

# **UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONVENIO DE COMPLEMENTACIÓN DE ESTUDIOS  
ENTRE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA DE LA  
UNIVERSIDAD DEL AZUAY Y LA FACULTAD DE  
PSICOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

***“LA ANSIEDAD GENERALIZADA EN NIÑOS Y  
ADOLESCENTES UNA VISIÓN COGNITIVO –  
CONDUCTUAL”***

TRABAJO MONOGRÁFICO PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

ALUMNA: JAQUELINE TERESA CÁRDENAS YÁNEZ

DIRECTORA: MST. YOLANDA DÁVILA P.

CUENCA- ECUADOR

2005

## **AGRADECIMIENTO**

Ante todo agradezco a Dios por ser quien me ha iluminado y me ha dado fortaleza para seguir adelante en la culminación de mi carrera y de ésta monografía.

Doy gracias a mis padres porque con su ejemplo de esfuerzo y trabajo me han enseñado a luchar por mis metas, a mis hermanas por apoyarme en todo momento y a Juan Carlos, mi esposo, por ser la persona quien con mucho amor me ha acompañado en todo este transcurso de profesionalización.

De manera especial agradezco a la Mster. Yolanda Dávila, mi directora de monografía, quien con mucha certeza y paciencia a sabido dirigir la presente monografía.

Por último, quiero dar mi más sinceros agradecimientos a cada una de las personas que han estado a mi alrededor: maestros, compañeros, amigos, personas que trabajan en la universidad, etc; por ser cada uno de ellos real o simbólicamente figuras que me han ayudado a crecer como persona y como futura profesional.

## **DEDICATORIA**

La presente monografía la dedico con mucho afecto a la Escuela- Taller Cuenca, en especial a cada uno de los adolescentes que se educan en ese establecimiento, pues han sido ellos quienes a través de las prácticas realizadas ahí me hicieron notar que el Trastorno de Ansiedad Generalizada en Niños y Adolescentes es una patología que requiere más investigación en este campo y que si curamos a un niño evitamos un adulto enfermo.

## **ABSTRACT**

En este tema monográfico se aborda el tema del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Niños y Adolescentes, el mismo que requiere gran interés e importancia para cada uno de los profesionales de la salud mental.

Todos los niños y adolescentes experimentan algún grado de ansiedad. Es una parte normal del crecimiento. Sin embargo, generalmente se manifiesta un trastorno de ansiedad cuando las preocupaciones y los temores del niño o el adolescente son excesivas y no se disipan, interfiriendo en el desarrollo normal del menor.

En el primer capítulo se hará una descripción del trastorno según como lo menciona el DSM-IV. Dando relativa importancia a la historia de este trastorno y comparándolo con la denominación que el DSM- III lo daba, nombrándolo Trastorno de Ansiedad Excesiva. Partiendo de esta comparación se señala su concepto, cuáles son síntomas y de qué manera se caracteriza.

En el segundo capítulo se señala la etiología, el desarrollo, factores de mantenimiento, prevalencia y curso, diagnóstico y evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Aportando desde una investigación bibliográfica más minuciosa datos que en el campo infantil y adolescente eran un poco confusos y esclareciendo así de esta manera el conocimiento de este trastorno.

En el tercer capítulo, se hace hincapié al tratamiento, pero visto desde un enfoque tripartito en donde tanto la Terapia Cognitiva-Conductual, la Terapia Familiar y el Tratamiento Farmacológico es una estrategia más eficaz para los casos de Ansiedad Generalizada especialmente en Niños y Adolescentes.

Además dentro de la Terapia Cognitiva-Conductual se proporciona nuevas técnicas y herramientas para el manejo de la ansiedad del niño y/o del adolescente desde enseñándole a como relajarse hasta un reconocimiento como modo de refuerzo por los esfuerzos realizados por el niño.

# INTRODUCCIÓN

Científicamente, la ansiedad inmediata o a corto plazo es denominada la respuesta de lucha-huida. Se llama así porque todos sus efectos están dirigidos a combatir el peligro o escapar del mismo. Así, el propósito de la ansiedad es proteger al organismo

Es normal que los niños y adolescentes desarrollen ciertos miedos y experimenten cierta ansiedad durante el curso de su desarrollo.

Con el tiempo los miedos normales desaparecen a medida que los niños aprenden más acerca de que esperar del entorno y de sus relaciones con los demás. Pero cuando sus miedos no se disipan y comienzan a interferir con su vida, puede ser signo de un trastorno de ansiedad.

Los hijos de padres con trastornos de ansiedad son más propensos a padecer un trastorno de ansiedad. Es así que la combinación de varios de estos factores: genética + aprendizaje + desencadenantes llegan a producir un trastorno de ansiedad.

El Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG), es el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente en la prevalencia total, después del trastorno distímico y la depresión mayor en niños y adolescentes.

Puesto que los trastornos de ansiedad son alteraciones incapacitantes a corto y largo plazo y repercuten de forma considerable en la vida del niño y en su entorno, surge la necesidad de intervenir a edades tempranas.

En la actualidad, la terapia cognitivo-conductual podría considerarse como una alternativa importante a otras técnicas utilizadas tradicionalmente ya que en las revisiones más recientes ha demostrado su eficacia en el tratamiento de múltiples trastornos de ansiedad, incluidos el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Ansiedad por Separación.

# INDICE

## INTRODUCCIÓN

## CAPITULO I: DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD

### GENERALIZADA 1.1 Definición

#### 1.1 .1 Historia

#### 1.2.2 Criterios según el DSM-IV-TR del TAG

#### 1.3 Caracterización Clínica del TAG

## CAPITULO II: ETIOLOGÍA, DIAGNOSTIVO Y EVALUACION

### 2.1 Teorías sobre la Etiología y el Desarrollo de los Trastornos de Ansiedad

### 2.2 Factores para Mantener la Ansiedad

### 2.3 Prevalencia y Curso

### 2.4 Diagnóstico Diferencial

### 2.5 Evaluación

## CAPÍTULO III: TRATAMIENTO PSICOLÓGICO, FAMILIAR Y FARMACOLÓGICO

### 3.1 Tratamiento Psicológico: Automonitorización

#### 3.1.2 Tratamiento Psicológico: Relajación

#### 3.1.3 Tratamiento Psicológico: Desensibilización Sistemática

#### 3.1.4 Tratamiento Psicológico: Entrenamiento en Habilidades Sociales

Modelo del Ejercicio para replicar el miedo

Ejercicio para vencer las Terribles Sospechas

Juegos con Muñecos

### 3.2 Tratamiento Familiar

### 3.3 Tratamiento Farmacológico

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografía

## **CAPITULO I**

### **DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)**

## **1.1 DEFINICIÓN:**

Según el CIE 10 al TAG lo define como un “trastorno cuya característica esencial es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una angustia libre flotante). Los síntomas más frecuentes son quejas de sentirse constantemente nerviosos, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.

## **1.2 EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA SEGÚN EL DSM IV**

### **1.2.1 HISTORIA:**

El trastorno de ansiedad generalizada en niños y adolescentes es la denominación dada por el DSM IV y DSM-IV-TR (APA, 2000) a la categoría diagnóstica que integra y modifica dos categorías que aparecían en el DSM-III-R (APA, 1987):

1. El trastorno de ansiedad excesiva (TAE) y el
2. trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

El DSM-IV elimina el TAE y mas bien lo ubica como una variante del TAG. La eliminación del TAE, al igual que los cambios en la definición del TAG en el DSM-IV, se da para lograr una mayor consistencia con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, 1992).

En base a esta aclaración se describe el trastorno según los criterios que se tiene en cuenta para diagnosticar el TAG según el DSM-IV-R (que no varía en los criterios diagnósticos respecto al DSM-IV).

### 1.2.2 CRITERIOS SEGÚN DSM-IV-TR DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA F41.1

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una gran cantidad 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 (en los niños sólo se requiere uno de ellos), algunos de los cuales han persistido más de 6 meses:

- Inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad0 fácil
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- 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; 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.

### **1.3 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)**

Las preocupaciones en el TAG son difíciles de controlar, mas permanentes, interfieren con el funcionamiento, tienden a ser múltiples y presentar síntomas somáticos de ansiedad (TORO, Ricardo, Texto de Psiquiatría, Fundamentos de Medicina, 2001, Bogotá-Colombia. Pág. 184).

A diferencia de los adultos que sufren este trastorno, generalmente los niños y los adolescentes no se dan cuenta de que su ansiedad en determinadas situaciones sobrepasa los límites aceptables, convirtiéndose en un trastorno que aqueja su vida. Hecho por el cual requieren que los adultos los tranquilicen frecuentemente.

Los síntomas pueden incluir:

- ❖ Demasiada preocupación antes de que ocurran las cosas.
- ❖ Demasiada preocupación por los amigos, la escuela o las actividades.
- ❖ Pensamientos y temores constantes acerca de su seguridad y la de sus padres.
- ❖ Rechazo a ir a la escuela.
- ❖ Dolores de cabeza, estomacales u otras molestias físicas frecuentes.
- ❖ Tensión o dolores musculares.
- ❖ Alteraciones del sueño.
- ❖ Preocupación excesiva acerca de dormir fuera de su casa.
- ❖ Aferramiento a los miembros de su familia.
- ❖ Sensación de tener un "nudo en la garganta".
- ❖ Fatiga.

- ❖ Falta de concentración.
- ❖ Mayor facilidad para sobresaltarse.
- ❖ Irritabilidad.
- ❖ Incapacidad de relajarse.

Estudios hechos por Silverman y Ginsburg (1995) revelan que las cogniciones de los niños ansiosos se caracterizan por un exceso de pensamientos negativos, de distorsiones como personalización y catastrofización y por una alta frecuencia de pensamientos de afrontamiento no acordes a la situación, que intervienen significativamente en su vida diaria.

En el aspecto social, algunos de estos chicos tienen dificultades en las relaciones con sus compañeros y éstos los perciben como tímidos y aislados.

Con respecto a los problemas escolares, se encontró que estos niños presentaban rechazo escolar, el temor a los exámenes y el bajo rendimiento académico (Manual de Psicología clínica infantil y adolescente, Pág. 95-96).

## **CAPÍTULO II**

### **ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN**

## **2.1 TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGÍA Y EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

En este capítulo se abordará las distintas teorías que refieren la etiología y el desarrollo de los trastornos de ansiedad; el diagnóstico que debe hacer el clínico para el trastorno de ansiedad generalizado teniendo en cuenta la comorbilidad con otros trastornos; y la evaluación basándose en la observación y las distintas escalas evaluativas..

### **2.1.1 Teorías Biológicas:**

Estudios realizados con animales y humanos han demostrado que es probable que este trastorno tenga un componente genético, ya que se encontró que existía el 19.5 % de parientes de primer grado que padecían de TAG, en comparación con 3.5 % del grupo control (Toro, Ricardo: Fundamentos de Medicina). Las investigaciones hechas han demostrado que cuando un sujeto biológicamente predispuesto encuentra estímulos estresantes ambientales agudos y prolongados, el resultado puede ser una disfunción en la personalidad o un trastorno clínico.

### **2.1.2 Teorías Neuroquímicas:**

Manifiestan que existe un desequilibrio entre dos neurotransmisores químicos del cerebro (norepinefrina y serotonina), hecho que contribuye a la causa de este trastorno.

### **2.1.3 Teorías Cognitivas:**

Se basa en el supuesto de que los niños con temor o ansiedad excesiva tienen dificultad para controlar la presencia de cogniciones negativas, las cuales son irracionales y catastróficas.

Desde la teoría cognitiva, el Trastorno de ansiedad generalizada se desarrolla a partir de la colocación de los recursos de atención en una amenaza, fácil acceso y obtención rápida de información relacionada con la amenaza, autoconciencia o excesiva preocupación acerca de cómo lo perciben los otros a uno mismo, exagerado y excesivo miedo a las sensaciones corporales asociadas con ansiedad y un trastorno para percibir los grados de estrés o la dificultad de una tarea.

Según el modelo de Beck refiere que la percepción del individuo es incorrecta, estando basada en falsas premisas.

Se parte de la idea de que el sujeto a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento (a nivel cognitivo), que produciría a su vez la activación emocional (a nivel conductual). Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos.

Las distorsiones cognitivas que aparecen en el trastorno por ansiedad generalizada son (Beck, 1985).

1. Inferencia arbitraria-Visión catastrófica: Consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto.
2. Maximización: El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño.
3. Minimización: El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

## **2.2 FACTORES PARA MANTENER LA ANSIEDAD**

Entre los factores que intervienen se encuentra la herencia biológica y en segundo lugar una serie de experiencias y eventos comunes que se pueden observar en el entorno de las personas que más tarde padecerán una enfermedad ansiosa. Solamente la combinación de varios de estos factores (genética + aprendizaje + desencadenantes) llega a producir un trastorno de ansiedad.

### ***INFLUENCIA PARENTO-FILIAL:***

Respecto de la familia se deben considerar los valores y creencias del grupo de crianza, los métodos y disciplinas utilizados, los modelos ofrecidos por los adultos significativos, en especial los padres; el lugar que ocupa la persona con este

trastorno en relación con los hermanos; si es hijo natural o adoptivo, y si ha habido divorcios o nuevos casamientos.

Los padres que padecen severa ansiedad u otros trastornos que se manifiesten en el trato cotidiano, implican un riesgo de que el niño los imite, por modelado o aprendizaje imitativo.

Dentro de las posibilidades de *trato* que pueden tener influencia negativa, encontramos:

- ***Padres sobreprotectores.***- Son aquellos que amparan excesivamente al niño de las adversidades de la vida. Muchas veces esto surge porque necesitan tener a alguien que dependa exclusivamente de ellos. Desgraciadamente, esto tiende a afianzar la creencia de que todo en el afuera es riesgoso y que conviene evitar salir del círculo familiar. Aunque actúe con la mejor de las intenciones, el sobreprotector impide al niño el aprender a manejar adversidades y asumir algún riesgo como parte de la vida.
- ***Ausencia parental.***- Física o psicológica, de uno o de ambos padres. Estos no están presentes o es como si no estuvieran, pues no cubren las necesidades básicas de afecto, orientación, límites y supervisión en la crianza. Dentro de este factor estaría la ausencia o deprivación afectiva, que sufren aquellos niños cuyos padres nunca están disponibles afectivamente, ni se interesan por ellos para hablar, para acariciarlos o para castigarlos. Un niño puede experimentar mucha ansiedad cuando es separado de los padres por mucho tiempo, sobre todo cuando no entiende los motivos, esto puede darse por trabajo en el exterior, hospitalizaciones prolongadas, divorcios, muerte, etc.
- ***Abuso infantil.***-Si bien las categorías descritas son abusivas, hay formas más activas de maltrato, como el abuso psicofísico, presente en los padres castigadores que lastiman a sus niños de diferentes maneras, y el abuso psicológico, que causa un sufrimiento mental innecesario y excesivo, que incluye la desvalorización permanente, las amenazas de abandono o las críticas excesivas. El abuso sexual, es una de las formas más dañinas y traumáticas de maltrato infantil y origina patologías muy severas.

- ***Expectativas parentales.***- Que demanden del niño o del adolescente un comportamiento de adulto, más allá de sus posibilidades, como por ejemplo, obligar al hermano mayor a cumplir un rol materno o paterno.
- **Reglas familiares rígidas:** Criarse en una familia caracterizada por reglas muy rígidas o por exigencias desmedidas, puede establecer un patrón de todo o nada, de blanco o negro, que se continuará sosteniendo en la adultez. Estas reglas severas pueden originar y mantener la ansiedad del niño y/o del adolescente para alcanzar el “equilibrio” en ellos.
- **Aprobación según el desempeño.**- Muchos niños y/o adolescentes son valorados por sus padres como personas solamente cuando su desempeño cumple las expectativas de los mismos, por ejemplo, al obtener muy buenas notas escolares, o al desarrollar algún talento. La aprobación según el desempeño, lleva a la creencia errónea de que una persona tiene valor únicamente cuando realiza algo valioso. Este hecho es más impactante cuando los padres son perfeccionistas y no solo quieren que sus hijos aprueben con buenas notas, sino que además esperan de ellos perfección y que superen, ampliamente, la capacidad de un niño promedio.
- **Supresión o negación de sentimientos.**- Puede darse de dos maneras: Directamente instruyendo al niño para que suprima la expresión de sus sentimientos, usando frases como "no llores", "no te enojas conmigo" o indirectamente, como se observa en los padres que bloquean o niegan sus propios sentimientos o, lo que es más grave, niegan la validez de los sentimientos del niño, y ante su rabia dicen "tu no estás realmente enojado". Si la demostración de los sentimientos produce reacciones violentas o abusivas de algún progenitor, el niño y/o adolescente aprende a suprimirlas para sobrevivir. En muchas familias, la poca expresión e información de los afectos es una norma.

### **2.3 PREVALENCIA Y CURSO**

Se estima que aproximadamente en niños y adolescentes las tasas de prevalencia del TAG se encuentran entre el 2 y el 19 por 100, hecho por el cual el TAG era el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente en la prevalencia total, después del trastorno distímico y la depresión mayor.

Es importante indicar que los síntomas del TAG son más prevalentes entre los 12-19 años que entre los 5-11 años, presentándose más en niñas que en niños.

El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con períodos de estrés.

### **2.4 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizado (TAG) en los niños y adolescentes pueden ser similares a los de otros trastornos médicos o problemas psiquiátricos. Razón por la cual, es importante realizar un buen diagnóstico.

#### Diagnóstico Diferencial con Otros trastornos de ansiedad:

Para realizar el diagnóstico del TAG, las preocupaciones e inquietudes de las que informa el niño y/o adolescente no deben estar relacionadas con ningún otro trastorno de ansiedad, tales como:

- Fobia Específica.- la ansiedad se centra principalmente en un objeto o acontecimiento específico.
- Fobia Social.- la ansiedad se centra principalmente en una situación social.
- Trastorno de Ansiedad por separación.- la ansiedad se centra principalmente en la separación de una persona significativa.
- Trastorno de Estrés Post-traumático.- sucedido por la exposición de una persona a un acontecimiento traumático.
- Trastorno de Pánico.- la presencia recurrente de ataques de pánico, se caracteriza por tener síntomas aversivos, somáticos y cognitivos que

alcanzan su máxima intensidad en los primeros 10 minutos, antes de disminuir gradualmente.

- Trastorno Obsesivo- Compulsivo.- se caracteriza por un cuadro de obsesiones (ideas, pensamientos, melodías o impulsos que invaden la mente en contra de su voluntad) y compulsiones (comportamientos repetitivos o actos mentales que tienen como propósito prevenir o disminuir el malestar).
- Trastorno Adaptativo con ansiedad: sólo se establece este diagnóstico cuando no se cumplen los criterios para el diagnóstico del resto de trastornos de ansiedad, se debe, además a un estresante, y no se prolonga más allá de 6 meses desde la desaparición del estresante.

Diagnóstico Diferencial con la ansiedad en trastornos del estado de ánimo y en trastornos psicóticos: la ansiedad aparece sólo en el transcurso de éstos. Además existen otros síntomas específicos de cada uno de estos dos grupos.

Diagnóstico Diferencial con Drogas y sustancias ilícitas:

Hay una sustancia -droga, medicamento o tóxico-, que provoca los síntomas de ansiedad. (P. Ej. gran ansiedad tras la ingesta de excesiva cafeína, cocaína, marihuana).

Diagnóstico Diferencial con Trastornos Orgánicos:

Es importante asegurarse que las quejas somáticas que presentan los niños y/o adolescentes no sean en realidad una enfermedad médica (p. Ej. hipertiroidismo).

Diagnóstico Diferencial con la Ansiedad no Patológica:

Las preocupaciones son más controlables (p. Ej. se pueden posponer) e interfieren menos en la actividad diaria de la persona. Son además menos intensas, menos perturbadoras y menos duraderas, y se relacionan más con factores desencadenantes No suelen acompañarse de síntomas físicos como tensión muscular, irritabilidad, o impaciencia. Aunque en niños es más frecuente que se den este tipo de síntomas físicos.

## 2.4 EVALUACIÓN

Existen multitud de cuestionarios dirigidos a la evaluación de la ansiedad. En este apartado referiré algunos de ellos siguiendo las orientaciones de FRIEDBERG, Robert y McClure, Jessica en *Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*; Pág.: 267-269; y de la *Compilación de BECOÑA, Elisardo y Colaboradores: "Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*; Pág.: 107- 109)

### *Instrumentos Psicológicos más utilizados en niños y adolescentes*

#### 1) Entrevista diagnóstica

Es importante realizarla en primera instancia porque a través de ella se conoce la historia clínica del niño con datos y corroboraciones de padres o de personas que vivan alrededor del niño, tales como maestros, parientes. En esta entrevista observatorio también se explora la evaluación subjetiva que tiene el niño y el adolescente, y la historia de ansiedad que ha tenido.

#### 2) Escala Revisada de la Ansiedad Manifiesta de los Niños (RCMAS; Reynolds y Richmond, 1985).

Es una medida muy extendida para la evaluación de la sintomatología ansiosa de los niños y adolescentes de 6 a 19 años. Se trata de un inventario de treinta y siete ítems con respuestas de sí o no. Proporciona una puntuación de ansiedad general, cuatro puntuaciones de factores (síntomas fisiológicos, preocupaciones, evaluaciones sociales y problemas de concentración); y una escala de mentiras. Las puntuaciones pueden presentarse en forma de puntuaciones directas, rangos porcentuales o puntuaciones estandarizadas.

#### 3) Inventario de ansiedad estado-rasgo para niños (STAIC; Spielberg, 1973).

Este instrumento tiene dos escalas: a) Escala de rasgo; diseñada para medir ansiedad crónica a través de situaciones b) Escala de estado: diseñada para medir la ansiedad transitoria (20 ítems c/u). Proporciona mayor fiabilidad para la ansiedad de rasgo.

4) Escala de ansiedad multidimensional para niños (MASC; March, 1997).

Contiene 39 ítems que se organizan en cuatro subescalas. Es aplicable a chicos de 8 y 19 años de edad. Sus cuatro subescalas son: evitación del daño, síntomas físicos, ansiedad social y pánico/separación. Ésta también contiene una escala de ansiedad total, un índice de inconsistencia y un índice de trastorno de ansiedad.

5) Test de Ansiedad para niños (TASC; Sarason, 1958)

Diseñada para medir ansiedad en niños ante presentación de exámenes (30 ítems).

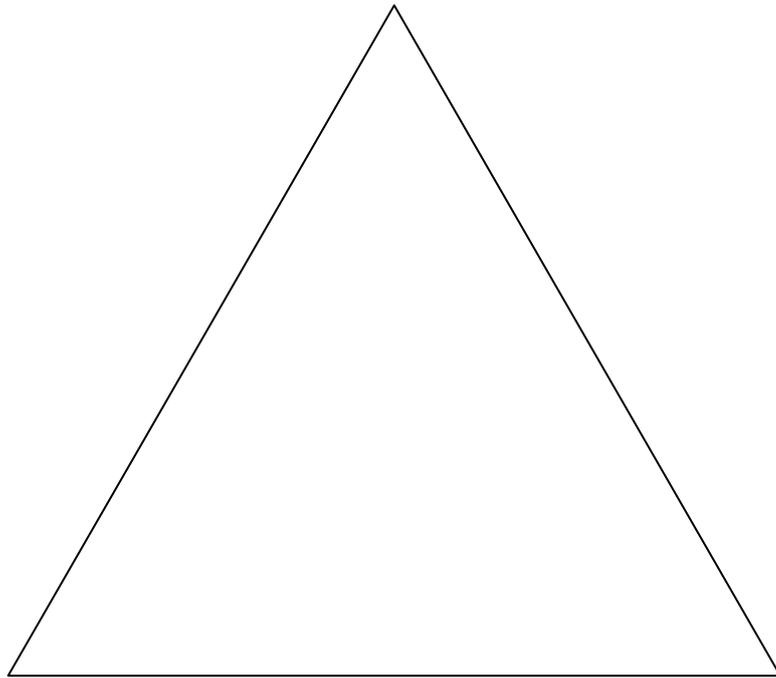
6) Inventario de Miedos en niños Revisado (FSSCR; Ollendick, 1993)

Es una escala de 80 ítems que capta una serie de miedos comunes en la infancia. La escala posee sólidas propiedades psicométricas y puede aplicarse a niños de 7-16 años. El FSSC-R proporciona una escala de puntuación general de miedo y cinco puntuaciones de factores: miedo al fracaso y autocrítica, miedo a lo desconocido, miedo al daño y a los pequeños animales, miedo al peligro y a la muerte, y miedos médicos.

# **CAPITULO III**

## **TRATAMIENTO**

**PSICOLOGICO**



**FAMILIAR**

**FARMACOLÓGICO**

### **3. TRATAMIENTO**

La estrategia utilizada para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada, para que sea eficaz debe estar combinada con la Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Familiar y tratamiento Farmacológico (éste último, debe ser abordado por un especialista, en este caso un psiquiatra).

#### **3.1 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

El tratamiento psicológico y/o farmacológico para el trastorno de ansiedad generalizado será determinado basándose en lo siguiente:

- La edad del niño y/o del adolescente, su estado general de salud y sus antecedentes médicos.
- La gravedad de los síntomas del niño y/o adolescente.
- La tolerancia a determinados medicamentos o terapias.
- Las expectativas para la evolución del trastorno.

Actualmente la terapia cognitivo-conductual ha tenido gran desarrollo en lo referente al manejo de los trastornos de ansiedad de los niños y adolescentes, es así que sigue los siguientes procedimientos:.

##### **3.1.1 Tratamiento Psicológico: AUTOMONITORIAZACIÓN**

**Automonitorización en Niños.-** Es una técnica que se utiliza para medir el nivel de miedo o preocupación. Esta puede ser evaluada a través de las siguientes herramientas:

- ❖ Pintar burbujas.- aquí el niño pinta burbujas para indicar el número de burbujas que corresponden a cada miedo. Sirviendo como base para elaborar una jerarquía de miedo o ansiedad.
- ❖ Las vías de mis.- Es una herramienta muy útil para que el niño aprenda a reconocer la relación existente entre situaciones, pensamientos, emociones y acciones. Su objetivo es obtener datos más concretos sobre los miedos de los niños, haciéndoles identificar sus componentes. El ejercicio consiste en pedirle al niño que dibuje un tren y que debe seguir el camino que recorren sus miedos; el tren debe pasar por seis estaciones (Estación Quién, Estación de la Mente,

Estación Dónde, Estación de la Acción, Estación del Cuerpo y Estación de la Emoción). Es importante que el niño pare en todas las estaciones, siendo irrelevante el orden en que lo haga. Cuando el tren para en una estación, el niño pinta el edificio correspondiente y responde a la pregunta de la estación. El terapeuta debe ayudar para que la respuesta del niño sea lo más concreta posible; el niño anota sus respuestas en los espacios reservados en cada estación. La metáfora del tren funciona bien, incluso se puede utilizar ferrocarriles, metros o montañas rusas para representarla. De ahí que la idea de un tren descarrilado fuera de control encaja bien con la experiencia subjetiva que el niño tiene de su ansiedad y las estaciones señalan los componentes de la ansiedad. (Ver figura ilustrativa abajo).

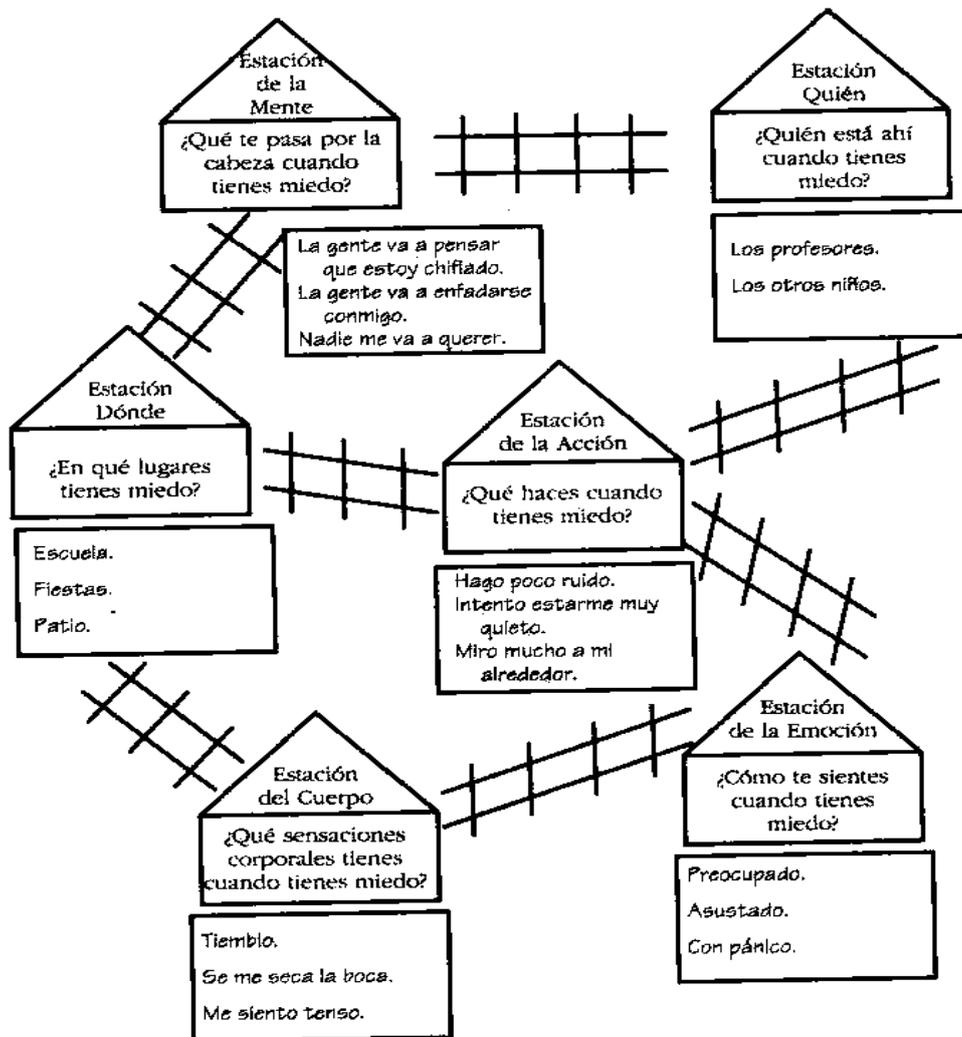


FIGURA. Ejercicio de las Vías de mis miedos (Friedberg y McClure 2002)

## **Automonitorización en ADOLESCENTES**

La automonitorización en adolescentes suele ser bastante directa.

- ❖ **Termómetro del Miedo:** diseñado por Silverman y Kurtines (1996). Se trata de un dibujo de un termómetro que mide grados de miedo y ansiedad. Es el adolescente quien establece la escala de puntuación del 1 al 100. Técnica que sirve de base para la intervención.
- ❖ **Inventarios de Autoinforme:** como la Escala Revisada de la Ansiedad Manifiesta de los Niños (RCMAS) o la Escala de ansiedad multidimensional para niños (MASC) se utilizan también como herramientas de automonitorización. Se suele administrar estas escalas periódicamente (generalmente se recomienda una vez a la semana durante cuatro semanas), y hacer un gráfico con las puntuaciones para dárselo al adolescente como forma de automonitorización. Esta aplicación además nos permite obtener objetivos para el tratamiento.

### **3.1.2 Tratamiento Psicológico: RELAJACIÓN**

El entrenamiento en relajación se lo practica especialmente en niños que presentan quejas somáticas (Eisen y Silverman, 1993).

La relajación requiere que los niños se fijen en su respiración y en la tensión de sus músculos. El entrenamiento en relajación suele implicar el uso de unas instrucciones bastante elaboradas; es importante intentar hacer que éstas sean concretas y comprensibles para el entendimiento del niño y del adolescente Goldfried y Davinson manifiestan que el habla del terapeuta sea suave, melódica y que siga un ritmo mas lento que el habla normal, además aconsejan realizar entre cinco y diez segundos de tensión muscular por cada 20 segundos de relajación muscular (Friedberg y McClure, Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes, pag159-160).

Hay casos en donde los niños son rumiativos y tienen dificultades para centrar su atención en las señales corporales, ahí es preciso trabajar con las cogniciones rumiativas antes o durante las sesiones de relajación, para que no nos interfiera en el aprendizaje de la relajación. Wexler sugiere la técnica de las diez velas: que

consiste en pedir al niño que se imagine una fila de diez velas, posteriormente tiene que apagar una vela cada vez que expulse el aire. Esta técnica es muy útil porque la forma que tenemos de soplar cuando apagamos la vela es similar con la forma de inhalar o exhalar aire en el entrenamiento de la relajación.

En niños pequeños se puede empezar a hacer la relajación muscular progresiva trabajando solo con uno o dos grupos musculares; después cuando el niño vaya adquiriendo práctica, podemos ir añadiendo otros grupos musculares paulatinamente. En los casos en donde los niños sean muy inquietos se les puede preparar, mostrándoles un video de un deportista relajándose. Este tipo de técnicas permite que el niño se identifique e imite al jugador. (Se le pregunta al niño: ¿Qué es lo que hace el jugador para relajarse?, ¿Qué tan quieto está ?).

En el caso de los adolescentes, en donde ya son niños más grandes y controlados se les puede enseñar a relajarse como un adulto, tomando en cuenta las siguientes observaciones:

1. Hay que estar prevenido ante el hecho de experimentar sensaciones no conocidas como: cosquilleo en los dedos, sensación de flotar, etc. Sea lo que fuere que sienta, debemos interpretarlo como un signo de que nuestros músculos están empezando a aflojarse.
2. Se sugiere que uno se abandone al proceso permitiéndose que las cosas sucedan.
3. Puede continuar o interrumpir el proceso si se vuelve incomodo. Será una manera de comprobar que uno sigue siendo dueño de su cuerpo y hacer uso de el como le plazca.
4. Uno aprende a tener control sobre sí cuando nos aflojamos. La reacción típica del que se siente invadido por el pánico, la ansiedad o la angustia es tensionarse. En vez de aflojar nuestro cuerpo nos ponemos duros por la tensión que asumimos. Distendiendo los músculos y abandonando el control conciente del cuerpo es posible aprender gradualmente a tener un mayor control, más importante y fundamental, de los sentimientos y tensiones. Además, el aflojarnos y relajarnos

nos facilitará el pensamiento planificado y una mayor concentración en actividades importantes.

5. En las sesiones iniciales puede ser más cómodo permanecer con los ojos abiertos, si hay preocupación por lo que puede pasar. Cerrando los ojos uno elimina distracciones visuales y se puede concentrar plenamente para la relajación.

### **EJERCICIO DE RELAJACION:**

Empieza poniéndote cómodo y calmado, comienza a tomar conciencia de lo que te rodea... Sitúate en el espacio y el tiempo... Siente la ropa sobre tu cuerpo... Escucha todos los sonidos que puedas percibir...Siente el aire de la habitación... Por ahora, no hay ningún sitio al que tengas que ir, ni nada que tengas que hacer... Solo quédate aquí... Concéntrate en tu respiración... Siente el aire al entrar y al salir... Siente como pasa por tu nariz al inspirar y expirar... Si tienes pensamientos que interrumpen no importa... Puedes simplemente pasarlos por alto... Lo importante es saber que están ahí y dejarlos pasar... Siguiendo tu respiración, puedes aguantarla tanto como quieras o puedes soltarla como sabes... de forma que te permita la relajación...

### **3.1.3 Tratamiento Psicológico: DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA**

La desensibilización sistemática implica juntar estímulos que generan ansiedad con un agente que produce un contracondicionamiento que en este caso sería la relajación.

Para realizar una desensibilización sistemática previamente hay que establecer una jerarquía de ansiedad y haber enseñado al niño y/o adolescente un entrenamiento en relajación.

Para comprender en profundidad la naturaleza de los miedos de cada niño es preciso conocer todos los aspectos fisiológicos, emocionales, cognitivos e interpersonales que lo rodean. Para ello se ayuda con preguntas como: ¿qué personas hay a tu alrededor?, ¿qué aspecto tienen?, ¿qué te imaginas que está pasando?, ¿qué sensaciones corporales tienes?; etc.

Una vez que se ha dividido el miedo y se han ordenado las escenas, el procedimiento de la desensibilización empieza con el más bajo de la jerarquía. Se le da al niño la instrucción de que se relaje y se le invita a imaginar un lugar feliz, en donde estén tranquilos, relajados y felices haciendo alguna actividad preferida. Una vez que ha creado su lugar feliz y se encuentra relajado, se presenta el primer elemento; y se le da la instrucción de levantar un dedo si experimenta ansiedad. Cuando el niño levanta el dedo, se le dice que deje de imaginar la escena y vuelva a la escena agradable de antes. A medida que el niño va dominando las escenas, se va avanzando con la jerarquía hasta que se logra dominar el nivel más intenso de miedo

### **3.1.4 Tratamiento Psicológico: ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES**

El entrenamiento en Habilidades Sociales puede englobar muchas cosas tales como que los niños aprendan a soportar las burlas de los demás, a dar o recibir cumplidos, a pedir ayuda, a adquirir habilidades de resolución de problemas y a aprender a desarrollar toda una serie de formas alternativas de pensar, sentir y actuar. A continuación se detalla una serie de técnicas útiles para el entrenamiento en habilidades sociales en niños y adolescentes.

- ❖ Banco de niebla.- Es una técnica de asertividad. Proporciona a los niños una habilidad verbal que les permite rechazar insultos. Consiste en dar la razón a quienes están molestando haciendo uso del sentido del humor, así el niño consigue decepcionar y desconcertar a sus atacantes, quienes intentan provocar una intensa reacción negativa. (Ejemplo tomado de Friedberg, Robert y McClure, Jessica; Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes, Pág. 284-285).

*Terapeuta: Muy bien, Andrea, vamos a utilizar estos muñecos para ver que puedes hacer cuando los otros niños se metan contigo. (Elige un tigre para representarlo).*

*Andrea: De acuerdo. (Elige una jirafa para representarla). Será divertido. Tigre, eres muy torpes. A ver si e lavas el pelo alguna vez, que lo tienes amarillo.*

*Terapeuta: Gracias por el consejo. La verdad es que sí que lo tengo amarillo.*

*Andrea: Amarillo, amarillo. Tienes que hacer caso de mis consejos. Tienes el pelo sucio y desarreglado. Te da miedo jugar a la pelota. Eres un miedoso. Le tienes*

*miedo a jugar a la pelota. Terapeuta: ¡Vaya que te fijas en mí!. ¡Veó que crees que me da miedo la pelota!*

*Andrea: Te da miedo, Eres un miedoso. Un miedoso amarillo.*

*Terapeuta: No cabe duda de que crees que me conoces. (Saliéndose del papel)*

*Terapeuta: ¿qué te ha parecido cuando estaba haciendo el banco de niebla?*

*Andrea: Me resultaba difícil seguir metiéndome contigo. No se me ocurrían más cosas para decirte.*

*Terapeuta: Vamos a escribir algunas cosas en tarjetas para que practiques y lo recuerdes.*

❖ La observación.- es otra forma de adquirir habilidades sociales. Como complemento del ejemplo anterior se le ilustra al niño el observar cómo se las arreglaban los otros niños de su clase cuando se metían con ellos permitió darse cuenta de que había otros niños que también sufrían burlas y pudo ver cómo las afrontaban ellos, identificando las consecuencias positivas y negativas de cada estrategia.

❖ Replicar al miedo.- es una técnica de autocontrol cognitivo basada en autoinstrucciones que ayuda a los niños a construir pensamientos de afrontamiento que cuestionan las creencias que acompañan a sus sensaciones de ansiedad. Esta técnica se aplica especialmente para los niños más pequeños de 8-11 años.

Ésta incluye varias fases como: 1) El terapeuta enseña y modela frases de afrontamiento. 2) El niño elabora sus propias frases. 3) el niño escribe sus frases personalizadas de afrontamiento en una ficha, las cuales pueden ser guardadas en los bolsillos y llevarlas consigo en situaciones en las que crea que puede sentir ansiedad.

**Modelo del Ejercicio para replicar el miedo** (Friedber y McClure 2002).

---

Mi miedo dice: \_\_\_\_\_

Aquí tienes algunas cosas que puedes decirte a ti mismo para replicar a tus miedos:

- Los miedos son como el viento. Primero soplan y luego se van.
- Todo el mundo tiene miedo a veces. Estos miedos sólo me hacen ser humano
- Estos miedos no son más que señales para poner en práctica mis nuevas habilidades.
- Sé que puedo hacer esto. El principal motivo por el que creo que no puedo hacerlo es porque tengo miedo. Sólo tengo que recordar que es mi miedo quien habla.
- Calma puedo replicar a mi miedo.

Escribe otras cinco cosas que puedes decirte a ti mismo para **REPLICAR TU MIEDO**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Escribe todas esas formas de replicar a tu miedo en unas fichas. Léelas unas dos veces al día.

---

- ❖ Terribles Sospechas.- Técnica que contrarresta patrones de pensamientos catastróficos, y enseña a cuestionar las predicciones que aterrorizan. El siguiente modelo constituye la técnica, en donde será el niño con ansiedad excesiva quien lo vaya llenando (*Ejercicio para vencer las terribles sospechas* de Friedber y McClure 2002).

*Muchas veces cuando nos preocupamos, nos preguntamos: “¿Y si pasa algo malo?”. A veces imaginamos que va a pasar lo peor y que no vamos a poder superarlo. A estos pensamientos solemos llamarles terribles sospechas. Vamos a utilizar este ejercicio para vencer las Terribles Sospechas.*

Cuando pienso y si..... \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ me asusto y preocupo mucho.

Hazte estas preguntas:

¿Hasta qué punto estoy seguro de que lo que me preocupa va a pasar realmente?  
Rodea una con un círculo.



Poco seguro



Bastante seguro



Muy seguro

¿Ha pasado alguna vez antes? Rodea una con un círculo.

SI

NO

¿Si no ha pasado antes, ¿por qué pienso que puede pasar ahora? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si lo he superado en el pasado, ¿hasta qué punto es terrible? Rodea una con un círculo.



Muy terrible



Algo terrible



Nada terrible

Ahora que has contestado estas preguntas, ¿qué cosas puedes decirle a tus terribles sospechas? \_\_\_\_\_

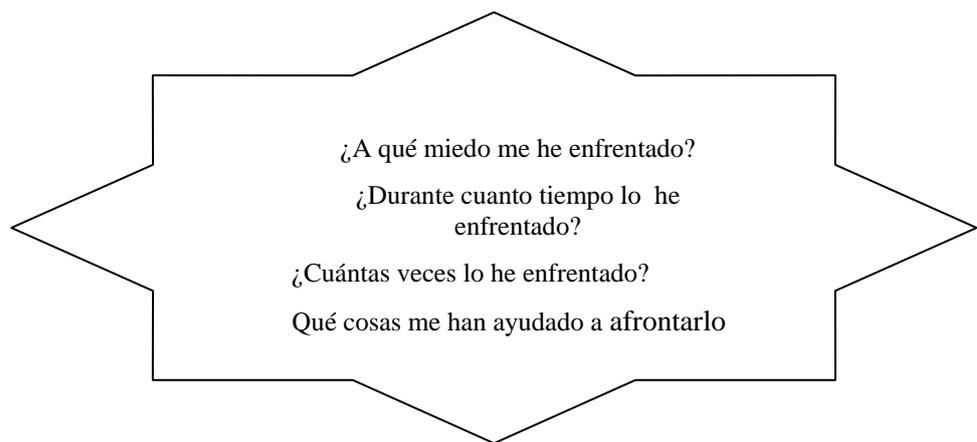
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ❖ **Juegos con Muñecos.-** Son una extensión del ejercicio anterior. Consiste en pedirle al niño que escoja dos muñecos. Uno representará el diálogo adaptativo del niño consigo mismo y el otro la voz de su miedo. A los niños que ya adquirieron la habilidad de replicar a su miedo se les anima para que representen el diálogo consigo mismos. Los niños que no son tan hábiles todavía en eso, el terapeuta es quien asume ese rol, como modelador para replicar el miedo y así enseñarle al niño.
- ❖ **Técnica Solo Por Qué.-** ofrece una manera de diferenciar la opinión de los demás de los hechos. El niño detecta en primer lugar el pensamiento negativo (Ej.: Ana y Luis van a pensar que soy un inmaduro). Y después se inserta la expresión “solo porque”, de lante del pensamiento automático negativo (Ej.: Solo porque Ana y Luis piensen que soy un inmaduro eso no quiere decir que lo sea). Esta técnica debe ser posteriori a un análisis racional que lo realiza el terapeuta con el niño y/o adolescente.

Es importante reforzar los esfuerzos que hace el niño y/o adolescente, a través de una medalla al valor que resume y amplifica sus logros.

La medalla es una forma de recordarle su capacidad para afrontar y controlar sus inseguridades. Ésta puede ser entregada una vez superado la ansiedad que tenía; cuando se le entrega se le hace cuatro preguntas:



### 3.2 TRATAMIENTO FAMILIAR

En los últimos tiempos se ha enfatizado la participación de los padres en los tratamientos de los niños, no sólo por el importante papel que puedan desempeñar como agentes generadores del cambio comportamental de sus hijos, sino porque investigaciones hechas han comenzado a demostrar que ellos también presentan comportamientos ansiosos, que de alguna manera generan y/o mantienen los trastornos en los niños.

Los padres u otras personas encargadas del cuidado infantil juegan un papel fundamental en la recuperación de su hijo/a. Su participación está en:

- En la evaluación, ellos proporcionan información sobre la presencia de determinados síntomas.
- A lo largo del tratamiento, la comunicación terapeuta-padres (cuidadores) facilita la consecución de las tareas, la adherencia terapéutica y el fortalecimiento de las habilidades adquiridas en la terapia.
- También durante el tratamiento, será indispensable programar sesiones periódicas “*informativas y formativas*” con padres y/o cuidadores, destinadas a promover prácticas parentales acordes con la recuperación del paciente, para evitar que los padres y los demás familiares hagan sentirse al niño avergonzado o rechazado por manifestar miedo y ansiedad, lo cual repercutirá en la recuperación del niño.

Si los padres y los terapeutas no siguen un mismo plan de acción, los menores reciben señales confusas y esto entorpece la eficacia de las intervenciones.

Los miembros de la familia pueden ayudar:

- Reconociendo y elogiando los pequeños logros del niño y/o del adolescente durante el tratamiento.
- Apoyando las expectativas del niño y/o adolescente durante los períodos de estrés.
- Siendo flexibles y tratando de mantener una rutina normal.

### 3.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento del TAG en los niños y/o adolescentes indica el empleo de una gran variedad de fármacos. Los datos surgidos a lo largo de los últimos años, han señalado que los antidepresivos pueden ser tan efectivos como los ansiolíticos para tratar el TAG.

Los tratamientos usados en las últimas décadas en el TAG han sido las benzodiacepinas y antidepresivos.

Las “*benzodiacepinas*” son fármacos que se utiliza para relajar el cuerpo y evitar que se tense como respuesta a pensamientos ansiosos. Dentro de las benzodiacepinas para niños y adolescentes lo que más se recomienda administrar es el alprazolam, que en investigaciones realizadas fue superior al placebo.

Lo recomendable es prescribir benzodiacepinas durante un período de tiempo limitado, aplicando paralelamente los enfoques terapéuticos psicosociales.

En general las benzodiacepinas son fármacos seguros, efectivos y bien tolerados. Sólo un 10 % presentan efectos adversos: la hipersedación es el efecto secundario más habitual, relacionándose directamente con la dosis, tiempo de administración y edad del paciente. Los síntomas de hipersedación incluyen somnolencia, déficit de la capacidad de atención y concentración, y alteración de la coordinación motora y de algunas funciones cognitivas. La sedación se manifiesta principalmente durante la primera semana de tratamiento. Puede haber alteración de la capacidad del individuo para conducir vehículos.

Los “*antidepresivos*” puede ser ventajoso (17,18), ya que el TAG presenta alta comorbilidad con el Trastorno Depresivo Mayor (62%) o la Distimia (37%). Un estudio reciente demostró resultados prometedores con la sertralina en niños y adolescentes con TAG.

El tratamiento farmacológico debe estar prescrito y revisado (cada mes, o dos meses) por un especialista en farmacología, por ejemplo, un psiquiatra. Debe evitarse la automedicación, o la auto-experimentación, o el abandono del fármaco por decisión propia, tampoco debe tomarse el fármaco en función de nuestro estado de ánimo, o decidir las cantidades a tomar según nos encontremos, etc. Este tratamiento farmacológico debe estar siempre acompañado por un tratamiento de tipo psicológico.

## **CONCLUSIONES:**

- El Trastorno de Ansiedad Generalizado demuestra porqué produce un malestar clínicamente significativo que interfiere en el desarrollo normal del individuo.
- Los niños y adolescentes que padecen este trastorno con frecuencia se preocupan excesivamente por los hechos futuros, los comportamientos pasados, quejas somáticas, la necesidad constante de seguridad, sus habilidades personales y, o el desempeño escolar.
- Al ser un trastorno complejo que afecta a diversas áreas de la vida del niño y/o adolescente, es común que existan altas tasas de comorbilidad, especialmente con los trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad, problemas médicos y abuso de drogas y sustancias ilícitas.

## **RECOMENDACIONES:**

- Dentro de la terapia, lo que más se recomienda en la actualidad es el abordaje cognitivo-conductual individual + tratamiento familiar y tratamiento farmacológico para mayor eficacia en los resultados de recuperación.
- Es importante involucrar a los padres en el tratamiento de los niños y adolescentes, por ser agentes generadores del cambio comportamental de sus hijos, y porque en algunos casos son ellos también los que presentan comportamientos ansiosos que de alguna manera, generan y/o mantienen los trastornos de los niños.
- Es importante realizar más investigaciones en este tema en especial en el área infantil para obtener información y así trabajar desde una atención primaria pudiendo evitar posibles problemas o trastornos en la edad adulta.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- American Psychiatric Association (APA). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR. MASSON, Barcelona 2002.
- Compilación de BECOÑA, Elisardo y Colaboradores: "Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente, Trastornos generales". Ediciones Pirámide. España, 2000
- CHAMORRO, Lorenzo: "Guía de Manejo de los Trastornos Mentales en Atención Primaria". Editorial Ars Medica, 2004.
- FRIEDBERG, Roberto y MCCLURE, Jessica: "Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes". Ediciones Paidós Ibérica S.A, Barcelona, 2005.
- AUJURIAGUERRA, J: "Manual de Psiquiatría Infantil". Editorial Masson, Barcelona-México, 1986.
- MELGOSA, Julian: "Sin Estrés, nuevo estilo de vida". Editorial SAFELIZ. Buenos Aires, 1998.
- Organización Mundial de la Salud Ginebra "Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10" Madrid, Meditor, 1992.
- PEREZ, Marino; FERNANDEZ, José; FERNANDEZ, Concepción; VAZQUEZ, Isaac: "Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces I". Ediciones Pirámide. España 2003

- ROMO-LEROUX, María Piedad: “Lecciones de Psiquiatría Infantil”, Espol, Guayaquil, 2003.
- WEST, Janet: “Terapia de Juego Centrada en el niño”. Ediciones Manual Moderno. México D.F, 2000.