clínica del equipo de profesionales de la institución y participación de charlas de formación del mismo equipo. También la práctica incluyó dos cursos semestrales de formación en tratamientos de la TCC para niños y adolescentes con trastorno general del desarrollo y en la observación no participativa de tratamientos terapéuticos.

De dichas observaciones terapéuticas se decidió seleccionar un caso de una niña de diez años, diagnosticada con un trastorno de ansiedad generalizada como caso único para el desarrollo del plan para la elaboración del trabajo final de integración.

Se eligió este tema para la elaboración del trabajo final integrador porque durante la práctica profesional en la institución mucho de los casos tratados en supervisión clínica, trataban sobre pacientes con trastorno de ansiedad, en especial niños y adolescentes lo que motivó a profundizar en esta temática y poder observar la aplicación concreta del tratamiento en TCC para este tipo de trastornos.

1.2- Objetivo General:

Objetivo General: Analizar distintos tipos de intervenciones de la terapia cognitiva conductual durante diez sesiones en un tratamiento del trastorno de Ansiedad Generalizada en una niña.

1.2.1- Objetivos Específicos:

1. Analizar la técnica de reconocimiento de emociones empleada en la terapia cognitiva conductual durante diez sesiones en un tratamiento del trastorno de Ansiedad Generalizada en una niña.

2. Analizar la técnica de reconocimiento de las reacciones del cuerpo en distintas situaciones, empleada en la terapia cognitiva conductual durante diez sesiones en un tratamiento del trastorno de Ansiedad Generalizada en una niña.

3. Analizar la técnica de reconocimiento de pensamientos y acciones en distintas situaciones, empleada en la terapia cognitiva conductual durante diez sesiones en un tratamiento del trastorno de Ansiedad Generalizada en una niña.

4. Analizar la técnica de reconocimiento de la ansiedad en distintas situaciones, empleada en la terapia cognitiva conductual durante diez sesiones en un tratamiento del trastorno de Ansiedad Generalizada en una niña.

5. Describir la técnica de exposición gradual para superar el miedo a las cucarachas empleada en la terapia cognitiva conductual durante diez sesiones en un tratamiento del trastorno de Ansiedad Generalizada en una niña.

Marco teórico

2. Ansiedad, una emoción para la vida

La ansiedad como reacción emocional forma parte de la vida de los seres humanos. Unas veces aparece como una forma de respuesta fisiológica ante las vicisitudes de la vida, otras como un síntoma más de diferentes enfermedades, o como una entidad específica que abarca el amplio campo de los trastornos de ansiedad. Es así que la mayoría de los autores como Bulacio (2011) afirman que reacciones de miedo y ansiedad han desempeñado un papel fundamental en la evolución de la especie, funcionando como mecanismos de defensa y alerta frente a los peligros ambientales, y siguen teniendo un papel esencial en el alerta cotidiano. La ansiedad como fenómeno fisiológico se activa naturalmente ante un peligro inmediato y tiene un carácter adaptativo; su finalidad última es salvaguardar la integridad del individuo. La ansiedad patológica, por el contrario, se desencadena sin que exista una circunstancia ambiental que la justifique, o existiendo esta circunstancia, su intensidad y frecuencia son desproporcionadas. Muchas veces se trata de una intensa sensación de temor y aprensión respecto a acontecimientos desgraciados que pudieran suceder (Mardomingo, 1994).

Esta misma sensación experimentan algunos niños. En ellos las sensaciones de ansiedad son muy intensas o aparecen muy a menudo, lo que les resulta muy abrumador. En vez de poder controlar la ansiedad y seguir adelante con lo que están haciendo, los niños quedan comprometidos con la ansiedad generándoles gran incomodidad y aumentando sus temores (Bunge, Gomar & Mandil, 2011).

Es decir, que en algunas personas esta ansiedad emocional llega a un grado tal que se torna incontrolable, se constituye en una patología.

3. Ansiedad patológica

Al hablar de ansiedad, Lang (1968) describe una teoría tripartita de la ansiedad donde las manifestaciones suelen darse en tres niveles: fisiológico, cognitivo y conductual.

A nivel fisiológico, Ayuso (1988) describe que los cambios fisiológicos son consecuencia de la activación del sistema nervioso (originado en estructuras cerebrales

donde residen las bases neurofisiológicas de las emociones), del sistema endócrino y del sistema inmunológico. Las manifestaciones físicas más comunes de esa activación neurofisiológica suelen ser: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Las alteraciones más graves suelen cursar con insomnio, trastornos de la alimentación y disfunciones sexuales.

A nivel cognitivo, según Olivares Rodríguez, Piqueras Rodríguez y Alcázar (2006) los síntomas del TAG se manifiestan en el campo del conocimiento y la comprensión de la realidad. En general se presenta un pensamiento radical en donde la realidad se conceptualiza en términos de todo o nada, adelantando conclusiones negativas y presentando una generalización excesiva. Es común observar dificultades en la atención, concentración y memoria, aumento de los descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e incremento de las dudas y la sensación de confusión. Hay que destacar también, que se manifiesta una tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorando los pequeños detalles desfavorables con abuso de la prevención y de la sospecha e interpretaciones inadecuadas y gran susceptibilidad.

Derivados del nivel cognitivo, según Rojas (1999), los síntomas psicológicos, son producidos por una reacción de sobresalto en la percepción de miedos difuminados y etéreos, cuyas manifestaciones principales consisten en: inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad par tomar decisiones. Y en casos extremos, temor a la muerte, a la locura o al suicidio.

A nivel conductual, Ayuso (1988), describe síntomas de conducta que se manifiestan por el comportamiento de las personas tanto en el aspecto general como en el plano comunicativo. Los síntomas más comunes se manifiestan como: un estado permanente de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad tanto para quedarse quieto como en reposo. Estos síntomas suelen estar acompañados por cambios en la expresividad corporal y en el lenguaje corporal, tales como: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresiones faciales de asombro, duda o crispación.

De acuerdo con Bulacio (2011), otra área que puede verse afectada por la ansiedad es el área social debido a que la irritabilidad y el ensimismamiento, sumado a la dificultad para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos puede llevar a un deterioro en las habilidades sociales de las personas. En este aspecto, Ayuso (1988) señala que los principales síntomas son: irritación emocional generalizada, dificultades para iniciar o seguir una conversación en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

La categoría diagnóstica de la ansiedad definida como *trastorno de ansiedad generalizada* (TAG) se aplica a la imposibilidad que tiene un individuo en poder controlar la ansiedad o la preocupación en relación con diversos sucesos o actividades de la vida (como en el ámbito laboral o escolar) por más días de los que ha estado ausente esa preocupación, durante un mínimo de seis meses (American Psychiatric Association, DSM -V, 2013).

La posibilidad de asignar este diagnóstico en niños y adolescentes se hizo viable en la cuarta versión del manual diagnóstico DSM (American Psychiatric Association, 1994), que incluía dentro de esta categoría el anteriormente denominado trastorno de ansiedad excesiva recogido en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987).

Por todas estas características que se vienen describiendo, la ansiedad patológica fue definida y descrita como una serie de trastornos.

3.1- Trastornos de Ansiedad

El impacto que genera la ansiedad patológica según el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM -5, 2013), provoca una distorsión en toda la psicología del sujeto, afectando las áreas de mayor desempeño como suelen ser las familiares, laborales, sociales o intelectuales. Esta distorsión según Mardomingo Sanz (2001), abarca un amplio espectro clínico que van desde los miedos y temores excesivos, a la evitación fóbica de determinados estímulos y circunstancias. Incluye también a la ansiedad anticipatoria, el estado de vigilancia generalizado y los ataques de

pánico. Los trastornos de ansiedad propiamente dichos comprenden de acuerdo con las clasificaciones internacionales las fobias simples, el trastorno de ansiedad a la separación, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo.

La ansiedad como respuesta sintomática puede formar parte de numerosos trastornos denominados Trastornos de Ansiedad (DSM –5, 2013)

Dentro de ellos se encuentran los siguientes:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

3.1.2- El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

Centrándonos en la Ansiedad Generalizada como trastorno en sí mismo, podemos afirmar que para que éste se desarrolle es necesario que confluyan varios elementos y variables (Newman & Anderson, 2007). Factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos pueden contribuir al desarrollo del mismo.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 (2013), para que una persona sea diagnosticada con TAG debe:

Criterio A: manifestar una ansiedad y preocupación excesiva en diversas actividades y sucesos persistiendo esta anticipación aprensiva o preocupación durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses.

Criterio B: esa preocupación tiene que ser muy difícil de controlar

Criterio C: esta ansiedad y preocupación tienen que estar asociados a tres o más de los siguientes síntomas, donde algunos de los cuales deben haber persistido por más días de los que ha estado ausente en los últimos seis meses: inquietud o sensación de estar

atrapado, fácil fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (como por ejemplo la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador). Una diferencia importante a destacar en los niños, es que sólo se requiere uno de estos síntomas

Criterio D: también la ansiedad, los síntomas físicos o la preocupación generan un deterioro en lo social, laboral u otras áreas de funcionamiento importantes para la persona con un malestar clínicamente significativo.

Criterio E: todos estos síntomas no deben poder atribuirse a efectos toxicológicos de sustancias o a una afectación clínica

Criterio F: finalmente esa alteración no tiene que poder explicarse mejor por otro trastorno mental, o sea, que la ansiedad o preocupación no deben hacer referencia a la posibilidad de presentar una crisis de pánico (como en el trastorno de pánico), valorar negativamente lo social (como en la fobia social), obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés post traumático, aumentar de peso (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de síntomas somáticos) o percibirse con muchas imperfecciones físicas (como en el trastorno dismórfico corporal), padecer una grave enfermedad (trastorno de ansiedad por enfermedad) ni el contenido de creencias delirantes (como en la esquizofrenia o trastorno delirante).

Varios estudios, (Barlow 2000; Badoz 2005; Brown, Barlow & Liebowitz 1994), han investigado y desarrollado el contenido de cada uno de los criterios descritos a fin de explicitar detalladamente los criterios diagnósticos del TAG.

Dentro de ellos se puede destacar, como lo señala Kosovsky (2010), que es importante no confundir entre preocupaciones y obsesiones. Éstas no son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas cotidianos o de la vida real, sino cogniciones experimentadas como intrusas e inaceptables (egodistónicas) que adoptan frecuentemente la forma de impulsos e imágenes añadidos a los pensamientos. (American Psychiatric Association, 1994).

Al referirse a la preocupación, según Dugas y Koerner (2005), ésta puede definirse como una cadena de pensamientos e imágenes cargadas con afecto negativo, relativamente incontrolables y que están orientadas hacia un peligro futuro que es percibido como imposible de afrontar. Es decir, se centran en pensamientos continuos

sobre un peligro próximo que se experimenta como incontrolable y aversivo. La frase que mejor describe esta preocupación es: “¿Y qué pasaría si...?”.

Al referirse a la preocupación como algo incontrolable se señala, según Badoz López (2005), que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas en relación a la probabilidad o impacto real del evento temido.

Por ello, autores como Ladouceur, Léger, Dugas, y Freeston, (2004) distinguieron en estas preocupaciones dos tipos principales: a) preocupaciones sobre situaciones modificables (tratables mediante la resolución de problemas) y b) preocupaciones sobre situaciones no modificables (y que frecuentemente no existen).

Las preocupaciones sobre situaciones modificables suelen manifestarse en ciertas áreas más comunes que, según Brown, Barlow y Liebowitz, (1994), hacen referencia a diversas circunstancias de la vida diaria. Temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales, el dinero, el trabajo, las exigencias de los estudios, el manejo de la casa y la salud propia o la de otros son los más señalados por los pacientes como motivos de origen de la angustia.

En comparación a la media poblacional, según Dupuy, Beaudoin, Rhéaume, Ladouceur y Gugas, (2001), las personas con TAG se pasan más tiempo preocupadas diariamente (55 ± 63 contra 310 ± 195 minutos). Además informan de un mayor número de preocupaciones no originadas por algo específico y tienen preocupaciones menos realistas, con percepciones de menor controlabilidad y más áreas de preocupación (Brown, O'Leary y Barlow, 2001).

En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse (Caballo, 1998). Es por ello que según Newman y Anderson (2015), los síntomas del TAG se correlacionan positivamente con un significativo deterioro psicosocial y con un impacto negativo en el funcionamiento laboral de la persona.

Hasta aquí, se han descrito las características del TAG en adultos. En los niños y adolescentes se pueden señalar características más específicas.

4- Ansiedad Patológica en la infancia

De acuerdo con los datos epidemiológicos citados por Amorós, Carrillo, Alcázar y Saura (2003), la ansiedad generalizada es el segundo trastorno más frecuente en la infancia, tras el de ansiedad por separación, afectando al 2,9% de la población infantil (Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987), y parece que el de mayor prevalencia en los niños de más edad y en los adolescentes (Ollendick & King, 1994). La edad media de adolescentes que lo padecen, según Amorós et al. (2003), es de 13 años y parece presentarse en la misma proporción en ambos sexos (Echeburúa, 1993).

Históricamente, la conceptualización de la ansiedad como origen del concepto de temor en los niños, fue trabajado desde el campo del psicoanálisis con el caso del “Pequeño Hans” o “Juanito”, como así también desde el conductismo con el caso de el “Pequeño Alberto” (March, 1995).

Los niños a lo largo de su crecimiento presentan numerosos miedos. Según Bunge, Gomar y Mandil (2010), estos miedos a veces suelen caracterizarse como transitorios, de intensidad débiles y esperables para la etapa evolutiva correspondiente. Estos temores frecuentes se denominan miedos evolutivos, ya que son específicos de cada etapa y van cambiando de acuerdo con el desarrollo cognitivo de cada niño (Álvarez & Berazaluce, 2003).

Los miedos más frecuentes y esperables desde el nacimiento hasta los 18 años son los siguientes:

- Nacimiento hasta los seis meses: pérdida de contacto físico con la mamá, ruidos intensos.
- Siete a doce meses: personas extrañas.
- Año a cinco años: ruidos intensos, animales, oscuridad, monstruos, fantasmas.
- Seis a doce años: daños físicos, ser castigado, fracaso escolar.
- Doce años a dieciocho años: pruebas o exámenes, sentirse socialmente avergonzado o excluido (Dulcan & Popper, 1991).

Pero, para algunos niños, las sensaciones de ansiedad son muy intensas o aparecen muy a menudo, lo que les resulta muy abrumador transformándose para ellos en un trastorno.

4.1- Síntomas del trastorno de ansiedad en la infancia

Algunos niños, en vez de poder controlar la ansiedad y seguir adelante, quedan comprometidos con la ansiedad y sus manifestaciones. Esto les genera una gran incomodidad y aumenta sus temores. A este tipo de manifestaciones de la ansiedad, Bunge et al. (2011) las consideran patológicas, ya que se caracterizan por ser desproporcionadas respecto al estímulo, y duraderas, produciendo limitaciones en la vida diaria de la persona que las padece.

Algunos autores como Kendal (2000), afirman que el pensamiento de los niños ansiosos sobre sí mismos y el mundo, suele manifestarse como cogniciones desadaptativas, incluyendo temores de ser lastimados o heridos, además de presentar pensamientos autocríticos y de peligro y amenaza.

Los niños y adolescentes con TAG tienden a preocuparse excesivamente por su competencia o la calidad de su actuación en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando no son evaluados. Otro tema de preocupación son la puntualidad y acontecimientos catastróficos como los terremotos y la guerra nuclear. Los niños con TAG pueden mostrarse conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos debido a una insatisfacción excesiva con resultados que no son perfectos. Buscan en demasía la aprobación y requieren ser tranquilizados en exceso respecto a su actuación y a otras preocupaciones (American Psychiatric Association, 2000).

Para arribar a un diagnóstico de TAG en niños, se requiere que experimenten al menos uno de los síntomas somáticos (impaciencia, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas de concentración y/o de sueño), y que lo hagan ante un amplio espectro de eventos y actividades. Estos síntomas, deben prolongarse como mínimo durante seis meses (American Psychiatric Association, 2013).

Al estudiar estos síntomas somáticos y el amplio espectro de eventos y actividades involucradas en el TAG de los niños, Friedberg y McClure (2005), describen la alteración funcional del trastorno en cinco niveles. El primer nivel es el fisiológico en donde las quejas somáticas, como por ejemplo, dolores de cabeza, panza, mareos y tensión muscular son los más frecuentes que aparecen, sin tener una causa clínica comprobable. El segundo nivel alterado es el emocional. En él, los niños muestran preocupación, terror, pánico, miedo e irritabilidad que dan cuenta de cómo se ven afectados por la presencia de ansiedad. También presentan cambios importantes a nivel

cognitivo, donde los síntomas reflejan la forma en que los niños procesan la información. Es característico de estos pacientes estar repletos de diálogos internos, predicciones y expectativas catastróficas de fracaso en el afrontamiento. Sus mentes se bloquean ante aspectos que pueden ser potencialmente amenazadores para ciertas situaciones, esperando que pase lo peor y no poder afrontarlo. Por ello la evitación forma parte de la manifestación más clara de ansiedad y refleja así otro de los niveles, el conductual. Finalmente, en relación al quinto nivel, el interpersonal, la aparición de la ansiedad hace que los niños sean más tímidos y sensibles frente a la evaluación negativa o examen de los demás.

Si bien los niños que presentan TAG muestran un espectro de síntomas más limitado que el de los adultos, según Lago Pita y Ruis Sancho (2005), en ellos es muy frecuente la constante necesidad de seguridad y las quejas somáticas inespecíficas y vagas. En estos pacientes otro síntoma característico es la presencia de lo que ellas denominan la ansiedad flotante, que se caracteriza por ser generalizada, persistente y no siempre estar restringida a una situación en particular. Se manifiestan múltiples y variadas preocupaciones, sufren de temores poco realistas referidos a su competencia y desempeño pasado o futuro, como así también sobre eventos o situaciones novedosas.

Además de estos síntomas que se vienen describiendo, es típico en los niños ansiosos una conducta característica que merece una descripción más detallada: la evitación.

4.2.- La Evitación en los niños con TAG.

Los niños llegan a terapia muchas veces porque no pueden evitar las circunstancias que temen o porque el hecho de evitarlas les representa demasiado esfuerzo. En ellos es común que no puedan mantener la atención y se distraigan fácilmente. El morderse las uñas, actuar compulsivamente o estar hipervigilantes y sobre todo evitar situaciones que le provocan temor y ansiedad (deberes de la escuela, problemas de salud, problemas con sus familiares o sus pares etc.), son manifestaciones características en estos niños (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Por ello la evitación es una de las manifestaciones más claras de ansiedad en los niños. Según Brown, O'Leary y Barlow (2001), los niños ansiosos se caracterizan por conductas de preocupación al hacer (evitación activa) o al no hacer (evitación pasiva) ciertas actividades con el fin de reducir o prevenir la ansiedad y los supuestos peligros

anticipados. Así, junto a las quejas somáticas, se manifiestan conjuntamente componentes emocionales (como el miedo, la irritabilidad, la preocupación, el terror y el pánico) y componentes conductuales en la evitación.

La evitación, según Young (1990), (como se citó en Friedberg & Mc Clure, 2005), puede adoptar tres formas características: evitación cognitiva, emocional y conductual. La finalidad de esta evitación es sortear las experiencias que puedan contradecir la validez de los esquemas cognitivos. En la evitación cognitiva, se bloquean los pensamientos que activan el proceso cognitivo, por ello, es común que muchos niños manifiesten que tienen la mente “en blanco”, ya que sus pensamientos pueden ser muy amenazadores para poder enfrentarlos. En la evitación emocional, se bloquea principalmente las emociones asociadas a los pensamientos (en vez de bloquear los pensamientos conectados al esquema). Finalmente en la evitación conductual, el aislamiento social, la agorafobia y la falta de toma de decisiones son sus manifestaciones más características. Los niños evitan manifestar conductas relacionadas con el contenido de sus pensamientos, al evitar estas conductas, impiden que se cuestionen el contenido de sus pensamientos.

Ante esta complejidad sintomática y amplitud de eventos y actividades descritas hasta ahora, al tratarse de niños y adolescentes no podemos omitir su principal contexto: los padres y la familia.

4.3.- La ansiedad en los niños y su contexto familiar

El contexto es considerado como el marco en el cual la conducta y los mensajes verbales y no verbales se hacen significativos. Por lo que la conducta debe comprenderse dentro del mismo. Así, la sintomatología que puede presentar un sujeto no sólo debe ser considerada en el contexto de algún tipo de cambio orgánico, sino también en el de su significado dentro de la familia y del medio cultural al que éste pertenece. Tanto los factores precipitantes (aquellos acontecimientos aversivos actuales en la vida de un niño), como los predisponentes (los genéticos hereditarios) adquieren importancia y sentido entendiéndolos dentro del contexto en el cual el niño, se encuentra inmerso (Simon, Stierlin & Wynne, 1997).

Los factores contextuales, de acuerdo con Bunge, Gomar y Mandil (2010), cumplen un rol determinante en todo motivo de consulta. Los niños dependen esencialmente de sus padres, tutores y allegados significativos.

En este contexto familiar de niños ansiosos, según Friedberg y McClure (2005), suelen encontrarse dos tipos característicos de padres. Los que se involucran demasiado en la vida de sus hijos siendo muy sobreprotectores, queriéndolos proteger de estresores vitales e inevitables, desconfiando de la capacidad de afrontamiento de sus hijos, transmitiéndoles una imagen de gran inseguridad propia. O aquellos que, por el contrario, suelen mostrarse distantes, lejanos y distanciados lo que muchas veces genera en el niño un procesamiento sesgado de la información, en especial en los casos en que se magnifican los peligros y se desvalorizan los recursos de afrontamiento.

Es frecuente que en ambientes significativos para el niño donde se encuentren patrones de apego ansioso en la crianza o se transmita culturalmente el sesgo catastrófico, ambos influyan en la consolidación del rasgo ansioso en el niño (Bunge et al. 2010).

Por todas las características que venimos describiendo, el comportamiento del niño se caracteriza por la evitación de interacciones o situaciones apropiadas para su edad y necesarias para un desarrollo sano. Por lo que es frecuente que el malestar no sólo se genere tanto para el propio niño que lo padece, sino también para quienes lo cuidan (Kendall & Verduin, 2008).

El tratamiento de los síntomas ansiosos puede abordarse desde diversos tipos de psicoterapias. Según Bunge et al. (2010), la mayoría de los estudios en psicoterapia para la ansiedad infantil investigan la eficacia que muestra la Terapia Cognitiva Comportamental.

5.- La Psicoterapia Cognitiva Comportamental.

Toda psicoterapia se basa en un marco teórico que la sustenta, y consiste en tratar con recursos psicológicos problemáticas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece de manera deliberada una relación profesional con el paciente con el objetivo de suprimir, modificar o paliar los síntomas existentes, intervenir en las pautas distorsionadas de conducta y promover el crecimiento y desarrollo de los recursos

psicológicos propios y positivos de la personalidad del consultante (Feixas & Miró, 1998).

En los años sesenta, Aaron Beck y Albert Ellis, ambos provenientes del mundo psicoanalítico, coincidieron en explicar el sufrimiento como el resultado de procesos de pensamientos (muchas veces sesgados por errores en el procesamiento de la información como distorsiones cognitivas), ideas y creencia irracionales junto a los consecuentes estados emocionales que los mismos procesos generan. Desarrollaron así, la Terapia Cognitiva Comportamental, como tratamiento efectivo para la depresión y la ansiedad. Este tratamiento se caracterizaba por ser estructurado, breve, centrado en la problemática presente, destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales del sujeto (Pagés Sergio & Gómes Beatriz, 2011, como se citó en Fernández Álvarez 2011).

El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes (Beck, 2000).

Algunas de las características más destacadas de este modelo según Pagés y Gómes, (2011), (como se citó en Fernández Álvarez, 2011) son:

- Centrado en el presente, en el problema o acontecimiento y en su solución.
- Basado en el sistema de creencias y sus consecuencias emocionales o conductuales.
- Enfatizado en la colaboración y la participación activa del paciente y del terapeuta.
- Educando al paciente a ser su propio terapeuta utilizando sus propios recursos psicológicos.
- Previniendo las recaídas.
- Estructurado y limitado en un tiempo determinado de tratamiento.

5.1.- La Psicoterapia Cognitiva Comportamental para la ansiedad en Niños.

El tratamiento de la sintomatología ansiosa en la infancia se enfoca en las diversas áreas en las cuales el niño se desenvuelve cotidianamente y depende de las vulnerabilidades manifestadas en cada una de ellas. Incluye el desarrollo de respuestas de afrontamiento, dominio y sentido de autocontrol. (Barlow, 2000). Para evaluar cada una de estas áreas, según Bunge, et al. (2010), la observación del comportamiento del niño brinda mucha información al profesional. Las evaluaciones a padres y maestros proveen información adicional sobre los comportamientos en cada contexto y área, lo que facilita información muy útil para poder arribar a un diagnóstico específico.

El objetivo de los tratamientos cognitivos en niños no consiste en reemplazar sus pensamientos por pensamientos positivos, sino en ayudarlos a identificar y cuestionar su pensamiento negativo (Kendall 2000), para ello la terapia cognitiva comportamental pone un gran énfasis en las tareas intra e inter sesiones, en donde la experiencia es lo que permite al niño desarrollar un sentimiento de competencia en el afrontamiento de las situaciones que previamente le provocaban ansiedad (Kosovsky, 2010).

Una de las herramientas utilizadas para el trabajo con niños ansiosos es la elaborada y desarrollada por Kendall (1990). Ésta consiste en un programa de terapia cognitivo-comportamental al que denominó “*El gato Valiente*” (Coping Cat). Según Kosovsky (2010), este programa se centra en los factores de procesamiento cognitivo de la información asociados a la ansiedad de cada individuo (como por ejemplo estrés, angustia, ansiedad anticipatoria, etc.). Incluye a su vez los factores sociales (los pares y la familia) y la comprensión de las emociones con las correspondientes técnicas para su manejo. Su objetivo es poder enseñarles a los niños a reconocer los primeros signos de la ansiedad no deseada y poder utilizar los mismos como estrategias en el manejo de esa ansiedad.

El programa consiste en 17 sesiones de entrenamiento individual de entre 50 y 60 minutos de duración cada una. La 1ª parte de la intervención se centra en la adquisición de habilidades de afrontamiento y tiene 4 objetivos: reconocer los síntomas de ansiedad y las reacciones somáticas, modificar los pensamientos ansiosos, desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad, y evaluar el cumplimiento y administración de

autorrefuerzos. Más detalladamente, Kendall (1990), señala que se debe trabajar con el niño en el reconocimiento de las reacciones corporales, las emociones y las reacciones específicas de la ansiedad. Luego, se lo entrena para aprender a reconocer y modificar su diálogo interno ansioso. En tercer lugar, se presenta ante el niño la posibilidad de modificar ese diálogo interno ansioso por un diálogo interno de afrontamiento y el desarrollo de planes para afrontar su ansiedad de manera más efectiva en distintas situaciones. El cuarto objetivo dentro de este entrenamiento tiene como función que el niño logre realizar auto evaluaciones y recompensas por sus éxitos, incluso cuando éstos sean parciales.

Para este programa terapéutico, Kendall (1992), sintetizó en el acrónimo FEAR (TEMOR), una herramienta que le ayude al paciente a recordar e implementar las habilidades requeridas al afrontar una situación estresante:

- ¿Tienes miedo?: El niño tiene que reconocer los síntomas físicos de la ansiedad.
- ¿Esperas que pase algo Malo?: El niño tiene que reconocer los diálogos internos que le dan miedo y preocupación.
- Operaciones que ayudan (Actitudes y Acciones): El niño tiene que poder reconocer las conductas y los correspondientes enunciados de afrontamiento, basado en la resolución de problemas que podría implementar en las distintas situaciones que le generan ansiedad.
- Resultados y recompensas: El niño tiene que realizar una autoevaluación de acuerdo al esfuerzo realizado y al refuerzo contingente.

La 2ª parte del programa consiste en la exposición en vivo a las situaciones que provocan ansiedad en el niño, para que pueda aplicar los nuevos conocimientos y habilidades en esas situaciones. (Kendall, 1990). En esta técnica según Kendall (1992), existen dos tipos de exposiciones, las imaginarias y las reales. Las primeras, se orientan al juego de rol entre el niño y el terapeuta frente a una situación temida. Las segundas, consisten en la exposición en vivo frente a los estímulos o situaciones que son generadoras de ansiedad o temor en el niño para que logre soportar el malestar hasta que se advierta una disminución de la ansiedad.

Todo este programa también incluye, según Bunge et al. (2011), distintos procedimientos en el entrenamiento para el reconocimiento de la emociones ya que muchos niños no diferencian emociones (como ser triste de aburrido o de enojado). Uno de los primeros pasos es poder diferenciar y nombrar estas emociones para que pueda darse el siguiente paso que consiste en poder identificar las distintas reacciones corporales frente a estas emociones. Así se le enseña al niño a identificar y relacionar las emociones con sus expresiones faciales y corporales, especialmente se busca poder identificar las reacciones somáticas ante el miedo y la ansiedad.

El siguiente paso, según Gálvez y Molina (2006), consiste en ayudar a los niños en la identificación y el monitoreo de los pensamiento automáticos. Estos son pensamientos que escapan a la voluntad del niño, y son extremadamente rápidos, por lo que no se detienen a cuestionarlos y los suelen tomar como certeros. Estos pensamientos dan lugar a las diversas interpretaciones que cada uno realiza de las situaciones que le toca vivir e influyen en su estado anímico. De tal modo se orienta al niño a reconocer junto a la emoción identificada el pensamiento que acompaña a la misma.

Una vez que eso es aprendido lo que sigue es reconocer la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta para poder generar modos alternativos de interpretar las diversas situaciones, generando en el niño mejores recursos de afrontamiento cognitivo frente a las situaciones que le generan ansiedad. Otro paso muy importante del tratamiento frente a las reacciones fóbicas es la exposición gradual del niño al estímulo fóbico, hasta que frente a éste la ansiedad desaparezca o sea tolerable por el niño. Constantemente cada paso del tratamiento debe ser acompañado por refuerzos positivos del terapeuta frente a cada logro del niño y el entrenamiento necesario para lograr la administración de autorrefuerzos (Bunge et al. 2011).

A lo largo de este programa, Kendall (2006), clasifica seis componentes fundamentales. Estos consisten en palabras de Bunge et al. (2010) en:

- **Psicoeducación:** se orienta a que el niño logre distinguir las primeras señales de ansiedad para saber cómo y cuándo aplicar los mecanismos de autocontrol. Su objetivo es mostrarle al niño que la ansiedad es una emoción útil que solo requiere un manejo inteligente y no su eliminación. En el tratamiento se comienza solicitando al niño que identifique sus sentimientos, para luego trabajar sobre conversaciones más específicas en relación a las distintas señales somáticas que experimenta a causa de la ansiedad. Una vez que el niño aprende a detectarlas es capaz de diferenciarlas de otras reacciones, pudiendo reconocer

cuándo usar una nueva habilidad, (como por ejemplo técnicas de respiración), o aplicar habilidades de afrontamiento que serán aprendidas a lo largo del programa.

- **Relajación y Manejo Somático:** Los ejercicios de relajación permiten al niño aumentar el reconocimiento de las diferentes sensaciones afectivas y somáticas. Al evocar sentimientos de ansiedad como de relajación a través de la respiración, le permite diferenciar la tensión de la relajación en los músculos del cuerpo y facilitar la posibilidad de manejar aquellas situaciones que antes le resultaban desconcertantes e inmanejables.
- **Manejo y Reestructuración cognitiva:** El objetivo es enseñarle al niño las auto-verbalizaciones ansiosas para que logre reconocer sus patrones de pensamiento y ayudarlo a entender que es posible la modificación de los mismos y su reestructuración.
- **Resolución de problemas:** consiste en que el niño tome un rol activo dentro del proceso de afrontamiento del problema. En primer lugar lo importante es que reconozca cuál es el problema. Luego, una vez identificado, debe pensar posibles soluciones a las formas de afrontamiento del mismo y también evaluar cada una de ellas. Finalmente, se deben probar con el niño las posibles soluciones.
- **Exposición a situaciones que provocan ansiedad:** Las tareas de exposición son experiencias sistemáticas con situaciones temidas en las que se le brinda al niño la oportunidad de practicar habilidades de afrontamiento. Además lo ayuda a distinguir entre el peligro real y el peligro percibido a través de la experiencia directa. El terapeuta junto con el niño, desarrollan un rol activo en la planificación y realización de las distintas tareas de exposición. Se considera que la práctica repetida le otorga al niño la posibilidad de construir un repertorio de experiencias exitosas en aquellas situaciones que le provocan ansiedad, haciendo más difícil que en el futuro olvide las experiencias exitosas y así sea más fácil que se generen pensamientos útiles de afrontamiento.
- **Prevención de recaídas:** En esta fase se refuerza junto con el niño los logros alcanzados y se anticipan posibles altibajos revisando las estrategias implementadas para sortear los obstáculos en el futuro.

Según Kosovsky (2010), este programa a lo largo de estos años ha sido evaluado en innumerables ensayos clínicos, (como los citados por Saura, Méndez Carrillo, Alcázar & Amorós, 2003), siendo los resultados muy favorables, aportando evidencia científica de la permanencia de los beneficios obtenidos en su aplicación.

6.- Método

6.1- Participantes

Se trabajó con una paciente de sexo femenino de diez años de edad, a la que llamamos Berta. Llegó a la consulta derivada por su escuela que solicitó una inter-consulta profesional ya que presentaba síntomas de mucho temor y ansiedad ante diversas situaciones escolares y frente a diversas situaciones de interacción social.

Su familia esta compuesta por su Padre (41 años), Madre (37 años), y un hermano menor (8 años).

6.2- Instrumentos

- Entrevistas con la terapeuta. Se realizaron al finalizar cada sesión observada, (no más de 10 minutos cada vez), donde la terapeuta resaltaba ciertos aspectos sucedidos en la sesión y 3 veces, (por 45 minutos cada vez), se dialogó acerca de la Historia Clínica (HC), las distintas intervenciones aplicadas en las sesiones y las tareas desarrolladas por la paciente en el libro de tareas. De todo esto el tesista tomó notas y elaboró resúmenes buscando coincidencias entre los distintos instrumentos.
- Historia Clínica. Se leyó el contenido de la HC escrita por la terapeuta, los test administrados y el psicodiagnóstico elaborado, ambos previos al inicio del tratamiento. Durante las tres entrevistas con la terapeuta arriba mencionadas, se analizó su contenido y sus coincidencias.
- Observación no participante de 10 sesiones. El tesista pudo observar, sentado en un rincón del consultorio, la metodología de trabajo de la terapeuta y sus intervenciones con la paciente y con sus padres.
- Técnica de exposición gradual a las cucarachas. Se pudo observar 2 veces, en el consultorio (sin intervención del tesista), como dentro de las sesiones terapéuticas se desarrollaba la técnica de exposición gradual al objeto fóbico (cucarachas) por medio de relatos, dibujos y fotografías.
- Libro de tareas para la casa, “el gato valiente”, de Kendall, P., H. (2010) ed. Akadia. Traducción Kosovsky, R. Se leyó y analizó este material que contenía

dibujos, escritos y tareas desarrolladas por la paciente. Este cuaderno de actividades prácticas para la paciente está destinado a ser utilizado en las sesiones y como tareas para el hogar, se estructura por sesiones (1 a 16) incluidas dos reuniones con los padres. Aborda el reconocimiento de emociones, reacciones del cuerpo, ejercicios de relajación y análisis de pensamientos y acciones.

6.3- Procedimiento

Observación no participativa de 10 sesiones de 45 minutos de duración en los consultorios de la institución especializada en Terapia Cognitiva Infantojuvenil.

Entrevistas semidirigidas con la terapeuta durante 3 veces para la lectura y análisis de la historia clínica y del libro de tareas de Philip Kendall trabajado por la paciente durante las sesiones observadas.

Observación no participativa de la exposición gradual a cucarachas dentro de las sesiones terapéuticas por medio de relatos, dibujos y fotografías.

6.4-Tipo de estudio

Descriptivo. Estudio de caso único.

7.- Desarrollo

7.1- Descripción del caso

Un año antes de iniciar su tratamiento, los padres de Berta realizaron una interconsulta con el equipo profesional de la institución, derivados por la escuela primaria. Se le realizó a la niña una psicoevaluación y se decidió trabajar en la institución con los padres por medio de una psicoeducación para el abordaje de situaciones que le generaban ansiedad a Berta. No hubo tratamiento individual.

Como posteriormente los síntomas en Berta reaparecieron, a mediados del año siguiente a las sesiones psicoeducativas de los padres, Berta comenzó un tratamiento con TCC diagnosticada con un TAG. Al momento de este tratamiento estaba cursando el sexto grado.

Al comienzo del tratamiento Berta manifestó tener miedo a exámenes orales en la escuela y expresó que aunque estudiaba y hacía los deberes con su mamá, cuando en la escuela le pedían que explique cómo había realizado la tarea, no sabía que decir y se quedaba “con la mente en blanco”. También dijo tener miedo a leer en voz alta por temor a que la señorita “la retara” o a participar de grupos para tareas áulicas, por temor a que sus compañeros no la quieran. Además explicó que muchas veces no podía hacer todas estas actividades porque “le dolía mucho la panza” o se sentía “mareada”.

Al referirse a sus amigas, manifestó que si bien las quería no le gustaba jugar con ellas, sobre todo en el recreo porque temía que la critiquen o ser dejada de lado por un grupito particular.

Refería miedo a la oscuridad (dormía siempre con la luz prendida de su velador) y por la oscuridad nocturna de su casa, no podía levantarse a la noche para ir al baño (por lo que bajo su cama tenía un orinal).

Relató tener miedo a las cucarachas y temía que un meteorito caiga sobre la ciudad de Buenos Aires y le pasara algo malo a sus papás o a su hermano.

Los padres refirieron que Berta solía ponerse nerviosa y caprichosa a la hora de ir a la escuela y que en esos momentos manifestaba dolores de panza o mareos (síntomas evaluados clínicamente por su pediatra que no dieron ninguna evidencia clínica). Coincidieron con los indicadores conductuales referidos por la escuela al momento de la solicitud de la interconsulta y en la actualidad. Además, refirieron que si bien su

rendimiento escolar era bueno, muchas veces la notaban distraída, con poca concentración en las tareas que realizaba y sobre todo que no le gustaba mucho juntarse con otras amigas a jugar o ir a visitarlas. También, pese a varios intentos, no lograron que vaya al baño a la noche, aunque dejaran las luces encendidas de la casa.

Su relación con el hermano era muy buena y solía cuidarlo mucho y ayudarlo con las tareas escolares.

Es de notar que al momento de inicio del tratamiento de Berta, su madre estaba desde hacía dos años en tratamiento psiquiátrico por ataques de pánico.

7.2 - Tratamiento basado en la Terapia cognitivo-conductual para niños ansiosos de Philip Kendall.

El equipo profesional institucional y la terapeuta decidieron trabajar con Berta durante su tratamiento con un modelo estructurado de TCC que le permitiera mejorar sus recursos de afrontamiento y mejorara su capacidad de interacción social. Eligieron como herramienta el programa “El Gato Valiente” que se centra en los factores de procesamiento cognitivo de la información asociados a la ansiedad de cada individuo, incluyendo a su vez, los factores sociales (Kosovsky 2010).

El tratamiento utilizó todas las actividades propuestas en el manual para el terapeuta que formaban parte del programa y lo que constituyó la guía de todo el tratamiento. De la misma manera se trabajó con el cuaderno de actividades prácticas para el paciente tanto en el momento de la terapia como en tareas para el hogar. El tratamiento constó de 24 sesiones (diez sesiones observadas por el tesista, ocho con la niña y dos con sus padres).

8.- Descripción del tratamiento.

8.1.- Reconocimiento de emociones.

El objetivo N°1 de este trabajo pretendía analizar la técnica de reconocimiento de emociones empleada en la terapia cognitiva conductual durante diez sesiones en un tratamiento del trastorno de Ansiedad en una niña. Por ello describiremos el proceso terapéutico desarrollado en relación al objetivo descripto.

La terapeuta comenzó trabajando con Berta en la primera sesión por medio de juegos para crear un vínculo terapéutico y una buena comunicación entre ella y su paciente. El principal objetivo de la terapeuta era que Berta generara con ella una relación empática y un buen diálogo (Bunge et al. 2010). Además durante el diálogo se obtuvieron datos más precisos acerca de su contexto familiar y escolar de ese momento. Específicamente se quiso averiguar los miedos y preocupaciones que ella tenía, como se daba cuenta de ellos y como resolvía esas situaciones.

En este encuentro se le explicó cuál era el objetivo del trabajo que iban a realizar juntas a lo largo del tratamiento. Se le explicó que al principio iban a trabajar en el reconocimiento de sentimientos, emociones y reacciones corporales, descubriendo las reacciones específicas de las distintas situaciones que le generaban ansiedad (Kendal 1990). La terapeuta tenía como objetivo que Berta lograra identificar, afrontar y regular los síntomas de ansiedad que iba experimentando. Le explicó que todo el trabajo era en equipo y la orientó en la importancia de la realización de la tarea en el libro de actividades del gato valiente. Según Kendal (2006), el terapeuta debe respaldar y alentar la participación del niño, enseñándole que todo el programa es un esfuerzo conjunto que solo se logra con la participación de ambos.

Durante la segunda y tercer sesión el trabajo se orientó a la identificación de los sentimientos de ansiedad y las respuestas somáticas asociadas a la misma (Kosovsky, 2010). El objetivo de la terapeuta, siguiendo a la autora, era entrenarla en el reconocimiento de sus emociones y las señales que daba su cuerpo cuando Berta comenzaba a ponerse ansiosa.

Se le solicitó, por medio de diferentes intervenciones, que identificara las distintas emociones como: enojo, tristeza, felicidad, sorpresa y miedo. Al mismo tiempo se le pidió que identificara las situaciones donde esas emociones se manifestaban. Para ello se le requirió que dibujara en un rostro las diferentes emociones y que las distinguiera una de otra en cada dibujo. También se le pidió que completara figuras en distintos cuadros (escenas), con el objetivo de asociar una emoción específica con determinados eventos.

Es importante ayudar al niño a que pueda identificar y distinguir cada una de sus emociones sin confundirlas (Rojas 1999; Bunge et al. 2011), para poder discriminar aquellas que puedan dar origen a los miedos, los temores excesivos y hasta la evitación fóbica de determinados estímulos y circunstancias (Mardomingo Sanz, 2001). El objetivo principal de la terapeuta, (además de enseñar a identificar correctamente cada

emoción, para utilizar esas emociones como instrumentos para reconocer los primeros signos de la ansiedad no deseada, Kosovsky, 2010), era siguiendo a Bunge, Gomar y Mandil (2011), que Berta no quedara comprometida en sus sentimientos y temores sin poder seguir adelante con su actividad.

El miedo, la preocupación, el terror, la irritación o el pánico son las emociones que más manifiestan, por lo general, la presencia de la ansiedad en los niños (Friedberg & McClure, 2005).

Junto al reconocimiento de cada una de esas emociones, Berta tenía que ser capaz de identificar las diversas situaciones que le generaban esas emociones para así poder distinguir las primeras señales de ansiedad y saber cómo y cuando aplicar los mecanismos de autocontrol (Kendal, 2006). Estas situaciones se trabajaron por medio de relatos, (donde la paciente describía en que circunstancias se ponía más nerviosa), dibujos y tareas específicas en su cuaderno.

Entre las situaciones más mencionadas por la paciente al momento de reconocer las emociones que se generaban en cada una de ellas, se puede señalar:

a.- Ámbito escolar: nervios, miedo, tristeza, (junto con sudoración, tos y dolor de panza), frente a tener que leer públicamente delante de sus compañeros o al momento de presentar a la maestra la tarea. Mismos sentimientos de miedo y vergüenza ante situaciones de juego o invitaciones de sus amigas en el recreo. Felicidad y alegría al ser felicitada por la maestra en sus tareas.

b.- Ámbito familiar: miedo al acostarse frente a la oscuridad del cuarto; nervios y enojo frente a tener que realizar la tarea escolar; enojo frente a reacciones y contestaciones de su hermano; alegría y felicidad en momentos de compartir juegos y paseos sobre todo con su papá.

Es de destacar que frente a cada acierto y tarea cumplida, la terapeuta acompañaba constantemente a Berta con alientos y refuerzos positivos. (Bunge et al. 2011).

Simultáneamente al reconocimiento de la emociones, se trabajó sobre conversaciones más específicas en relación a las distintas señales somáticas que experimentaba a causa de la ansiedad (Kendall, 2006).

8.2.- Reconocimiento de reacciones corporales.

Retomando el objetivo N° 2, que buscaba analizar la técnica de reconocimiento de las reacciones del cuerpo en distintas situaciones, empleada en la terapia cognitiva conductual durante diez sesiones en un tratamiento del trastorno de Ansiedad Generalizada en una niña, se puede destacar que durante estas sesiones la terapeuta tenía como finalidad que Berta pudiera, no solo nombrar correctamente las emociones, sino reconocer en qué partes del cuerpo podía identificarlas, describir la intensidad con las cuales percibía se manifestaban y reconocer sus propias reacciones somáticas.

Las manifestaciones somáticas, manifiestan la activación neurofisiológica propia de la ansiedad (Ayuso, 1988; Friedberg & Mc Clure, 2005). Al principio Berta describió quejas somáticas inespecíficas y vagas, sobre todo asociado a “sentirse nerviosa” o con miedo, sin poder identificar reacciones más precisas en su cuerpo (Ruis Sancho & Lago Pita, 2005).

Pero, frente al ejercicio de describir situaciones donde su hermanito o algún dibujo animado sentían miedo, ella pudo identificar más claramente las reacciones somáticas.

Por medio de un dibujo del cuerpo humano, la paciente fue señalando con círculos alrededor de cada parte del cuerpo afectada, describiendo como era que se ponía esa zona y en qué circunstancias sucedía de esa manera. Molestias digestivas, mareos, dolor de cabeza, sudoración, “nudo” en el estómago, palpitaciones, respiración acelerada, tensión y rigidez muscular, fueron las descriptas finalmente por Berta.

De las circunstancias descriptas, y las situaciones que le generaban ansiedad listadas por Berta, de acuerdo con Brown, Barlow y Liebowitz, (1994), las exigencias escolares y la interacción con sus compañeras fueron las más señaladas por la paciente. Le seguían sus temores por posibles acontecimientos catastróficos para con sus padres (caída de un meteorito), área muy común en que suele manifestarse la ansiedad en los niños (Brown et al. 1994).

La terapeuta trabajó mucho en el reconocimiento de las reacciones corporales y las circunstancias asociadas a ellas (Kendall, 1999), pidiendo que Berta elaborara una escala para ordenar como ella sentía su cuerpo en las distintas situaciones en especial aquellas en donde sentía temor y tensión corporal. Según Kendall (2006), en esta etapa la niña puede monitorear sus respuestas somáticas relacionadas con su ansiedad y cuestionarse si sentía miedo y cómo ese miedo lo sentía su cuerpo.

El objetivo principal de la terapeuta era psicoeducativo. Tenía que enseñarle a Berta que si bien la ansiedad puede ser un trastorno, también puede ser considerada como una emoción útil que requiere manejo y no eliminación (Bunge et al. 2010).

En esta etapa del programa, se le presentó a la paciente el plan de afrontamiento TEMOR (Kendal 1992) con el objetivo poder reconocer los síntomas físicos de la ansiedad. El reconocimiento del sentimiento miedo y la correspondiente manifestación somática eran las claves para el trabajo terapéutico en esta etapa.

Desde la quinta sesión en adelante, la terapeuta trabajó con su paciente diferentes ejercicios de respiración profunda o técnicas de relajación muscular progresiva. Según Kendall (2006), los niños al evocar sentimientos de ansiedad y de relajación, por medio de la respiración, pueden llegar a diferenciar la tensión de la relajación en los músculos de su cuerpo lo que les ofrece la posibilidad, por medio de esta técnica, de manejar situaciones que hasta el momento le eran inmanejables. De esta sesión en adelante la terapeuta enseñó a su paciente diferentes técnicas de respiración profunda lo que constituyó, siguiendo a Kosovsky (2010), una herramienta efectiva de intervención en el tratamiento para poder completar el trabajo en relación al manejo somático y las reacciones corporales. Estas técnicas, a modo de entrenamiento, se las practicaba al inicio de cada sesión. Las mismas técnicas fueron enseñadas a los padres de Berta, para que ellos la ayudaran a realizarlas en las circunstancias necesarias. En las dos reuniones con los padres, la terapeuta también les enseñó a identificar los distintos contextos en que Berta se ponía ansiosa, para ellos poder intervenir ayudando a su hija con los ejercicios de reconocimiento somático y relajación profunda.

Para reforzar la alianza terapéutica y la continuidad del tratamiento (Bunge et al. 2010), la terapeuta permanentemente alentaba a Berta a realizar los ejercicios felicitándola por sus logros y a sus padres los alentaba a ayudarla a practicarlos cuando la notaban ansiosa.

8.3.- Reconocimiento de pensamientos y acciones.

En el objetivo N° 3, se pretendía analizar la técnica de reconocimiento de pensamientos y acciones en distintas situaciones, empleada en la terapia cognitiva conductual durante diez sesiones en un tratamiento del trastorno de Ansiedad Generalizada en una niña.

Durante las sesiones de reconocimiento de emociones y reacciones somáticas, se trabajó simultáneamente el reconocimiento de pensamientos y acciones.

El pensamiento de niños ansiosos suele manifestarse como cogniciones desadaptativas (Kendall, 2000) donde muchas veces se conceptualiza en términos de todo o nada generalizando las explicaciones y adelantando conclusiones negativas (Olivarez Rodríguez et al. 2006). En el reconocimiento de emociones los primeros pensamientos asociados estaban en relación al contexto escolar y familiar. El enojo y el miedo fueron las emociones mejor reconocidas asociadas a pensamientos específicos en relación al temor de no ser aceptada por parte de la maestra y de sus compañeras como así también el pensamiento catastrófico sobre un evento (caída de un meteorito), capaz de afectar a su familia. Este pensamiento catastrófico se manifestaba como una cadena de “pensamientos malos” e incontrolables que predecían un peligro futuro imposible de afrontar (Dugas & Koerner, 2005). Asociado a este temor (cuyo pensamiento principal connotaba a algo malo que iba a suceder), estaba la referencia específica que Berta utilizaba para explicar el por qué temía a la oscuridad nocturna para ir al baño, aunque la luz estuviera encendida. El pensamiento de anticipar algo malo, debido a la oscuridad, le impedía levantarse al baño durante la noche.

Entonces se trabajó sobre sus “trampas de pensamiento”, es decir, aquellos pensamientos que sólo se enfocaban por expectativas negativas o catastróficas de una situación. El objetivo planteado estaba orientado a la transformación de los diálogos internos ansiosos en diálogos de afrontamiento. Según Barrett (2000), el modificar las percepciones e interpretaciones distorsionadas y reemplazar los pensamientos irracionales e inútiles con alternativas más racionales, genera que el niño se transforme en un “afrontador” activo. Las intervenciones llevadas a cabo tenían la intención de que Berta lograra reflexionar la evidencia a favor y en contra de diferentes pensamientos tratando de eliminar el sentido catastrófico y lograr reformularlo.

En esta tarea la terapeuta puso especial énfasis en que Berta identificara los pensamientos asociados a cada situación. Para alguna de las situaciones seleccionadas por la paciente, la terapeuta actuó junto a Berta esa situación discriminando: la emoción, el pensamiento asociado y la reacción corporal.

El objetivo de este trabajo era que la niña lograra identificar aquellas situaciones reales en las que ella podía intervenir, primero identificando sus emociones y cogniciones para

luego poder cambiar su cognición, aprendiendo a modificar su diálogo interno y sus predicciones catastróficas para contar con nuevos recursos cognitivos de afrontamiento (Friedberg & Mc Clure, 2005).

También, y progresivamente se trabajó su pensamiento acerca de las cucarachas y el porqué le generaban tal aversión. En las sesiones con los padres, y al mencionar este tema, la mamá de Berta refirió el mismo pensamiento aversivo sobre las cucarachas señalando en especial el asco que le generaba con el solo hecho de verlas. Otro factor predisponente señalado por la terapeuta (Bunge et al. 2010).

Es de notar que en la entrevista con los padres, la mamá refirió tener muchos temores en relación a lo que les podía pasar a sus hijos. Temía sobre todo que algún accidente les ocurra en la vía pública o que ella en alguna circunstancia no los pueda cuidar o atender. Si bien nunca había sucedido, estos pensamientos eran frecuentes en la madre y muchas veces se los transmitía a sus hijos bajo la consigna de "...tienen que cuidarse mucho porque puede pasar algo malo...". Estas expresiones de la madre, eran para la terapeuta, factores precipitantes del contexto (Bunge et al. 2010; Simon et al. 1997).

También se le presentó el segundo paso dentro del plan de afrontamiento, el paso "EM" "¿esperas que pase algo malo?". El objetivo estaba orientado a que Berta lograra diferenciar los diálogos internos de afrontamiento de aquellos diálogos personales que se presentaban en situaciones de ansiedad en donde el miedo, la preocupación y la evitación eran las principales características. Observando diferentes dibujos que representaban sobre todo situaciones de la vida diaria y escolar, la paciente tenía que completar cada uno de ellos con ejemplos de pensamientos posibles para cada situación. También, se trabajó para poder identificar pensamientos en situaciones de poco y mucho estrés para que Berta lograra asociar las distintas sensaciones y acciones que podían derivarse de cada uno de ellos. Bunge et al. (2010) refieren que este tipo de intervenciones ayudan a los niños a reconocer los patrones de pensamiento individuales y además, a entender que pueden modificar y reestructurar estas autoverbalizaciones.

Continuamente la terapeuta explicó al tesista la importancia durante el tratamiento, que la paciente lograra reconocer y asociar correctamente, sus reacciones corporales, pensamientos asociados y las correspondientes situaciones contextuales.

8.4.- Reconocimiento de la ansiedad en distintas situaciones.

En el objetivo N° 4 de este trabajo se buscaba analizar la técnica de reconocimiento de la ansiedad en distintas situaciones, empleada en la terapia cognitiva conductual durante diez sesiones en un tratamiento del trastorno de Ansiedad Generalizada en una niña.

Tomando la lista de pensamientos catastróficos, y de situaciones de anticipación de algo malo que Berta elaboró en distintas sesiones y en su libro de trabajo, la terapeuta orientó a su paciente a distinguir entre las preocupaciones sobre situaciones modificables y no modificables (Ladouceur et al. 2004) y distinguir también sobre situaciones reales o imaginarias (Kendall, 1992). La paciente elaboró una lista de situaciones específicas (junto a los pensamientos asociados a cada una de ellas), clasificándolas primero si eran situaciones reales que le había sucedido anteriormente en su vida cotidiana y luego si eran situaciones imaginarias (aquellas que la paciente pensaba que podían suceder alguna vez). El objetivo principal de la terapeuta era que la paciente distinguiera cognitivamente con claridad la diferencia entre una situación real que vivió o que podría sucederle en su vida cotidiana y una situación imaginaria o que era imposible que sucediera en su vida real (como por ejemplo la caída de un meteorito).

El tratamiento de la sintomatología ansiosa se enfoca en la infancia desde múltiples áreas incluyendo el desarrollo de respuestas de afrontamiento, dominio y sentido de autocontrol en cada situación (Barlow, 2000). Para ello la terapeuta centró su intervención en desarrollar el concepto de resolución de problemas para entrenar a Berta a desarrollar un plan de afrontamiento para cuando identificara sus síntomas de ansiedad en las diversas situaciones y contextos. Las distintas actividades llevadas a cabo tenían como finalidad que la paciente pudiera aplicar la resolución de problemas con ejemplos y situaciones poco estresantes para luego hacerlo con ejemplos en situaciones consideradas por ella como muy estresantes. Una de las actividades consistió en listar diferentes oraciones que describían situaciones reales y problemáticas para Berta en grado creciente y junto a la terapeuta pensar y actuar posibles soluciones a cada una de esas situaciones descriptas.

Se dialogó mucho acerca de las fortalezas y debilidades de cada una de las soluciones propuestas para cada situación pidiéndole a Berta que pensara en cuál de ellas la

consideraba más operativa y creía que sería más exitosa. Kosovsky (2010), plantea que en estos ejercicios el terapeuta debe poner énfasis en que poder encontrar habilidades para resolver los problemas de ansiedad, requiere de mucha práctica y que el niño no debe esperar éxito inmediato.

Considerando el objetivo de trabajo propuesto, la terapeuta introdujo el tercer paso del programa TEMOR: “operaciones que ayudan (Actitudes y Acciones)”. Como afirma Kosovsky (2010), el terapeuta debe explicarle al niño que además de reconocer sus sensaciones de ansiedad y diálogos internos, él puede intentar acciones que ayuden a cambiar las diferentes situaciones para poder seguir adelante a pesar de su experimentar ansiedad.

En este proceso de reconocimiento de situaciones estresantes, e incorporando lo desarrollado por la paciente en su libro de tareas el “gato valiente”, la terapeuta presentó a su paciente los conceptos de la autoevaluación y el de la autorecompensa.

Describió el significado de cada uno de ellos por medio de ejemplos concretos de la vida diaria de Berta para que fueran de fácil comprensión.

A partir de este objetivo de trabajo, se presentó el último paso del plan de afrontamiento TEMOR “resultados y recompensas”. Para ello se le pidió a Berta que listara diferentes recompensas que ella consideraba importantes o valiosas (Kendall 2010). Luego, se la invitó a mencionar ejemplos en donde recordara que había sido recompensada por alguna actividad. También, se realizaron las actividades propuestas en el programa con el objetivo de que pudiera practicar la auto-evaluación. Para explicitar todos estos mecanismos, la terapeuta utilizó, siguiendo los conceptos de Bunge et al. (2010), ejemplos de su vida diaria en donde experimentaba preocupación, pero que no los había resultado automáticamente aunque sí había afrontado la ansiedad surgida en las distintas situaciones mencionadas. Se le explicó la forma de autoevaluarse y recompensarse.

La terapeuta varias veces acentuó la importancia de la práctica del plan de afrontamiento TEMOR sobre todo en las diferentes situaciones imaginarias y reales con las que Berta había trabajado anteriormente, fortaleciendo la discriminación de cada situación. Ante estas situaciones también se realizó una psicoeducación a los padres (en sus sesiones correspondientes), a fin de que ayudaran a su hija en la discriminación y afrontamiento de cada una de las situaciones que le generaban ansiedad.

Al finalizar esta etapa se preparó a Berta para el próximo encuentro en donde comenzarían las técnicas de exposición. Se le explicó que iba a estar presente su madre, y se le recordó que la exposición sería gradual, anticipándole que el ejercicio podría generarle un aumento en la ansiedad, lo que era la gran oportunidad para afrontarla, sin eliminarla, (Bunge et al. 2010) y que aplicarían los pasos del plan TEMOR con los que Berta estaba trabajando durante todos sus encuentros.

8.5.- Descripción de la técnica de exposición gradual al objeto fóbico (cucarachas).

Retomando el objetivo N° 5, que consistía en describir la técnica de exposición gradual para superar el miedo a las cucarachas empleada en la terapia cognitiva conductual durante diez sesiones en un tratamiento del trastorno de Ansiedad Generalizada en una niña, se puede destacar que, según lo desarrollado por Kendall (1992), en el tipo de exposiciones a situaciones temidas, la terapeuta decidió solo utilizar las del tipo imaginario. Esto también porque la madre estaba presente durante la exposición y sufría de la misma fobia a las cucarachas. También se le explicó previamente a la mamá que, como plantea Kosovsky (2010), el tratamiento no consiste en eliminar la ansiedad del niño por completo sino reducirla a niveles normales para que el niño pueda aprender a manejarla.

Como etapa preliminar, la terapeuta practicó junto a Berta los distintos ejercicios de relajación muscular y respiración profunda pidiéndole que, ante el primer signo corporal de ansiedad, detuviera el ejercicio de exposición que iban a realizar para poner en práctica la herramienta de relajación aprendida.

Para la exposición en si misma, desarrolló un juego de rol entre la niña y ella frente a la situación/ objeto temido. Primero comenzaron a dibujar cosas “asquerosas” y bichos “feos” proponiendo distintas respuestas frente a cada dibujo. Muchas de ellas consistían en criticar el dibujo y reírse del pensamiento que éste generaba identificando sus patrones de pensamiento y autoverbalizaciones ansiosas para posteriormente modificar y reestructurar esos patrones (Kendall, 1992).

Luego, y al momento de trabajar con el mismo objeto fóbico, la terapeuta utilizó una exposición simulada con el ordenador o realidad virtual.

Primero utilizó un cuento de dibujos animados en donde aparecían las cucarachas pero no eran protagonistas de la trama. Si bien Berta señaló su desagrado por la presencia de las cucarachas en el cuento, esto no impidió que desarrollara la tarea junto a su terapeuta sin mayor dificultad.

Finalmente, y siguiendo con el uso del ordenador, fue mostrando a Berta distintos dibujos de cucarachas primero y luego fotografías de las mismas.

Frente a cada imagen, animaba a su paciente a reconocer las manifestaciones somáticas corporales de la ansiedad y sus pensamientos asociados. Siguiendo a Bunge et al. (2010), acompañaba a su paciente en cada paso recordándole los pasos del plan TEMOR que tantas veces había practicado para que juntas lo pusieran en práctica.

Ante las fotografías que más ansiedad le generaban a Berta, la terapeuta ponía especial énfasis en la aplicación de los ejercicios de relajación muscular y respiración profunda.

Frente a los distintos logros obtenidos por Berta, la terapeuta constantemente reforzaba positivamente a su paciente (Bunge et al. 2010), y finalmente le propuso que se autoevaluara por todo el ejercicio y proponga una recompensa.

Luego de la décima sesión el equipo profesional de la institución y la terapeuta evaluaron el desarrollo del tratamiento de Berta y sus logros alcanzados. Si bien hasta el momento había logrado avanzar en varios objetivos del tratamiento todavía manifestaba altos niveles de ansiedad en ciertas circunstancias de la escuela (como el trabajo en grupo o la lectura en voz alta) y persistía con la dificultad de levantarse a la noche para ir al baño. A su vez, no se había trabajado suficientemente en el último paso del plan de afrontamiento TEMOR “resultados y recompensas”. Se evaluó necesario que la paciente prosiguiera el tratamiento fortaleciendo sobre todo el entrenamiento en esta última etapa y desarrollando nuevas estrategias de afrontamiento de situaciones concretas que le generaban ansiedad.

9.- Conclusiones

A lo largo de este trabajo se ha intentado exponer la descripción del tratamiento de una niña de diez años que presentaba sintomatología ansiosa basado en la Terapia Cognitiva Conductual para niños ansiosos de Philip Kendall. A partir de los objetivos específicos y en relación a lo que se ha expuesto en el marco teórico, se puede inferir que Berta presentó un trastorno de ansiedad generalizada con fobia específica a las cucarachas.

Teniendo en cuenta el análisis de las diversas sesiones en las que Berta y sus padres participaron podemos arribar a ciertas conclusiones:

La elección de la modalidad de tratamiento se realizó teniendo en cuenta la orientación cognitiva conductual con la que trabajaba la institución en donde se desempeñó la práctica profesional.

Principalmente en la primera parte del tratamiento la terapeuta se centró en la psicoeducación y entrenamiento de su paciente para que ella pueda por sí misma reconocer los síntomas de su ansiedad por medio de sus manifestaciones somáticas, sus emociones y el reconocimiento de los pensamientos asociados a esas manifestaciones (Kendall, 1992). Este programa permitió que la paciente pueda conocer mejor sus sentimientos y reacciones brindándole nuevas herramientas para que mejorara sus recursos de afrontamiento.

En la segunda parte, se observó como al trabajo anterior, se le incorporaron el conocimiento y el análisis de los pensamientos. Esto facilitó que la paciente pudiera reconocer y modificar su diálogo interno ansioso por un diálogo interno de afrontamiento desarrollando planes y estrategias más efectivas frente a las diversas situaciones y contextos que le generaban ansiedad (Gálvez & Molina, 2006).

La elección del método de abordaje y trabajo con el libro de tareas “el gato valiente”, facilitó la estructuración y organización de los temas y objetivos de cada sesión en modo progresivo e integrador. Los conceptos y las intervenciones trabajados en sesión fueron reforzados por las tareas desarrolladas en el libro del paciente lo que permitió una continuidad de tratamiento dentro y fuera de la sesión.

Las tareas en etapas propiciaron que poco a poco Berta pudiera aprender a enfrentar sus miedos y preocupaciones y a saber que la ansiedad era una emoción que no era necesario eliminar sino que era posible mantenerla bajo control (Bunge et al. 2010).

Las tareas inter sesiones centradas en la experiencia permitieron desarrollar en la paciente sentimientos de competencia en el afrontamiento de las situaciones que previamente le generaban ansiedad (Kosovksy, 2010).

Esta herramienta también favoreció el compromiso de los padres con el tratamiento ya que la mamá ayudó continuamente a Berta a completar la correspondiente tarea y su papa se involucró más en el acompañamiento de su hija en el ámbito escolar. Siempre es esencial contar con el acompañamiento y participación de la familia ya que son ellos quienes aseguran la continuidad del tratamiento, generalización y manutención de los procesos orientados al cambio (Friedberg & McClure, 2005).

Las sesiones con los padres permitieron el análisis del contexto familiar y social de la paciente favoreciendo una visión holística y ecológica de la etiología del trastorno de ansiedad manifestado en Berta. En relación a ello se evidenció la vulnerabilidad biológica (Bunge et al. 2010) que aparecía en la niña al presentar su madre ataques de pánico. Del mismo modo, al tener en cuenta el contexto familiar y los síntomas de ansiedad descritos por la paciente, se pudo inferir que existieron varios factores desencadenantes que facilitaron la activación de esta vulnerabilidad predisponente en Berta.

Otra característica importante a señalar en esta área, es que la psicoeducación brindada por la terapeuta a los padres les ofreció nuevas herramientas para fortalecer el vínculo con su hija ya que podían ofrecerle recursos nuevos útiles para enfrentar su ansiedad y la de ellos.

9.1.- Limitaciones y Fallas

En el análisis de los instrumentos propuestos para la elaboración de este trabajo se puede señalar que para una mejor evaluación del caso habría que investigar e incluir los informes elaborados desde el ámbito educativo.

También sería conveniente, (dado que en el contexto escolar es donde la paciente más ansiedad sufría), incluir en los instrumentos, un análisis de las relaciones vinculares de la paciente con su maestra y sus compañeras de la escuela.

A su vez sería deseable incluir un resumen de la batería de test tomados a la paciente y su psicodiagnostico previo al tratamiento.

Una falla en la metodología elegida y en los procedimientos que se puede señalar es que todo el trabajo se centró en la observación, descripción, aplicación y desarrollo del tratamiento y no así en los instrumentos previos utilizados para confeccionar el diagnóstico clínico.

9.2.- Aporte Personal

La posibilidad de realizar esta práctica profesional fue una oportunidad para conocer, aprender y adquirir herramientas y conocimientos prácticos para el futuro ejercicio de la profesión.

Permitió tener una visión práctica del ejercicio de la profesión donde la teoría tiene que justificar cada intervención y dar coherencia al tratamiento y las intervenciones tienen que estar planificadas y orientadas a formar y fortalecer los recursos necesarios del cambio buscado.

En el análisis de las diferentes experiencias desarrolladas en esta práctica se pudo enfatizar la importancia del trabajo en equipo entre profesionales, la necesaria formación continua de cada uno de ellos y sobre todo, la riqueza que aporta el intercambio de información y experiencias por medio de un ateneo clínico y la correspondiente supervisión de casos.

La posibilidad de la confección del TFI aportó una profundización sintética del tema investigado con su correlato clínico, donde se pudo observar la coherencia entre la teoría y su aplicación clínica en un caso concreto. También favoreció la investigación de contenidos teóricos en diversos estudios y casos clínicos que favorecieron la comprensión del tema investigado.

En el análisis del contexto familiar de la paciente y dado los diversos elementos predisponentes del contexto un aporte que se podría incluir en el abordaje de este caso es la posibilidad de una terapia familiar que permita desarrollar recursos de prevención y fortalecimiento en las conductas de la dinámica familiar.

Quizás un abordaje desde la perspectiva de la psicología positiva o desde la práctica de mindfulness para esta familia sea un recurso terapéutico a considerar, a la hora de ofrecer las mejores herramientas para lograr y sostener el cambio deseado en el mejoramiento de la salud mental tanto del paciente como de su sistema familiar.

10.- Referencias

- Álvarez, E. D., & Berzaluce, E. (2003). *A qué tienen miedo los niños*. España: Síntesis.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM–III*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM–IV–tr (4ª ed., texto rev.)*. Washington, DC: Autor.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Washington, DC: Autor.
- Amorós, M. O., Carrillo, X. M., Alcázar, A. I., & Saura, C. J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19 (2), 193-204.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P. A. (1987). DSM–III. Disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69–76.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Badoz, L. A. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada, Facultad de Psicología, departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico*. Universidad de Barcelona.

- Barlow, D. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 245-263.
- Brown, T.A., Barlow, D.H., & Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1272- 1280.
- Brown, T. A., O'Leary, T. A., & Barlow, D. H. (2001). *Generalized anxiety disorder*. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 154-208). Nueva York: Guilford.
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, estrés y práctica clínica: un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadía.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil. J. (2010). *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil. J. (2011). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires: Akadia.
- Caballo, V. E. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, (pp. 509-549). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 579-605.
- Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61-81.
- Dulcan, M. & Popper, C. H. (1991). *Child and Adolescent Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Dupuy, J. B., Beaudoin, S., Rhéaume, J., Ladouceur, R. & Gugas, M. J. (2001). Worry: daily self-report in clinical and no clinical populations. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1249-1255.

- Echeburúa, E. (1993). *Ansiedad Crónica: Evaluación y tratamiento*. Madrid; Eudema.
- Feixas, G., & Miró, M. (1998). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernandez Alvarez, (compilador). (2011). *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: Polemos.
- Friedberg, R. & McClure, M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. España: Paidós.
- Gálvez, E., & Molina, H. (2006). Esquemas emocionales, evitación emocional y proceso de cambio en TCC. *Revista de psiquiatría y salud mental*. Hermilio Valdizan, 7 (1), 11-32.
- Kendall, P. C. (1990). *Coping cat workbook*. Philadelphia, PA: Temple University.
- Kendall, P. C. (1992). *Coping Cat Workbook*. Admore. PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. (2000). *Child and adolescent therapy*. New York: The Guilford Press.
- Kendall, P.C. (2006). *Terapia para niños y adolescentes: Procedimientos cognitivo-conductuales* (3ra. ed.). Ney York: Guildford.
- Kendall, P., & Verduin, T. L. (2008). Peer perceptions and liking of children with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 459-469.
- Kosovsky, R. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de Ansiedad en niños: Manual para el terapeuta*. Buenos Aires: Akadía.
- Ladouceur, R., Léger, E., Dugas, M., & Freeston, M.H. (2004). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder (GAD) for older adults. *International psychogeriatrics*, 16, 195-207.

- Lago Pita, B., & Ruiz Sancho, A. M. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. En Curso de Actualización Pediatría (pp.265-280). Madrid: Exlibris.
- Lang, P. (1968). *Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct*. En Shilen, J., H. Research in psychotherapy, (3), Washington: American Psychological Association.
- March, J. (1995). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Mardomingo, M. J. (1994). *Trastornos de ansiedad*. En M. J. Mardomingo. *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*. (pp. 281-314). Madrid: Díaz de Santos.
- Mardomingo Sanz M. J. (2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 3, 61– 71.
- Newman, M. G., & Anderson, N. L. (2007). Una revisión de investigación básica y aplicada en el trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 16, 7-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2556433>
- Olivares, R. J., Piqueras Rodríguez, J. A., & Alcázar, A., I. R. (2006). *Tratamiento cognitivo-conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada*, 24, 87-98. Sociedad Chilena de Psicología Clínica Santiago.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1994). Diagnosis, assessment and treatment of internalising problems in children: the role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 18–27.
- Rojas, E. (1999). *La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Buenos Aires: Planeta.
- Saura, C. J., Méndez Carrillo, F. J., Alcázar, A. I. R., Orgilés Amorós, M. (2003). *La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación un análisis de su eficacia*. *Anales de psicología*, 19, 193-204.

Simon, F., Stierlin, H., & Wynne, L. (1997). *Vocabulario de Terapia Familiar*.
Barcelona: Gedisa.