



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños y adolescentes

Alumno/a: Nuria González Mengíbar

Tutor/a: Prof. D. Lourdes Espinosa Fernández
Dpto.: Psicología

Mayo, 2019

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT.....	3
1. CONCEPTUALIZACIÓN	3
1.1 Definición de ansiedad	3
1.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	4
2. COMORBILIDAD	5
3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	5
4. ETIOLOGÍA	6
Modelo de la triple vulnerabilidad de Barlow.....	7
Modelo Metacognitivo	9
Modelo de preocupación como evitación cognitiva.....	10
Modelo de la intolerancia a la incertidumbre.....	11
Modelo de desregulación emocional.....	12
Modelo de evitación experiencial	13
Modelo de la evitación del contraste emocional del TAG	14
Modelo integrador.....	15
5. EVALUACIÓN	17
6. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	19
6.1. Tratamientos genéricos.....	22
6.2. Programa de intervención familiar	31
6.3. Programas de prevención	32
6.4. Programa para desarrollar fortalezas	34
6.5. Transdiagnóstico	35
7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	38
8. CONCLUSIONES	39
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión sobre el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en niños y adolescentes, en el cual se observan diferentes aspectos de este trastorno, como son: las características del TAG teniendo en cuenta los criterios diagnósticos que existen actualmente, el comienzo y el curso, los trastornos que aparecen asociados a este trastorno, los distintos modelos explicativos del TAG, algunos de los métodos que se emplean para evaluar la presencia del trastorno, así como los diferentes tratamientos de carácter cognitivo-conductual que existen actualmente para ser aplicados a la población infanto-juvenil. Finalmente, también se hablará de forma muy breve del tratamiento farmacológico más apto para el TAG.

Palabras clave: ansiedad generalizada; niños; adolescentes; tratamiento; terapia cognitivo-conductual.

ABSTRACT

The aim of this current investigation is to make a revision about the generalized anxiety disorder in children and adolescents, in which will be addressed different aspects about this disorder, such as: characteristics of the TAG based on the actual standards, the beginning and the course of the disorder, the disorders that appear combined with this disorder, the different explanatory models about TAG, some of the methods that are used to evaluate the disorder, just as the current different cognitive-behavioral treatments wich are applied to children and adolescents. Finally, it will be briefly mentioned the most effective pharmacological treatment for the TAG.

Key words: generalized anxiety; children; adolescents; treatment; cognitive behavioral therapy.

1. CONCEPTUALIZACIÓN

1.1 DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta emocional anticipatoria de una amenaza, adaptativa y, por tanto, necesaria. Caracterizada por tensión, alarma, aprensión y sensaciones afectivas de nerviosismo; todas ellas seguidas de cambios fisiológicos relacionados con la hiperactivación

del sistema nervioso autónomo (SNA) y con manifestaciones conductuales visibles (Santacruz, Orgilés, Rosa, Sánchez-Meca, Méndez y Olivares, 2002, p.502). La denominada ansiedad patológica aparece cuando no existe un estímulo o situación ambiental que la justifique, o, en el caso de que sí lo hubiera, la frecuencia, duración e intensidad son demasiado altas para el estímulo en cuestión, por tanto, no requieren una respuesta psicofisiológica tan potente y energizante para su afrontamiento (Mardomingo, 2001).

Los niños y los adolescentes presentan trastornos de ansiedad como los adultos, pero aunque comparten muchas similitudes, la reacción del niño o del adolescente puede ser bastante diferente a la de los adultos (Comenche-Moreno y Vallejo-Pareja, 2015).

Como cualquier otra emoción, implica 3 componentes:

- ▶ Cognitivo: preocupaciones excesivas, irreales, subjetivas de malestar y peligro; las cuales se encuentran relacionadas con temas cotidianos que, además, están presentes la mayoría del tiempo. Se realizan dos evaluaciones; una primaria y otra secundaria. La persona evalúa los estímulos o situaciones como amenazantes o peligrosos y, además, considera que no tiene los recursos suficientes para hacer frente a la situación.
- ▶ Fisiológico: produce una activación del sistema nervioso autónomo.
- ▶ Conductual: como un mecanismo de respuesta de huida, escape o lucha.

1.1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

Según Arturo Bados (2017), los dos componentes claves en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) son la preocupación y la ansiedad. Por un lado, la preocupación es un conjunto de pensamientos acerca de una desgracia o un peligro futuro, en el cual hay inquietud sobre las consecuencias y un sentimiento de ansiedad, además, la amenaza futura es visualizada como incontrolable e impredecible. Normalmente, las preocupaciones de los niños suelen centrarse en el ámbito deportivo y académico. Mientras que, por otro lado, la ansiedad, como hemos mencionado anteriormente, es una respuesta emocional debida a una desgracia futura o peligro, ya sea externa o interna, acompañada por la anticipación aprensiva.

Actualmente existen dos manuales, los cuales se encuentran actualizados, y estos son el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y la CIE-10 (World Health Organization, 2000). Dichos manuales son empleados por profesionales de la salud mental; ambos contienen los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos mentales, por lo tanto, también contienen

los criterios diagnósticos para el TAG: ansiedad y preocupación excesiva, dificultad para controlar la preocupación, irritabilidad, inquietud, facilidad para fatigarse, tensión muscular, problemas de sueño etc.

2. COMORBILIDAD

Los niños y adolescentes con TAG presentan más comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, comparados con aquellos que presentan otros trastornos. Los más comunes son; la fobia social, la fobia específica, los trastornos depresivos, el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de pánico y también el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Bados, 2017).

El TAG se encuentra relacionado con mayor frecuencia con el trastorno depresivo mayor, y esta relación suele durar hasta la vida adulta. Los niños que presentan tanto el trastorno depresivo mayor como el TAG suelen presentar mayor malestar y síntomas ansiosos, que los niños que solo padecen TAG (Tayeh, Agámez y Chaskel, 2016).

Según un artículo publicado en Journal of Anxiety Disorders, el 72% de los niños que presentan TAG como diagnóstico principal, mostraban un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad como diagnóstico comórbido (Leyfer, Gallo, Cooper-Vince y Pincus, 2013).

3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

A continuación, en lo primero que nos centraremos en este apartado será en la prevalencia y las diferencias respecto al sexo en niños y adolescentes que presentan algún trastorno de ansiedad en general, para posteriormente centrarnos en los datos epidemiológicos encontrados respecto al TAG en niños y adolescentes.

En líneas generales, en niños que presentan trastornos de ansiedad se encuentran muchas más dificultades para poder realizar estudios epidemiológicos. Los datos epidemiológicos varían según la definición empleada en cada caso y también según el método que se haya utilizado. Una de las dificultades se encuentra en la diferencia de los resultados que se alcanzan a partir del método de información empleado, con discrepancias entre lo que dicen los padres, los niños y los profesores. Y otro de los problemas con los que nos encontramos a la hora de realizar estudios epidemiológicos es la dificultad para poder definir y delimitar claramente lo

que estamos estudiando. Estas aclaraciones nos sirven para poder comprender la gran variación que se observan en distintos estudios (Mardomingo, 2001).

En los niños las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad se encuentran entre el 9% y el 21%, aunque algunos estudios ofrecen cifras de hasta el 50% (Mardomingo, 2001). Un estudio realizado con niños y adolescentes de Teherán presentaba una prevalencia de trastornos de ansiedad entre el 9% y el 21% (Khaleghi et al., 2018).

La sintomatología ansiosa y los trastornos de ansiedad son frecuentes en la adolescencia, superan a los trastornos de conducta y a las depresiones, esto quiere decir que su estudio es de gran importancia, por ello hay que seguir realizando estudios en esta población (Mardomingo, 2001).

Respecto a la existencia de diferencias de sexo en los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, se encuentran datos contradictorios, algunos estudios afirman que las niñas tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, en comparación con los niños (Vicente et al. 2012), mientras que otros estudios afirman que la proporción entre niñas y niños es similar (Fong y Garralda, 2005).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños y adolescentes tiene una edad media de inicio de 13 años (Padilla-Díaz, 2014). El TAG en la infancia destaca por ser el segundo trastorno más diagnosticado después del trastorno de ansiedad por separación; datos epidemiológicos informan de que el TAG está presente en un 2,9% de los niños, además de ser el que presenta mayor prevalencia en adolescentes (Olivares-Rodríguez, Piqueras-Rodríguez y Rosa-Alcázar, 2006). Otros datos informan de que la prevalencia del TAG en la infancia se encuentra entre el 3% y el 12%. (Newman y Anderson, 2007). *The Journal of child Psychology and Psychiatry* publicó un estudio realizado en Chile, en el que sus autores observaron que las niñas presentaban mayor riesgo para manifestar el TAG que los niños (Vicente et al., 2012).

4. ETIOLOGÍA

La información que vamos a aportar a continuación es de forma global, es decir, va dirigida a informar de los factores que explican el origen y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes en general. Posteriormente se comentarán diversos modelos teóricos propuestos por diferentes autores, estos modelos van orientados a explicar el origen y las causas del TAG en general, y están más centrados en adultos. Aunque los modelos que

vamos a mencionar son más generales y dirigidos a adultos, después los datos que aportaremos se centrarán en niños y adolescentes.

Existen diversos factores que explican el origen y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad. Para que se produzca el desarrollo de un trastorno de ansiedad en niños o adolescentes deben influir varios de ellos. Algunos de estos factores pueden ser genéticos; se sabe a partir de diversas investigaciones que el TAG tiene una influencia genética del 30% (Kendler, Neale, Kessler, Heath, y Eaves, 1992; Kendler et al., 1995). Además, existen otros elementos hereditarios y psicológicos como son el afecto negativo, el neuroticismo y la sensibilidad a la ansiedad que se encuentran relacionados con la aparición de ansiedad y trastornos de ansiedad. Otro de los factores que influye en el desarrollo del TAG son los factores familiares, como pueden ser las experiencias tempranas de apego; Bowlby en el año 1982 comentó que si el niño tiene una figura de apego a la cual el niño normalmente no puede acceder, este podrá desarrollar una visión del mundo como inseguro, peligroso, amenazante e impredecible (Newman y Anderson, 2007). Otro factor familiar que influye en el desarrollo del TAG son los estilos educativos de los padres; un estilo educativo sobreprotector se encuentra relacionado con la presencia de TAG (García-Vera y Sanz-Fernández, 2016). Además, respecto al ámbito familiar algunos estudios han informado que existe una relación entre la calidad del ambiente familiar y la aparición de ansiedad, por lo que un ambiente familiar inapropiado, el cual tenga conflictos de pareja, los padres no manifiesten afecto o cariño hacia el niño, los familiares empleen excesivamente el autoritarismo etc., puede influir en el desarrollo de ansiedad en el niño (Franco-Nerín, Pérez-Nieto y de Dios-Pérez, 2014). Otro de los factores importantes implicados en el desarrollo del TAG en niños es la presencia de un déficit en las habilidades de solución de problemas, ya que los niños que presentan TAG destacan por manifestar un retraso en la evolución de habilidades de solución de problemas en comparación con niños que no presentan trastornos de ansiedad (García-Vera y Sanz-Fernández, 2016). Los factores que acabamos de comentar, aparecerán a continuación en los distintos modelos explicativos del TAG que vamos a comentar seguidamente.

MODELO DE LA TRIPLE VULNERABILIDAD DE BARLOW

Según Barlow (1988, 2002), existe la necesidad de tener en cuenta tres tipos de factores:

- ✓ Vulnerabilidad biológica: se caracteriza por tener una hipersensibilidad neurobiológica al estrés que se encuentra determinada genéticamente. Algunos sujetos se caracterizan por tener un sistema nervioso autónomo (SNA) el cual se activa fácilmente y la reducción de su activación se produce de forma más pausada y lenta. La existencia de ciertos rasgos temperamentales influye en la aparición de ciertos trastornos de ansiedad, algunos de los rasgos temperamentales son: neuroticismo, introversión y afectividad negativa, la cual se caracteriza por experimentar una gran cantidad de sentimientos negativos, lo que conduce a la inhibición conductual hacia lo desconocido.
- ✓ Vulnerabilidad psicológica generalizada: se caracteriza por la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad de situaciones amenazantes y reacciones ante ello, esto es debido a experiencias tempranas o previas. Existen diversos factores de vulnerabilidad, como puede ser: la ausencia de una historia de experiencias previas de control o de experiencias previas seguras con los estímulos que le generan ansiedad, la información negativa que ha recibido de diversas fuentes de información acerca de los elementos que le generan ansiedad, el estilo educativo sobreprotector por parte de la familia y falta de cariño, la existencia de apego inseguro entre el niño y sus cuidadores, que haya presenciado o vivido ciertos sucesos traumáticos, algunos rasgos de personalidad, etc.

Existe un tipo de variable que tenemos que tener en cuenta, esta es la susceptibilidad a la ansiedad; la cual se caracteriza porque el sujeto manifiesta miedo ante los síntomas de la ansiedad, debido a que considera que dichos síntomas producen consecuencias negativas.

- ✓ Vulnerabilidad psicológica específica: ciertas experiencias de aprendizaje, junto con la vulnerabilidad biológica y la vulnerabilidad psicológica generalizada, hacen que se ponga de manifiesto la ansiedad. Existen tres formas de aprendizaje: condicionamiento clásico, aprendizaje vicario y transmisión de información; cuando las tres formas interactúan entre sí, hay mayor probabilidad de que se genere la ansiedad. No todas las situaciones o acontecimientos tienen la misma probabilidad de producir ansiedad, existe una preparación biológica, la cual requiere que la situación generadora de ansiedad se asocie como mínimo una vez con una experiencia adversa. Hay mayor probabilidad de desarrollar ansiedad si las

situaciones o acontecimientos coinciden con las expectativas de peligro que el sujeto pensaba.

Según Barlow (2002), tenemos que tener en cuenta que no todas las personas han tenido una experiencia directa con la situación que le genera ansiedad, pero si esto si ha sido así, tendremos que tener en cuenta otras variables, las cuales son: la gravedad y frecuencia de las experiencias negativas y positivas previas que ha tenido el sujeto con el estímulo, aunque esto no asegura que no vayas a desarrollar la ansiedad, pero sirve como un factor de protección. Finalmente, otro dato importante es que, si el sujeto se expone frecuentemente a la situación que le ha provocado ansiedad, le ayudará.

En general, tenemos que tener en cuenta que el efecto que producen las 3 vulnerabilidades juntas (vulnerabilidad biológica, vulnerabilidad psicológica general y vulnerabilidad psicológica específica) en la persona, es que aprende a responder con miedo y ansiedad desproporcionada a ciertas situaciones o eventos, además fomenta unas expectativas ansiosas cuando tiene que hacerles frente a ciertas situaciones, y esto le genera respuestas de miedo sobre los acontecimientos temidos (Barlow, 2002).

MODELO METACOGNITIVO

Este modelo propuesto por Wells en el año 2009, se caracteriza por distinguir dos tipos de preocupaciones que se manifiestan en los pacientes con TAG. Por un lado, se encontrarían las “preocupaciones tipo 1”, es decir, aquellas preocupaciones relacionadas con sucesos que no son cognitivos, como pueden ser síntomas físicos o acontecimientos externos. Estas preocupaciones inicialmente activan una respuesta de ansiedad, pero posteriormente, dicha respuesta de ansiedad puede elevarse o disminuir, esto depende de que el problema que ha hecho que se manifieste la preocupación haya sido resuelto o no. Por otro lado, aparecen las “preocupaciones tipo 2” o “meta-preocupaciones”, que son aquellas que se manifiestan cuando la persona comienza a preocuparse sobre sus “preocupaciones tipo 1”, en este tipo de preocupaciones la persona teme que sean peligrosas e incontrolables. Las “meta-preocupaciones” están relacionadas con el desarrollo de estrategias disfuncionales, ya que lo que pretenden estas estrategias es esquivar la preocupación, utilizando para ello distintas formas para controlar los pensamientos, emociones y comportamientos. El uso de estas estrategias de

afrontamiento ineficaces provoca que el individuo no asuma situaciones que podrían demostrarle que es falso, que la preocupación es incontrolable e impredecible.

Los individuos que presentan TAG pretenden controlar sus pensamientos, y para ello realizan enormes esfuerzos, los cuales frecuentemente son ineficaces, y les conducen a un aumento de los síntomas de ansiedad. Como consecuencia, pueden perder la confianza que tenían en las habilidades para controlar sus preocupaciones, por lo que esto les lleva a fortalecer la creencia que tienen de que las preocupaciones son peligrosas e incontrolables.

El modelo Metacognitivo argumenta que lo que diferencia a los individuos con TAG de otros sujetos que manifiestan otro tipo de trastorno, es la presencia de creencias negativas sobre las preocupaciones y las “meta-preocupaciones” (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, y Staples, 2011).

Respecto a este modelo, debemos mencionar que el propio autor, es decir Wells, elaboró un tratamiento para el TAG acorde con lo que proponía en su modelo Metacognitivo. Dicho tratamiento está orientado a su aplicación en adultos, por lo que no nos adentraremos en su explicación, ya que este trabajo va orientado a la población infanto-juvenil (Wells, 2007).

MODELO DE PREOCUPACIÓN COMO EVITACIÓN COGNITIVA

Este modelo fue propuesto por Borkevec y cols., en el año 1994. Dicho modelo considera que para que se origine el TAG tiene que haber una gran influencia de la vulnerabilidad psicológica. Esta puede tener su origen por diversos factores, uno de ellos es cuando se producen situaciones muy estresantes o traumáticas, otro factor que puede influir en el surgimiento de esta vulnerabilidad psicológica es el estilo educativo que emplean los padres en sus hijos (la sobreprotección, que sean muy exigentes, una disciplina muy severa, no prestarles cariño a sus hijos...), lo cual influye en que el niño no pueda desarrollar unas habilidades interpersonales adecuadas, que tampoco pueda desarrollar su autonomía, y además, que desarrolle un apego inseguro en él. Igualmente, debemos de destacar que dicha vulnerabilidad psicológica consta de dos componentes, el primero de ellos es, que la persona no se siente capacitada para hacer frente a los sucesos amenazantes y, el segundo es, que ven el mundo como peligroso (Bados, 2015).

Para este modelo, la preocupación se caracteriza por ser una actividad lingüística verbal, que se fundamenta en el pensamiento, y actuaría como un mecanismo de

evitación cognitiva, es decir, el estar constantemente prestándole atención a su preocupación le lleva a no prestarle atención a imágenes mentales más aversivas (Etchebarne, Juan y Roussos, 2016).

Se ha de destacar también, que la preocupación se encuentra reforzada, por un lado, por la creencia positiva que tienen los individuos con TAG sobre la preocupación. Piensan que la preocupación es útil y que puede evitar futuras consecuencias negativas (puesto que el individuo se pone en lo peor antes de que suceda el evento negativo, que normalmente suele ser poco probable, y esto provoca que se refuerce mucho más la creencia positiva acerca de la preocupación). Ven que el hecho de preocuparse es útil cuando no suceden esos hechos negativos que esperaban. Por otro lado, la preocupación también se encuentra reforzada pero negativamente, el estar constantemente centrándose en la preocupación hace que no le preste atención o incluso desaparezcan las imágenes de miedo o negativas que aparezcan en su mente. Esto, como hemos mencionado anteriormente, es una actividad lingüística (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, y Staples, 2011).

MODELO DE LA INTOLERANCIA A LA INCERTIDUMBRE

Este modelo fue propuesto por Dugas y su equipo de investigación en el año 1998 (González, Rovella, Barbenza y Rausch, 2012). Dicho modelo declara la manifestación de cuatro procesos cognitivos que están presentes en el trastorno de ansiedad generalizada, e influyen en su mantenimiento. Estos procesos cognitivos son:

- ✓ La intolerancia a la incertidumbre: es el elemento que presenta mayor fuerza para diferenciar a las personas con TAG del resto de individuos que presentan otro trastorno, ya sea de ansiedad o de otra categoría (aunque no los diferencia de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo) (Bados, 2015). Los sujetos que presentan intolerancia a la incertidumbre no soportan los sucesos que son indeterminados, por ello, tienden a actuar de un modo disfuncional en el plano emocional, conductual y cognitivo. Este elemento, es decir, la intolerancia a la incertidumbre, provoca que la ansiedad y las preocupaciones se mantengan y, además, favorece la aparición del resto de procesos cognitivos (Rausch, Rovella, de Barbenza y Rodríguez, 2011).
- ✓ Tendencia a sobreestimar la utilidad de la preocupación: los individuos que presentan TAG están convencidos de que las preocupaciones son ventajosas, que

manifestar preocupaciones es algo positivo y, que además, les sirven para resguardarse de las futuras emociones negativas (Keegan, 2007).

- ✓ La orientación ineficaz frente a los problemas: esta aparece en los pacientes con TAG, pero no por la ausencia de producción de distintas soluciones, sino porque el estilo cognitivo que emplean estos sujetos para hacerle frente a los distintos problemas no les permite emplear habilidades de solución de problemas eficaces (Keegan, 2007). Y esto les produce desconfianza en ellos mismos para poder solucionar los problemas, los cuales ven como amenazantes y les producen frustración cuando les tienen que hacer frente, ya que creen que por mucho empeño que pongan en solucionar el problema, no va a servir de nada (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, y Staples, 2011).
- ✓ La evitación cognitiva: es empleada por las personas que presentan TAG, ya que estos no le temen a algo presente, sino que presentan preocupaciones acerca de algún suceso futuro, al cual le temen, es incierto y poco probable, por lo que no pueden emplear la evitación conductual, y por ello, la estrategia que emplean es la evitación cognitiva, en la cual se incluye la supresión de pensamientos, la distracción, evitación de estímulos amenazantes etc. (Rausch et al., 2011).

Este modelo ha sido empleado en varios trabajos de investigación, como por ejemplo, un trabajo realizado por Laugensen, Dugas y Bukowski en el año 2003, en el cual los sujetos seleccionados fueron adolescentes, y se observó que las creencias positivas sobre la preocupación, la intolerancia a la incertidumbre y la orientación negativa al problema predecían la tendencia a la preocupación. En otra investigación con adolescentes, en la que se empleó una muestra clínica, se observó que lo que se relacionaba con la tendencia a la preocupación era la creencia negativa sobre esta, y no la positiva (Bacow, Pincus, Ehrenreich y Brody, 2009). Otro trabajo, en el cual las muestras que se emplearon fueron niños con edades comprendidas entre 11 y 16 años se observó que lo que se encontraba relacionado con la tendencia a la preocupación era el peligro de esta y su incontrolabilidad (González et al., 2012).

MODELO DE DESREGULACIÓN EMOCIONAL

Este modelo está compuesto principalmente por cuatro factores, los cuales vamos a describir a continuación.

El primero de ellos declara que los sujetos que presentan TAG se caracterizan por una hiperactivación emocional, es decir, por manifestar las emociones con mayor intensidad, tanto las positivas como las negativas, pero mayoritariamente estas últimas. Además, existen algunas hipótesis de que estos sujetos destacan por tener un umbral para experimentar emociones (tanto positivas como negativas) más bajo que el resto de individuos.

El segundo factor de este modelo manifiesta que las personas que presentan este trastorno tienen una comprensión más pobre de sus emociones, en comparación con el resto de sujetos que no lo manifiestan, es decir, no saben explicar adecuadamente las emociones que sienten, ni clasificar el tipo de emociones que manifiestan.

Cuando se combinan estos dos factores que acabamos de mencionar, aparece el tercer factor, el cual es, que al ver las emociones como algo amenazante, los lleva a estos sujetos a manifestar una disposición negativa hacia ellas. Cuando se producen emociones con gran intensidad, los sujetos comienzan a sentirse agobiados, por ello, cuando ven situaciones amenazantes experimentan una hipervigilancia exagerada y prestan mayor atención a las emociones que pueden manifestar.

Por último, esta sucesión de factores termina con la aparición del cuarto componente, y este se caracteriza por los intentos poco fructíferos o desadaptativos que realizan los sujetos con TAG para poder controlar sus emociones y no expresarlas con tanta intensidad. Estos individuos utilizan diferentes estrategias de afrontamiento, las cuales son ineficaces, algunos ejemplos de estas estrategias pueden ser la preocupación, buscar seguridad en otros etc. (Behar et al., 2011).

MODELO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL

Roemer y Orsillo propusieron en el año 2009 este modelo, y destacaron 3 elementos que lo componen, los cuales correlacionan entre ellos.

El primero de ellos es la relación problemática que presentan los individuos con TAG con sus experiencias internas, estas pueden ser emociones, percepciones físicas y pensamientos. Dentro de este elemento se pueden destacar dos integrantes, uno de ellos es la reacción negativa a las experiencias internas, el cual incluye meta-emociones y pensamientos negativos, los cuales originan un obstáculo para examinar y aceptar las experiencias internas. El otro elemento es la sobreidentificación con las experiencias internas, lo que significa que los sujetos con TAG observan las experiencias internas

como si fuesen mucho más definatorias de la realidad de lo que son, y esto implica que un pensamiento que es temporal, se convierta en una particularidad determinante del individuo (Behar et al., 2011).

El primer elemento que hemos mencionado, lleva a la aparición del segundo elemento, que es, la evitación experiencial, la cual se basa en la evitación intencional o inconsciente de las experiencias internas que son vistas como peligrosas. Esta evitación a corto plazo puede disminuir la intranquilidad que manifiestan las personas con TAG, pero también, esta evitación provoca que la relación problemática que mantienen estos individuos con las experiencias internas perdure (Bados, 2015).

Todo esto lleva a la manifestación del último elemento, el cual es, la reducción de conductas, es decir, el sujeto realiza cada vez menos actividades las cuales son importantes para él o, si realiza estas actividades, pero no las disfruta tanto como debería o como lo hacía antes, al no ser consciente de ello. Este tercer elemento del modelo provoca un incremento del malestar en la persona, y esto ocasiona un aumento de experiencias negativas internas y, finalmente este ciclo vicioso se mantiene (Behar et al., 2011).

MODELO DE LA EVITACIÓN DEL CONTRASTE EMOCIONAL DEL TAG

Gracias al modelo de preocupación como evitación cognitiva propuesto por Borkovec, surge de la mano de Llera y Newman en el año 2011 este modelo de la evitación del contraste emocional del TAG, el cual postula que, los sujetos que presentan TAG son especialmente susceptibles a eventos emocionales negativos repentinos, y lo que hacen estos sujetos es emplear la preocupación para estar en un estado de emoción negativo elevado y constante, para así sentirse preparados cuando se presente cualquier evento negativo, es decir, prefieren estar en un estado emocional negativo. Esta susceptibilidad crea en los individuos una vulnerabilidad emocional hacia estas situaciones. Lo cual, los lleva a utilizar la preocupación como una estrategia de afrontamiento para alargar el estado emocional negativo, con la finalidad de evitar que se produzca otro cambio emocional repentino (Etchebarne et al., 2016).

A continuación, vamos a comentar dos casos publicados en *Journal of Psychotherapy Integration* (Newman, Llera, Erickson y Przeworski, 2014), en los cuales se ha aplicado este modelo. El primero de ellos habla de una mujer, a la cual le pondremos el seudónimo de Susana. El estilo educativo de los padres de Susana era de

sobreprotección. Susana de pequeña desempeñó un rol de cuidadora de su madre, y aprendió a hacerle frente a los problemas que tenía su madre adentrándose en una preocupación constante para mantenerse en la emoción negativa. Susana argumentaba que estar preocupada constantemente no es agradable, pero que lo prefiere, ya que si luego pasa algún evento negativo, este no le pilla desprevenida. El segundo sujeto es un hombre, al cual le hemos denominado Pablo. Los padres de Pablo utilizaban un estilo educativo muy estricto. El sujeto comentaba que estando en un estado emocional constantemente negativo era la única forma en la cual él podía sentir que tenía control. Ambos sujetos (Pablo y Susana) a pesar de tener historias y problemas interpersonales diferentes, presentaban el diagnóstico de TAG. Tanto Pablo como Susana empleaban estrategias interpersonales desfavorables y presentaban una sensibilidad al contraste de las emociones, lo cual puede ayudar a entender porque ambos tienen diagnosticado TAG. Posteriormente, ambos sujetos contaron con un terapeuta, para ayudarlos con su problema. Por un lado, el terapeuta de Pablo junto con este, analizaron los pros y los contras de la preocupación como una forma de evitar el contraste emocional, también se trató en la intervención el mantenimiento de un estado de ánimo negativo como una estrategia de evitación para que no se produzca el contraste, y se le dio la oportunidad a Pablo de observar que ese tipo de estrategia le lleva a una alteración significativa de su calidad de vida. El terapeuta le enseñó a Pablo que una estrategia más adecuada sería hacerles frente a sus emociones y que no intente hacer ningún esfuerzo por controlarlas. El terapeuta también realizó con Pablo una jerarquía en la cual exponía las situaciones con contrastes emocionales, posteriormente le enseñó la relajación y finalmente se le aplicó la exposición, a partir de la exposición en imaginación de las situaciones que Pablo había puesto en su jerarquía. Tras poner en práctica lo que había aprendido en la sesión, fue observando una mejora y optando por dejar a un lado la necesidad de anticipar tales contrastes. Por otro lado, el terapeuta de Susana decidió tratar los miedos interpersonales de Susana a partir de la exposición en imaginación y posteriormente aplicando la exposición a situaciones de la vida real, pero enseñándole antes la relajación (Newman et al., 2014).

MODELO INTEGRADOR

Bados en el año 2015 propuso un modelo, el cual estaba formado por los diferentes elementos que contenían los modelos mencionados anteriormente, por eso lo denominó

Modelo integrador. Como se comentaba en el modelo propuesto por Barlow, deben de existir vulnerabilidades, las cuales interaccionan entre ellas, una es la vulnerabilidad biológica, y la otra es, la vulnerabilidad psicológica, que consta de dos elementos, el primero de ellos es que los individuos con TAG ven todo como una amenaza constante, y el segundo es, que estos sienten que no tienen la capacidad de hacerle frente a las situaciones amenazantes. Como resultado de la interacción de ambas vulnerabilidades, aparecen en los individuos con TAG una serie de singularidades, las cuales han sido mencionadas y definidas en el “Modelo de intolerancia a la incertidumbre”; intolerancia a la incertidumbre, tendencia a sobreestimar la utilidad de la preocupación, orientación ineficaz frente a los problemas y la evitación cognitiva.

Como se ha comentado anteriormente, las personas con TAG no les tienen miedo a las amenazas de ahora, sino a las amenazas que pueden ocurrir en el futuro, las cuales son poco probables que ocurran, como dichas amenazas no tienen una solución conductual para ponerle fin, los individuos con TAG lo que hacen es utilizar estrategias cognitivas que son poco eficaces, como son las preocupaciones excesivas, las cuales pueden tener varias consecuencias:

- ✓ El procesamiento emocional de la información amenazante disminuye, y se caracteriza por activar las zonas que se encuentran relacionadas con el miedo y por adquirir información incoherente en estas zonas. Esto puede suceder porque los sujetos emplean la preocupación para no centrar su atención en el problema verdadero. Finalmente, esto lleva a que el sujeto no emplee unas estrategias adecuadas para afrontar la situación.
- ✓ Ansiedad, la cual le lleva a presentar dificultades para dormir, para mantener la atención etc.
- ✓ Controlar los pensamientos negativos, o que les generan malestar y modificarlos por otros que sean más gratos o indiferentes, para que la amenaza no aparezca y la ansiedad disminuya. Pero esta estrategia, además de no ser útil, hace que el problema perdure.
- ✓ Conductas motoras de evitación y de búsqueda de seguridad, las cuales radican en realizar o no algunas tareas motoras para que disminuya o incluso no aparezca la ansiedad.
- ✓ Prevención del contraste emocional negativo, es decir, las personas con TAG utilizan como estrategia la preocupación, y se mantienen en un estado negativo permanente, para estar prevenidos por si sucede algo negativo de verdad.

También ha de destacarse que, conforme pasa el tiempo, los sujetos empiezan a pensar negativamente sobre las preocupaciones, y consideran que no se pueden controlar y que son amenazantes. Esto lleva a la aparición de las meta-preocupaciones o preocupaciones tipo 2 como hemos visto anteriormente en el “Modelo Metacognitivo”. Estas meta-preocupaciones tienen una serie de consecuencias, como pueden ser: realizar conductas de seguridad, problemas de sueño, estar constantemente pendiente de los pensamientos que no se quieren tener e intentar controlarlos para que no aparezcan etc.

5. EVALUACIÓN

La finalidad de la evaluación es conseguir información que nos posibilite conocer las características del trastorno que manifiesta el sujeto. Algunos aspectos a evaluar pueden ser: las reacciones de ansiedad, las cuales tienen 3 dimensiones (cognitiva, fisiológica y conductual) y 3 parámetros (intensidad, duración y frecuencia); los estímulos antecedentes y consecuentes del problema; la historia del problema; las variables que empeoran el problema; las consecuencias que producen el problema tanto en el niño o adolescente como en su entorno; los tratamientos anteriores que se le hayan aplicado al paciente; las relaciones entre los diferentes miembros de la familia etc. (Comenche-Moreno y Vallejo-Pareja, 2015).

Para realizar la evaluación se utilizan diferentes instrumentos, algunos de ellos son los siguientes:

- ▶ La entrevista clínica, que proporciona información acerca del problema para poder organizar la intervención. Además, permite establecer una relación adecuada con el niño y sus familiares. Un tipo de entrevista diagnóstica es la *Anxiety Disorder Interview Schedule for Children (ADIS-C)*; la cual nos ayuda a identificar el tipo de trastorno de ansiedad que tiene el paciente con edades comprendidas entre 6 y 17 años. Este tipo de entrevista consta de una versión para niños y otra para padres, además nos permite evaluar respuestas tanto cognitivas, como fisiológicas y conductuales a partir de diversas situaciones que generan en el niño o adolescente ansiedad, y nos da información acerca de otros problemas psicológicos (Comenche-Moreno y Vallejo-Pareja, 2015). La fiabilidad de la ACIS-C ha sido estudiada tanto en niños (7-11 años) como con adolescentes (12-16 años) (García-Vera y Sanz-Fernández, 2016).

- ▶ Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAIC); se trata de un autoinforme administrado a niños con edades comprendidas entre 9 y 15 años, cuyo objetivo es evaluar la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, consta de 40 ítems, la mitad de ellos evalúan ansiedad estado y la otra mitad ansiedad rasgo. Todos los ítems se encuentran en escala tipo Likert, que va de 1 a 3 puntos (García-Vera y Sanz-Fernández, 2016).
- ▶ Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS); tiene como objetivo evaluar la ansiedad en niños con edades comprendidas entre 6 y 8 años, consta de 20 ítems con 2 alternativas de respuesta. Dicho cuestionario se puede aplicar tanto de forma individual como grupal. El CAS es una alternativa al STAIC (García-Vera y Sanz-Fernández, 2016).
- ▶ Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en Niños (CASI); mide el miedo a los síntomas de ansiedad o el miedo al miedo. Se compone de 18 ítems, los cuales se encuentran en una escala tipo Likert de 3 puntos (nada 0, un poco 1, mucho 2). Para obtener la puntuación total debemos sumar las puntuaciones que ha sacado el sujeto en los 18 ítems. Las puntuaciones más altas informan de mayor sensibilidad a la ansiedad. Los distintos ítems aluden a circunstancias físicas, sociales y cognitivas (Aznar-García, 2014).
- ▶ Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS); autoinforme elaborado para evaluar los síntomas de los trastornos de ansiedad y de depresión según el DSM-IV. Consta de 47 ítems en formato tipo Likert (nunca 0, a veces 1, a menudo 2, siempre 3) (Padilla-Díaz, 2014).
- ▶ Cuestionario PANAS para Niños y Adolescentes (PANASN); se trata de un autoinforme para niños y adolescentes, elaborado a partir del PANAS de Watson Clark y Tellegen en el año 1988 para adultos. El PANASN consta de 20 ítems; la mitad de ellos evalúan el afecto positivo, y la otra mitad el afecto negativo. Los ítems se presentan en formato tipo Likert con tres alternativas de respuesta (nunca 1, a veces 2, muchas veces 3). Los niños y adolescentes contestan dicho cuestionario teniendo en cuenta como se sienten y como se comportar normalmente (Aznar-García, 2014).
- ▶ Escala de ansiedad manifiesta en niños-Revisada; se trata de un autoinforme que evalúa la naturaleza y el nivel de ansiedad en niños con edades comprendidas entre 6 y 10 años (Comenche-Moreno y Vallejo-Pareja, 2015).
- ▶ El cuestionario de Preocupación para niños de Penn State (PSWQ-C); se caracteriza por medir la preocupación infantil, y evalúa las diferentes dimensiones patológicas de la preocupación (Clementi y Alfano, 2014).

6. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Antes de adentrarnos en los distintos tipos de tratamientos que existen para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en niños y adolescentes, debemos de realizar un breve resumen sobre los diferentes criterios que debe cumplir un tratamiento para ser considerado eficaz (Echeburúa, Salaberría, de Corral y Polo-López, 2010):

- ▶ Que dicho tratamiento se encuentre apoyado por dos o más estudios sólidos, que presenten un diseño experimental intergrupar y, además que lo hayan realizado investigadores diferentes.
- ▶ Que presente una guía de tratamiento que este bien definida y explicada.
- ▶ Que se haya seleccionado un conjunto de sujetos que se encuentren claramente identificados y poner a prueba el tratamiento con ellos.

De forma adicional, en el año 1998, tanto Chambless como Hollon describieron la presencia de tres categorías en las cuales se pueden organizar los tratamientos a partir de su eficacia probada experimentalmente (Echeburúa et al., 2010):

- ▶ Tratamiento probablemente eficaz: es un tipo de tratamiento que aún no ha sido replicado, pero que ha logrado resultados efectivos.
- ▶ Tratamiento eficaz: es un tipo de tratamiento que ha sido probado en dos o más publicaciones, las cuales son independientes entre ellas, y dicho tratamiento ha demostrado que es mejor que el no tratamiento.
- ▶ Tratamiento específico y eficaz: es un tipo de tratamiento, el cual se ha demostrado su predominio frente a un tratamiento placebo, o un tratamiento psicológico alternativo.

Tras realizar una revisión de distintos artículos cuyo tema central era el tratamiento, hemos podido observar que en todos ellos el tratamiento psicológico de elección el cual empleaban para el trastorno de ansiedad generalizada tanto en adultos, en niños y en adolescentes era la terapia cognitivo-conductual (TCC). Dicha terapia consta de tres componentes:

- ▶ Reestructuración cognitiva: Tiene como objetivo debatir los pensamientos que son negativos y modificarlos por otros más positivos.

- ✓ El primer paso de la reestructuración cognitiva es la educación acerca de la actuación que realizan las verbalizaciones negativas que emplea el sujeto, las cuales, generan un incremento y mantenimiento de la respuesta de ansiedad. El segundo paso es que el sujeto se dé cuenta de cuando se siente ansioso y el tipo de verbalizaciones que emplea. El tercer paso que debe realizar el sujeto es hacer una lista de verbalizaciones más adecuadas para hacerle frente a la ansiedad en diferentes momentos, la realización de esta lista debe seguir una serie de fases; fase de preparación, de confrontación, de momentos críticos y por último de valoración. Finalmente, lo que debe hacer el sujeto es poner en práctica los distintos pasos que hemos mencionado. (Comanche-Moreno y Vallejo-Pareja, 2015).

- ▶ Tareas de exposición a las preocupaciones: tiene como objetivo que el niño o adolescente le haga frente a situaciones que le generan ansiedad y que aprenda a habituarse a ellas. Para que se produzca esta habituación y disminuya la ansiedad respecto a esta, el sujeto deberá realizar una jerarquía en la que debe describir las situaciones que le generan ansiedad de menos a más, para que vaya exponiéndose a ellas de forma gradual. (Kolemeyer y Renk, 2016).

- ▶ Entrenamiento en técnicas de relajación: La relajación produce una disminución de la activación simpática, y esto conduce a una serie de modificaciones fisiológicas, como pueden ser: regulación del ritmo cardiaco, descenso del consumo de oxígeno y la eliminación de CO₂, descenso del tono muscular, la respiración se vuelve más lenta etc. (Olivares y Méndez, 2010). Este entrenamiento posibilita la reducción de la tensión fisiológica, la cual ayuda a calmar las sensaciones de ansiedad (Cía, 2007). Para aplicar la relajación en niños o adolescentes debemos seguir una serie de pasos (Comanche-Moreno y Vallejo-Pareja, 2015):
 - ✓ Evaluación: preguntarle al niño si sabe relajarse o si alguien alguna vez le ha enseñado a relajarse.
 - ✓ Educación: le explicamos al niño como se realiza esta técnica y cuál es el objetivo de su realización. Le comentamos que algunos músculos de su cuerpo se ponen en tensión y esto le produce algunas sensaciones incómodas y molestas cuando se encuentra inquieto. Por ello le decimos que le vamos a enseñar a reconocer cuales son los músculos que se ponen tensos, y posteriormente, cuando haya aprendido cuales son esos músculos podrá relajarlos a partir de un entrenamiento que el

terapeuta le enseñará, en el que primero tiene que aprender a tensar los músculos y posteriormente tiene que relajarlos.

- ✓ Entrenamiento: primero le enseñaremos a tensar el grupo muscular que queramos, a continuación, le diremos que esté atento a la tensión que está sintiendo en dicho grupo muscular y finalmente le pediremos que relaje los músculos que ha puesto en tensión anteriormente. Los grupos musculares que se trabajan con los niños según la relajación progresiva son los siguientes: brazos, frente y ojos, boca, cuello, pecho, estómago y piernas. Cuando se ha terminado de trabajar con cada uno de los grupos musculares, le pediremos al niño que tense y que posteriormente relaje todo el cuerpo. Con adultos se entrenan dieciséis grupos musculares, pero con niños se suelen emplear menos de diez. Además, para que sea más fácil la comprensión de la rigidez y la flexibilidad, se le puede poner de ejemplo al niño que cuando se encuentre en tensión (rígido) debe sentirse como un muñeco de hierro, mientras que para encontrarse relajado debe sentirse como un muñeco de trapo.

Se ha de resaltar que la TCC es empleada para muchos de los trastornos afectivos, sobre todo para el TAG y el trastorno de ansiedad social, además se debe mencionar que cuando a la TCC se le añade la participación de la familia, la eficacia suele aumentar (Santacruz et al., 2002).

Un dato importante es que cuando un trastorno emocional presenta comorbilidad con otro trastorno, se reduce la efectividad del tratamiento cognitivo conductual. A pesar de que la presencia de comorbilidad reduce la efectividad del tratamiento, dicho tratamiento sigue siendo válido para tratar trastornos de ansiedad y su comorbilidad con otros. (Mahdi, Jhawar, Bennett y Shafran, 2019).

Hemos encontrado algunos estudios en los cuales se ha empleado la terapia cognitivo-conductual (TCC) con niños y adolescentes, dichos estudios son los siguientes:

En un primer estudio realizado por Payne, Bolton y Perrin (2011) en el cual seleccionaron a dieciséis sujetos con edades comprendidas entre 7 y 17 años, se realizó intervención que constó de sesiones semanales con el terapeuta, las cuales oscilaron entre 5 a 15 semanas, y finalizaron con la ausencia de manifestación de síntomas de TAG. Trece de los dieciséis adolescentes (81%) que realizaron el tratamiento no cumplían los criterios del TAG. Además, se observó una reducción del 55% de la preocupación y una reducción del 23% de la ansiedad en dichos adolescentes. (Clementi y Alfano, 2014).

En un segundo estudio, realizado en el año 2003, por Leger, Ladouceur, Dugas y Freeston, los cuales trataron a siete adolescentes (16-18 años) que fueron vistos una vez a la semana

durante aproximadamente 13 sesiones; dichas sesiones fueron dirigidas por el mismo terapeuta. El terapeuta optó por el modelo de la intolerancia a la incertidumbre, (comentado anteriormente en el apartado de la etiología) por lo que la intervención fue orientada a la intolerancia hacia la incertidumbre, las creencias disfuncionales sobre la preocupación, la orientación negativa al problema y las estrategias disfuncionales que empleaban dichos adolescentes para disminuir su ansiedad. Tres de cada siete adolescentes evaluadas en el momento del tratamiento y dos de cada siete evaluados a los doce meses de seguimiento ya no presentaban el diagnóstico de TAG. Los resultados en las medidas de autoinforme fueron más variables (aunque la respuesta al tratamiento se definió como una reducción del 20 % en las puntuaciones previas al tratamiento) y fue menos atractivo en general, debido a una evidencia mínima o nula de mejoría en la preocupación, la ansiedad y los síntomas somáticos entre la mayoría de los adolescentes (Clementi y Alfano, 2014).

Finalmente debemos comentar que existen tratamientos específicos para los trastornos de ansiedad, y también existen tratamientos genéricos. El trastorno en el cual nos estamos centrando en este trabajo es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), y para este no existe un tratamiento específico, es decir, aunque para tratar el TAG lo más efectivo es la TCC y existe evidencia de ello, no hay actualmente un programa concreto para la población infanto-juvenil que trabaje específicamente el TAG en ellos, por lo que nos vamos a centrar en los tratamientos genéricos que existen y que son eficaces para tratar el TAG en niños y adolescentes. Además, comentaremos algunos programas que se han centrado en la intervención familiar, otros que van dirigidos a la prevención y finalmente un programa que va dirigido a desarrollar las fortalezas. Por último, vamos a hacer una breve introducción a una nueva corriente derivada de la TCC denominada transdiagnóstico. Todo esto se comentará a continuación.

6.1. TRATAMIENTOS GENÉRICOS

Como hemos mencionado anteriormente, los tratamientos genéricos están dirigidos a abordar más de un trastorno de ansiedad. Dentro de los tratamientos genéricos, hemos seleccionado dos, los cuales son eficaces para la intervención en el trastorno de ansiedad generalizada en niños y adolescentes; dichos programas son el *Coping Cat* elaborado por Kendall (1990), del cual se han derivado diferentes versiones, y el programa FRIENDS elaborado por Barrett, Lowry-Webster y Turner, en el año 2000 (García-Vera y Sanz-Fernández, 2016).

El programa *Coping Cat* (Kendall, 1990)

Dicho programa, como hemos comentado, fue creado por Kendall en el año 1990, y está orientado para ser aplicado a niños entre 7 y 13 años, los cuales presentan como diagnóstico primario el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad por separación o la fobia social.

La versión que se publicó en el año 1990 ha sido modificada varias veces, y ahora se cuenta con una versión que se aplica en grupo y otra, la cual es de formato familiar.

Centrándonos en el formato individual, el programa *Coping Cat* se aplica entre 16 y 20 sesiones, las cuales se realizan semanalmente, y presentan una duración de 60 minutos. También hay una versión más corta, que consta de 8 sesiones.

Las sesiones se encuentran distribuidas en dos bloques: por un lado, el primer bloque que va desde la sesión 1 hasta la sesión 8, y dicho bloque presenta ciertas características: la primera sesión sería de presentación, posteriormente, a mitad, es decir, aproximadamente por la sesión 4 o 5 se interactuaría con los padres para que ofrezcan información sobre el problema de su hijo y además para que participen más activamente en el tratamiento, y el resto de sesiones del primer bloque están destinadas a que los niños aprendan habilidades para poder controlar la ansiedad que manifiestan. Por otro lado, el segundo bloque, que va desde la sesión 9 hasta la sesión 16, comienza con una sesión con los padres, en la que se trata lo mismo que se trató en el primer bloque, en las siguientes sesiones que se realizan con el niño se pretende que ponga en práctica las habilidades que aprendió en el primer bloque y que las aplique de forma gradual, es decir, desde las situaciones que le generan menor ansiedad a las que más, y finalmente, se hace un resumen de todo lo que se ha tratado en la intervención, los progresos del niño y se le refuerza por todo el esfuerzo que ha realizado (García-Vera y Sanz-Fernández, 2016).

La estructura que presentan la mayoría de sesiones del programa *Coping Cat*, es la siguiente (García-Vera y Sanz-Fernández, 2016):

- ▶ Una introducción, en la cual se le pide al niño las actividades que se le encomendaron en la sesión anterior para realizarlas en casa, y dichas actividades son revisadas por el terapeuta.
- ▶ Una parte central, en la que se realiza el aprendizaje y entrenamiento en sesión de las habilidades que se han aprendido para controlar la ansiedad, y la puesta en práctica de dichas habilidades, la cual se realiza de forma gradual (primero en imaginación y posteriormente en vivo).

- ▶ Una finalización, en la cual el terapeuta asigna actividades para casa en las cuales se trabajan lo que se ha visto en sesión.

Este programa tiene como objetivo que el niño aprenda cuales son los signos que manifiesta de ansiedad y a emplearlos para poner en práctica las estrategias de manejo de la ansiedad. Además, se le enseña al niño la palabra TEMOR (en inglés se escribe FEAR y significa miedo), cada una de las letras significa un paso que debe seguir para afrontar la situación a la que se enfrente con éxito y superarla. El significado de las iniciales de este acrónimo es el siguiente (García-Vera y Sanz-Fernández, 2016):

- ▶ Darse cuenta de las respuestas que se producen en él, tanto a nivel conductual, afectivo y físico (¿Tienes miedo?).
- ▶ Darse cuenta del dialogo negativo que tiene con él mismo sobre la situación que está viviendo y lo que piensa a cerca de ella (¿Esperas que pase algo Malo?).
- ▶ Transformar el dialogo negativo que tiene con él mismo sobre la situación que está viviendo, por otro dialogo en el cual le haga frente a la ansiedad y a dicha situación de manera más eficaz (Operaciones que ayudan).
- ▶ Que el niño observe los progresos que ha realizado aplicando lo aprendido en terapia, y que se recompense a si mismo por las mejoras que está obteniendo, ya sean parciales o totales (Resultados y recompensas).

A continuación, vamos a realizar una descripción de lo que normalmente se suele hacer y trabajar en cada una de las sesiones del programa. (Orgilés-Amorós, Méndez-Carrillo, Rosa-Alcázar, e Inglés-Saura, 2003).

Bloque 1 - entrenamiento

- ✓ Sesión 1: alianza terapeuta y obtención de información sobre el sujeto y las situaciones que le provocan y mantienen el problema.
- ✓ Sesión 2: reconocer las diferentes emociones que hay.
- ✓ Sesión 3: diferenciar las reacciones que tiene de ansiedad, de otro tipo de reacciones y observar sus propias reacciones físicas, además de realizar una jerarquía de las situaciones que le producen ansiedad, dicha jerarquía se realizará de forma gradual, es decir de menos a más ansiedad.

- ✓ Sesión 4: se les informará a los padres sobre lo que se trabaja con su hijo en las sesiones terapéuticas y, se les propondrá a estos que nos informen si quieren de cuáles son sus preocupaciones acerca de la situación con su hijo. Además, realizaremos con el niño un entrenamiento en relajación a partir de una grabación auditiva, la cual empleará fuera de las sesiones. Para el entrenamiento en relajación sería favorable que ambos padres, o por lo menos uno de ellos colaborase y observase como realiza su hijo la relajación, para posteriormente compartir dicha información con el terapeuta.
- ✓ Sesión 5: el niño tendrá que observar y aprender cuales son las autoverbalizaciones que realiza cuando se encuentra frente a una situación que le genera ansiedad.
- ✓ Sesión 6: elaborar estrategias de afrontamiento.
- ✓ Sesión 7: le enseñamos al niño ejercicios de autoevaluación y autorrefuerzo.
- ✓ Sesión 8: repasar con el niño todo lo aprendido en las sesiones anteriores.

Bloque 2 - puesta en práctica de lo aprendido en el primer bloque.

- ✓ Sesión 9: se emplearán las habilidades que se aprendieron en el primer bloque, y se pondrán en práctica en diversas situaciones. Se empezará por las situaciones que no le generan ansiedad al sujeto, y posteriormente iremos avanzando hacia las situaciones que le van produciendo un poco más de ansiedad (primero se realizará en imaginación y luego en vivo).
- ✓ Sesión 10, 11, 12 y 13: el niño tendrá que exponerse a situaciones que cada vez le generan más ansiedad, primero lo hará en imaginación y posteriormente en vivo. El terapeuta tendrá que ir reforzando al niño por cada logro que consiga.
- ✓ Sesiones 14 y 15: se pondrán en práctica las habilidades de afrontamiento aprendidas para hacerle frente a situaciones que le generan mucha ansiedad. Además, se empezará a programar con el niño lo que se realizará en la última sesión

del programa, esto es un <<anuncio>>, el cual es una representación por parte del niño y un recuento de lo aprendido en el programa.

- ✓ Sesión 16: repasaremos todo lo que hemos trabajado en la intervención y se terminará nuestra relación terapéutica con el niño y sus padres. Antes de finalizar, le comentaremos a los padres que sigan ayudando a su hijo con las habilidades aprendidas, para que las siga manteniendo y aplicando en nuevas situaciones. Se puede programar seguir en contacto una vez al mes a partir de llamadas telefónicas para ver el progreso del niño.

Para finalizar la explicación de este tratamiento psicológico, debemos destacar que el terapeuta que aplica dicho programa debe adaptarlo a cada sujeto que se le aplica, y tiene que lograr que el niño, al cual se le está realizando dicha intervención la considere como una experiencia agradable (García-Vera y Sanz-Fernández, 2016).

A continuación, se muestran una serie de estudios que intentan demostrar si la aplicación del programa *Coping Cat*, es efectivo. Los estudios son los siguientes:

Kendall (1994) realizó un estudio, en el cual trabajó con dos grupos, uno control (en lista de espera) y otro grupo que fue el experimental. Los sujetos fueron distribuidos a los distintos grupos de forma aleatoria. Se seleccionaron a 47 niños; 30 de ellos presentaban TAG y 17 manifestaban trastorno de ansiedad por separación. Los sujetos tenían edades comprendidas entre 9 y 13 años. Al grupo experimental se le evaluó con diferentes instrumentos y se le aplicó el tratamiento (*Coping Cat*), mientras que al grupo control lo único que se le hizo fue evaluarlo con los mismos instrumentos que se había evaluado al grupo experimental. Cuando se comprobaron los resultados de ambos grupos, se observó que el grupo experimental había experimentado una mejora tras la aplicación de la intervención, mientras que en el grupo control, como no había recibido ninguna intervención, no había mostrado ninguna mejora. Tras finalizar el estudio, al grupo control en lista de espera se le aplicó el tratamiento (Orgilés-Amorós et al., 2003).

El siguiente estudio que vamos a comentar nos habla de un niño llamado Alberto (seudónimo), que tiene 12 años. Según las explicaciones que aportan tanto los padres como el paciente, y a través de las pruebas que se le aplican, las cuales son: la escala RCADS, la realización de una entrevista diagnóstica ADISC-IV y un registro de preocupaciones y de

estimación de las preocupaciones, se puede concluir que Alberto presenta TAG, por lo que el psicólogo que está trabajando con el sujeto plantea una serie de objetivos, los cuales son los siguientes: disminuir las respuestas somáticas y conductuales, modificar los pensamientos automáticos irracionales por otros más apropiados, que Alberto no realice respuestas de escape y evitación, y por último disminuir la ansiedad y preocupaciones. Tras plantearse lograr estos objetivos, el terapeuta decide aplicar una terapia cognitivo-conductual (TCC), basada en el programa propuesto por Kendall para tratar la ansiedad infantil, dicho programa es el *Coping Cat*. Después de la aplicación del programa de Kendall se le vuelven a administrar a Alberto las pruebas que se le habían administrado antes de comenzar con la intervención, y tras obtener los resultados de las pruebas se observa que ha habido una mejora después de aplicar el tratamiento, ya que los objetivos que se plantearon antes de la aplicación del tratamiento se han logrado con éxito (Padilla-Díaz, 2014).

Otro estudio realizado en los Países Bajos presenta como objetivo valorar la eficacia de la TCC, en concreto el programa *Coping Cat*, en un grupo de jóvenes que presentan trastornos de ansiedad. Dicho estudio se llevó a cabo en los años 2009 y 2010, con jóvenes cuyas edades oscilaban entre los 10 y 13 años. Para que los sujetos pudiesen participar en el estudio debían cumplir una serie de criterios, los cuales son: que no hubiesen recibido tratamiento farmacológico y que pudieran participar durante 14 semanas. Mientras que los criterios de exclusión fueron: la presencia de comorbilidades graves que requirieran un tratamiento inmediato, el diagnóstico principal del trastorno del estrés post traumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos psíquicos, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental o disfunción cognitiva. Este estudio consta de un grupo experimental, pero no de un grupo control. Dicho grupo experimental, es decir, al que se le aplica el tratamiento tenía una serie de objetivos: reconocer los patrones de pensamiento distorsionados que hacen que los síntomas de ansiedad estén presentes, aprender a desarrollar habilidades y estrategias para poder hacerle frente a las situaciones que le generan ansiedad, aprender a reconocer los signos de ansiedad para posteriormente poder poner en marcha las habilidades y estrategias aprendidas, y finalmente, eliminar o disminuir la evitación que hace que se mantenga la ansiedad. El procedimiento que se siguió para llevar a cabo el estudio fue el siguiente: se seleccionaron a 41 jóvenes para aplicarles el programa, a dichos participantes se les realizó 3 evaluaciones, antes del tratamiento, a mitad del tratamiento y cuando se terminó el tratamiento; en dichas evaluaciones se les administró una serie de cuestionarios y autoinformes. Finalmente, tras aplicar el tratamiento y observar los datos obtenidos en los distintos momentos que se administraron las pruebas de evaluación, se concluyó que dicha intervención fue eficaz para los

jóvenes que presentaban trastornos de ansiedad. Este estudio sugiere que la presencia de un co-terapeuta en todas las sesiones era esencial, además, el tamaño de los grupos era de 6 miembros debido a los problemas individuales de cada uno de ellos (timidez, ansiedad etc.) Respecto a las familias de los participantes del estudio, comentaron que las sesiones que fueron diseñadas para ellos fueron muy importantes para poder entender el trastorno que presentaban y para saber hacerle frente a los síntomas de ansiedad y ayudar al niño o adolescente en las tareas que le manda el terapeuta para practicar en casa. Finalmente, una de las limitaciones que tuvo este estudio fue no contar con un grupo control y no realizar un seguimiento después de realizar la intervención (De Souza, Salum, Jarros, Isolan y Davis, 2013).

Por último, vamos a comentar un estudio elaborado por Ellen Kolemeyer y Kimberly Renk en el año 2016. Dicho estudio habla sobre una niña de 8 años, a la cual le vamos a llamar Clara (seudónimo). El psicólogo le administró a Clara diversas pruebas para evaluarla, las cuales fueron: una entrevista, autoinformes, cuestionarios, y también se les administró autoinformes a los padres y maestros de Clara. Tras conocer la historia del paciente y administrarle las diversas pruebas, se observó que Clara cumplía con los criterios para el diagnóstico de TAG, ya que presentaba síntomas como; preocupación y ansiedad excesiva, tensión muscular, inquietud, fatiga etc. Por lo tanto, el siguiente paso a realizar fue la aplicación del tratamiento, para ello, el psicólogo eligió una intervención cognitivo-conductual basada en la familia, dicha intervención se argumenta en el programa *Coping Cat*, ya que trata los mismos elementos e incluye a los cuidadores, además tiene en cuenta las relaciones de comunicación y familiares entre padres e hijos como parte del proceso. Tras la aplicación de la intervención propuesta por el psicólogo, se observó una mejora en los síntomas de ansiedad del paciente, por lo que esto nos indica que dicha intervención ha sido eficaz, y que la implicación de los padres en el proceso es importante. Tanto la participación afectiva y el apoyo que ofreció la familia a Clara en la intervención, como la aplicación de las estrategias cognitivo-conductuales han ayudado a Clara a hacerle frente a su ansiedad.

Los resultados que han obtenido Podell et al. (2010) a partir de la aplicación del programa *Coping Cat* o variantes de dicho programa informan de que entre el 50% y el 72% de los niños a adolescentes que presentaban algún trastorno de ansiedad (en el cual se incluye el TAG, que es el trastorno en el cual nos estamos centrando en este trabajo) y se les aplica TCC ya no presentan los criterios para el trastorno de ansiedad que manifestaban (Podell, Mychailyszyn, Edmunds, Puleo y Kendall, 2010).

- ✓ Programas derivados del *Coping Cat*:

Se realizaron adaptaciones del programa *Coping Cat* propuesto por Kendall, uno de ellos es el programa *The coping Bear*, elaborado por Mendlowitz y colaboradores en el año 1999; este programa iba dirigido a la población canadiense, y lo que hicieron fue aumentar la participación de los padres en las intervenciones, los resultados que obtuvieron fueron favorables. Otro de los programas que apareció como adaptación del programa propuesto por Kendall, fue el *Coping Koala* que se desarrolló entre los años 1996 y 1999 por Barret y sus colaboradores; este programa se destinó a la población australiana, lo que hicieron fue incluir tres elementos para los padres, los cuales se trataban en cuatro sesiones, en dichas sesiones, la primera parte de ellas iba destinada al niño, es decir, de forma individual, y la segunda parte de la sesión iba dirigida a la familia.

Programa *FRIENDS*

Este programa se basa en el tratamiento cognitivo-conductual, y fue diseñado por Barret y sus compañeros en el año 1998, basándose en el programa *Coping Koala*. El programa *FRIENDS*, es parecido al tratamiento cognitivo conductual grupal, ya que cuenta con la colaboración de los padres. Este programa se caracteriza por tener 12 sesiones en total, aunque dos de ellas son de refuerzo. Las sesiones con los padres se pueden realizar de dos formas diferentes, una de ellas serían 4 sesiones con una duración de 90 minutos, u otra alternativa que serían 10 sesiones con una duración de 40 minutos cada una de ellas; en estas sesiones se trabaja el soporte familiar. Este programa introduce diferentes versiones según la edad del paciente, tiene una versión para niños de edades comprendidas entre 7 y 11 años y otro programa para adolescentes con edades entre 12 y 16 años. Además, se ha desarrollado una adaptación para preescolares (Bados, 2017).

Los objetivos que se pretenden obtener a partir de la aplicación de este programa son los siguientes (García-Vera y Sanz-Fernández, 2016):

1º sesión: se presentarán los miembros del grupo, y se intentará establecer una alianza terapéutica entre los participantes. Se les comentará a los participantes el guión que va a seguir dicha intervención, y empezaremos hablando sobre la ansiedad, resaltando que es algo normal y que todas las personas manifestamos ansiedad.

2° sesión: se trabajará la educación emocional y el reconocimiento de las emociones. Además, le mostraremos el vínculo que existe entre sentimientos y pensamientos.

3° sesión: hablaremos sobre los sentimientos, y le enseñaremos a reconocer las manifestaciones físicas de la preocupación. También le enseñaremos que es importante que tenga algunos instantes de tranquilidad, en los cuales pueda relajarse. Y finalmente realizaremos actividades de relajación.

4° sesión: reconocer las verbalizaciones negativas que realiza, y modificarlas por otras más apropiadas.

5° sesión: se trabajará la atención en las diferentes situaciones que se le presenten al sujeto, en las cuales deberá encontrar el lado positivo. Se le enseñará a debatir los pensamientos negativos que le están entorpeciendo. Estudiaremos diferentes soluciones y estrategias de afrontamiento, fijando un objetivo.

6° sesión: aprender diferentes habilidades para solucionar los distintos problemas que aparezcan y enseñarle diferentes modelos de afrontamiento, los cuales debe copiar. Finalmente trabajaremos el apoyo social.

7° sesión: Le enseñaremos a recompensarse por los logros que ha conseguido.

8° sesión: Se le recordará que es muy importante seguir practicando en casa lo que se ha estado haciendo durante las distintas sesiones. Además, deberá reflexionar sobre las distintas formas de afrontamiento que puede emplear para hacerle frente a las diversas situaciones que se le presenten.

9° sesión: el niño tendrá que extender la aplicación de las diferentes habilidades que ha aprendido en el programa *FRIENDS* a distintas situaciones complejas. También, deberá explicarles a otros sujetos como utilizar las habilidades de afrontamiento que ha aprendido en el programa.

10º sesión: se le explicaran diferentes habilidades para conservar las distintas estrategias que ha aprendido en la intervención, y le proporcionaremos información para ayudarle a hacerle frente a las situaciones difíciles que puedan sucederle.

Sesiones de reforzamiento: Comprobaremos si ha aprendido bien las diferentes estrategias que hemos trabajado en el programa y le enseñaremos a hacerle frente a los diferentes retos que se le pueden avecinar.

Para finalizar, mencionaremos un estudio realizado por Shortt, Barret y Fox (2001) en el cual se aplicó el programa *FRIENDS*; dicho estudio lo realizaron los autores del programa. Se escogieron 71 niños que tenían diagnosticado algún trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación o fobia social), y fueron asignados de forma aleatoria a dos grupos, uno control (no se le aplicó el programa) y otro experimental (si se le aplicó el programa). Los resultados del estudio revelaron que a los niños a los cuales se les había aplicado el programa, presentaron mejoras, perdurando estas con el tiempo; mientras que a los niños que no se les había aplicado el programa, no habían manifestado señas de mejora (Orgilés-Amorós et al., 2003).

6.2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

FAM (Family Anxiety Management)

Se trata de un programa elaborado por Barret, Dadds y Rapee en el año 1996. Dicho programa se puede aplicar de forma individual o grupal, y va dirigido a la intervención familiar en situaciones en las cuales el niño o adolescente manifiesta algún trastorno de ansiedad (ansiedad generalizada, fobia social, ansiedad por separación etc.). El programa *FAM* se basa en la TCC y en un entrenamiento para padres, en el cual se les da indicaciones sobre cómo reforzar las conductas adecuadas y como extinguir las conductas de ansiedad. También se entrenará como identificar las conductas de ansiedad y como hacerles frente de forma proactiva, sirviéndose del modelado de sus propios problemas de ansiedad. El programa, al basarse en la TCC de Kendall (1994) cuenta aproximadamente con las mismas sesiones que el *Coping Cat*, aunque puede acortarse el programa y emplear 12 sesiones en vez de 16. Finalmente, cabe mencionar que el programa *FAM* incorpora un entrenamiento en cómo manejar los conflictos que suceden, como ponerles solución a estos conflictos o a otros problemas, y se programan

sesiones para poner en práctica lo aprendido; todo esto se realiza aplicando un entrenamiento en habilidades de comunicación (Álvarez-Calderón et al., 2018).

6.3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

El programa FRIENDS y el *Coping Cat* también pueden ser empleados como programas de prevención (Bados, 2017).

El programa de afrontamiento y promoción de la fortaleza (CAPS)

El programa CAPS (Ginsburg, 2009) se puede aplicar tanto de forma individual como grupal, y consta de unas 6 u 8 sesiones. Dicho programa va destinado por un lado a los padres, los cuales manifiestan algún trastorno de ansiedad, y por otro lado a los hijos, quienes todavía no manifiestan ningún trastorno de ansiedad, pero con el tiempo pueden desarrollarlo. Con cada uno de ellos se trabajan elementos diferentes: por ejemplo, con los niños se trabaja el control de la ansiedad, como resolver diversos problemas que se le presentan y la reestructuración cognitiva, el objetivo es que se reduzca la incidencia de síntomas y trastornos de ansiedad. Mientras que con los padres se trabaja el control de la ansiedad, la comunicación eficaz y la forma de resolver los problemas para que disminuya el conflicto y la crítica, y finalmente, programas de reforzamiento para que disminuya la sobreprotección y el control (Bados, 2017).

Ginsburg realizó un estudio en el año 2009 para poner a prueba su programa. Seleccionó una muestra de 40 voluntarios, con una edad media de 9 años, los padres cumplían los criterios para algunos de los trastornos de ansiedad. Los criterios de inclusión para los niños fueron los siguientes: edades comprendidas entre los 7 y 12 años, ausencia de cualquier trastorno de ansiedad y ausencia de afectación médica o psiquiátrica. Los criterios de inclusión para los padres fueron los siguientes: presentar un diagnóstico de algún trastorno de ansiedad (excluyendo trastorno de estrés postraumático o trastorno de estrés agudo) y ausencia de afectación médica o psiquiátrica. Las familias seleccionadas para el estudio presentaban los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada (n = 22), fobia social (n = 7), trastorno de pánico con agorafobia (n = 5), fobia específica (n = 2) y trastorno obsesivo-compulsivo (n = 1). Además, se ha de resaltar que 29 de los padres presentaban trastornos comórbidos. El programa duró 8 semanas, y las familias se asignaron de forma aleatoria. En dicho estudio había dos grupos, uno control con 20 sujetos (no se le aplicó el programa) y uno experimental con 20 sujetos (si se le aplicó el programa). Se realizaron diversas evaluaciones,

una antes de aplicar el programa, otra justo después de terminar la aplicación de la intervención y otras dos más tarde (a los 6 y a los 12 meses después de la intervención). Tras observar los resultados obtenidos en la pre-evaluación y en la post-evaluación del grupo control y del grupo experimental, se vio que el grupo control tenía más posibilidades de desarrollar alguno de los trastornos de ansiedad e incluso algunos de los niños ya habían empezado a manifestar síntomas, mientras que en el grupo control, tras aplicarles el tratamiento se observó una disminución de las posibilidades de desarrollar alguno de los trastornos de ansiedad. Finalizado el estudio, se le aplicó al grupo control el programa.

Journey of the Brave

Este programa es una adaptación para las escuelas japonesas del programa *FRIENDS*. *Journey of the Brave* se centra en los sentimientos de ansiedad y habilidades para tratar con dichos sentimientos. Los objetivos que tiene este programa son: que los niños comprendan y adquieran las habilidades propuestas por la TCC para manejar la ansiedad y tratar la ansiedad interpersonal. Dicho programa consta de 10 sesiones semanales de una hora de duración con descansos de quince minutos, en estas sesiones se tratan diferentes aspectos como son: la comprensión de los sentimientos de ansiedad, las reacciones somáticas y la relajación, la exposición, la reestructuración cognitiva, habilidades y estrategias para hacerle frente a la ansiedad etc. (Urao y at., 2016).

Se realizó un estudio cuasiexperimental en Japón, en el cual se aplicó dicho programa de prevención, es decir, *Journey of the Brave*. La hipótesis de este estudio era que disminuyera el nivel de ansiedad de los niños que se encontraban en el grupo experimental (se les aplicó el programa de intervención), en comparación con los niños del grupo control (no se les aplicó el programa de intervención). Los participantes de este estudio tenían edades comprendidas entre 9 y 12 años, y fueron reclutados a través de carteles publicitarios; 13 sujetos pertenecientes a la escuela elemental pública fueron destinados al grupo experimental, y 16 niños de la misma edad fueron destinados al grupo control. A los participantes del programa se les realizó 3 evaluaciones; una de ellas antes de aplicar el programa, otra en mitad de la aplicación del programa, y finalmente una cuando terminó la aplicación del programa. Finalizada la aplicación del programa se observaron los datos obtenidos en las evaluaciones realizadas en los distintos periodos, y se pudo ver que, aunque la significación estadística estaba presente en el grupo experimental, el tamaño de la muestra seleccionada complicaba la generalización de los resultados. Además, otra de las limitaciones que presenta este estudio es que solo se realizó un

seguimiento tres meses después de la aplicación del programa, por lo que necesita un seguimiento más a largo plazo (Urao y at., 2016).

FRIENDS for Life

El programa *FRIENDS* fue adaptado para poder ser empleado en la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños de más de 3 años. Dicho programa tiene como objetivos enseñarles a los niños como hacerles frente a los sentimientos de ansiedad y de depresión de forma más eficaz, a partir de ciertas estrategias y habilidades de resolución de problemas, además de instaurar en los participantes confianza en sí mismo. Las técnicas que emplea este programa son las siguientes: psicoeducación, ejercicios de relajación, exposición, entrenamiento en habilidades de resolución de problemas, y entrenamiento y ejercicios de apoyo social de reestructuración cognitiva. Dicho programa consta de 10 sesiones más 2 sesiones de refuerzo, además incluye dos sesiones con los padres (Kösters et al., 2012).

A continuación, vamos a comentar un estudio en el cual se aplicó el programa *FRIENDS for life*. Los participantes del programa fueron seleccionados de diferentes escuelas, pero no de forma aleatoria, y se seleccionó a un grupo de 40 niños, con edades comprendidas entre 10 y 12 años. Los datos de los participantes se recogen a partir de la administración de auto-informes y de informes proporcionados por el profesorado. Se realizaron tres mediciones después de realizar la intervención, una de ellas justo cuando terminó la aplicación del programa, otra a los seis meses y finalmente una a los doce meses. Finalmente, este programa tiene como objetivo aportar información sobre la aplicación y la eficacia del programa en niños que presentan signos de ansiedad o depresión (Kösters et al., 2012).

6.4. PROGRAMA PARA DESARROLLAR FORTALEZAS

FORTIUS

En el año 2012, Mendez, Llavona, Espada y Orgilés elaboraron el programa *FORTIUS*, el cual va destinado a niños con edades comprendidas entre 8 y 12 años, aunque se ha realizado un ajuste del programa para poder ser aplicado también a adolescentes con edades entre 13 y 14 años. La finalidad que tiene este programa es que los niños aprendan a fomentar sus fortalezas y evitar los conflictos emocionales. El programa se fundamenta en el lema *citius*,

altius, fortius, y pretende preparar al niño para que pueda hacerle frente a diferentes circunstancias complicadas y a manejar las emociones negativas, sobre todo la ansiedad. Aunque este programa aborda problemas como la ansiedad y la depresión, también tiene en cuenta la ira y el enfado. El programa tiene un manual para el terapeuta y un CD-ROM con todo el material necesario para la aplicación del programa. El programa *FORTIUS* consta de 12 sesiones con una duración aproximada de una hora, más algunas sesiones de refuerzo. Al inicio de la intervención se realizará una sesión con los padres, para poder ofrecerles información sobre lo que vamos a realizar en la terapia, obtener su aprobación sobre la aplicación del programa y, además, pedirles su participación en la intervención, principalmente en las tareas que se le manden al niño para casa (Comenche-Moreno y Vallejo-Pareja, 2015).

El programa consta de 3 elementos (Comenche-Moreno y Vallejo-Pareja, 2015):

- ▶ Emocional: se realizarán ejercicios de relajación y respiración, con el objetivo de reducir la activación del sistema simpático.
- ▶ Conductual: tiene como objetivo trabajar dos niveles; por un lado, el interpersonal, en el cual trabajará las habilidades sociales y la escucha activa, y, por otro lado, el personal, en el cual programará momentos para estudiar y momentos de ocio.
- ▶ Cognitivo: se trabajará con la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas y las auto-instrucciones para que el niño aprenda a cambiar tanto los pensamientos negativos, la incertidumbre y la preocupación.

6.5. TRANSDIAGNÓSTICO

La terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica se caracteriza por: centrarse en los procesos cognitivos, somáticos y motores que tienen en común los diferentes diagnósticos; la omisión de evaluación diagnóstica y el empleo de un enfoque integrativo. El enfoque transdiagnóstico tiene un aspecto conceptual importante, y es que puede comprenderse a partir de dos puntos de vista: uno de ellos sería el punto de vista psicopatológico; el cual ayuda a entender los trastornos mentales desde una perspectiva más dimensional, a partir de la convergencia de diferentes procesos psicológicos, los cuales son comunes a un grupo de trastornos. El otro punto de vista sería el de la TCC; la cual permite realizar un tratamiento más holístico, ya que se centra y aplica los procesos psicopatológicos que son comunes a varios trastornos. Se ha de destacar que la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica debe entenderse como una terapia complementaria a la terapia cognitivo-conductual, y no como una

terapia alternativa a esta, ya que ambas tienen aspectos positivos y negativos (Sandín, Chorot y Valiente, 2012).

Barlow y colaboradores, en el año 2004 elaboraron un <<tratamiento unificado>> de terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica general, para los trastornos de ansiedad y para la depresión. Dicho tratamiento se apoyó en los tres componentes terapéuticos básicos: 1) reevaluación cognitiva, de la cual existen dos tipos; por un lado, está la probabilidad de sobreestimación (la probabilidad de que suceda un acontecimiento negativo) y, por otro lado, el catastrofismo (si llegase a suceder un acontecimiento negativo, las consecuencias que tiene este). 2) Que no suceda la evitación emocional. 3) Cambiar las tendencias a la acción emocionales; como puede ser empleando acciones que no se encuentren relacionadas con la emoción que se encuentra afectada (Sandín et al., 2012).

Se realizó un meta-análisis (Bennett et al., 2013) cuyo objetivo era determinar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica. Los participantes de los estudios que se seleccionaron para este meta-análisis fueron niños y adolescentes que manifestaban algún trastorno de ansiedad, y las edades que presentaban los sujetos iban desde los 4 a los 18 años. Los estudios de este meta-análisis muestran que hay evidencia a favor de la TCC transdiagnóstica en un gran número de trastornos de ansiedad, como son; el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad por separación y la fobia social. Existe evidencia de que la TCC transdiagnóstica funciona mejor con algunos trastornos de ansiedad que con otros. Además, se ha de resaltar que la aplicación de este tratamiento tanto a nivel individual como grupal fue igual de efectiva. En conclusión, este artículo corrobora que la TCC transdiagnóstica puede ser un tratamiento eficaz para la remisión de la ansiedad en niños y adolescentes. Aunque todavía se necesitan realizar más investigaciones para poder verificar el éxito de este tipo de terapia con niños y adolescentes (Ewing, Monsen, Thompson, Cartwright-Hatton y Field, 2015).

La Revista de Psicopatología y Psicología Clínica publicó un meta-análisis (García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales, y Sandín, 2016) en el cual se comentan diferentes tratamientos transdiagnósticos tanto para adultos como para adolescentes y niños. Nosotros nos centraremos en los tratamientos transdiagnósticos que han aportado para los niños y adolescentes.

El grupo de Ehrenreich-May entre los años 2012 y 2014 realizó algunas investigaciones con el *UP*; el cual fue desarrollado por Barlow y colaboradores en los años 2011 y 2012, y se trata de un tratamiento transdiagnóstico centrado en la emoción, y que a su vez enfatiza los principios fundamentales del tratamiento cognitivo-conductual tradicional, además de destacar las distintas formas en las cuales las personas que presentan ansiedad o depresión responden a sus emociones, es decir, como regulan las emociones. Las investigaciones que realizó el grupo de Ehrenreich-May sirvieron para elaborar dos protocolos de transdiagnóstico unificados para el tratamiento de la ansiedad y depresión en niños y adolescentes. El tratamiento destinado para adolescentes se denomina *the the Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A)*; el cual es una adaptación para adolescentes del *UP* para adultos, va destinado a adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 17 años, que presentan un trastorno principal de ansiedad o depresión. El *UP-A* consta de 8 módulos repartidos por semana, y en cada semana el paciente tiene de 8 a 21 sesiones individuales. Mientras que el tratamiento dirigido para niños se denomina *the Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Children (UP-C)*; es una adaptación para niños más jóvenes con edades entre 7 y 12 años, que presentan trastornos de ansiedad. El *UP-C* consta de 15 sesiones impartidas semanalmente y de forma grupal, con una duración de 90 min.

Datos preliminares evocan que tanto el *UP-A* como el *UP-C* son efectivos para disminuir los síntomas.

Existen otros tratamientos transdiagnósticos cognitivos-conductuales destinados a los trastornos afectivos en niños y adolescentes que se han desarrollado recientemente, pero que están menos afianzados que el *UP-A* y el *UP-C*, y además tienen un objetivo más preventivo. Algunos de estos tratamientos son:

La terapia integrada conductual breve para ansiedad y depresión, fue elaborada por Weersing y colaboradores en los años 2008 y 2012; se trata de un tratamiento transdiagnóstico breve para la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes, cuyo objetivo es ser aplicado en el sector de atención primaria. Adicionalmente, en el año 2009 Chu, et al. crearon el grupo transdiagnóstico de terapia conductual de activación (GBAT); destinado a tratar a adolescentes que presentan depresión, ansiedad o ambos diagnósticos en el ámbito escolar. Existe otro grupo de terapia conductual para el bullying (GBAT-B); que se ha elaborado para tratar los problemas de ansiedad y del estado de ánimo que aparecen en secundaria debido al bullying. En el año 2013 se desarrolló un programa en el área preventiva denominado *EMOTION: "coping Kids"*, dirigido a reducir la probabilidad de padecer ansiedad y depresión. Y finalmente, Essau y

colaboradores investigaron la efectividad de un protocolo de prevención transdiagnóstica para los trastornos de ansiedad, al cual denominaron *Super Skills for Life*.

7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de elección para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes en general, y del TAG en particular. Dependiendo del trastorno del individuo varía el periodo del uso del fármaco, por ejemplo, con el TAG el tratamiento puede durar de 6 a 12 meses aproximadamente. Se ha de destacar respecto a este fármaco que tiene algunos efectos secundarios (leves), algunos de ellos pueden ser: dolores de estómago, cefaleas, mareos, vómitos, sequedad de boca, insomnio, problemas gastrointestinales, incremento de la actividad motora etc. También se puede producir como efecto secundario desinhibición, pero es menos común. Se ha de destacar que, si el niño o adolescente que presenta ansiedad se le va a administrar el tratamiento farmacológico, este puede ser especialmente susceptible a los efectos secundarios, ya que puede asociarlos a las sensaciones de ansiedad, esto debería ser explicado antes al sujeto y a sus familiares. Aunque no existen guías específicas de la dosis para el fármaco, se recomienda en algunos artículos que se empiece administrando dosis bajas para ver los efectos secundarios que genera en el sujeto, y posteriormente si es necesario ir subiendo la dosis poco a poco, para ver la tolerancia y la respuesta al tratamiento que tiene el sujeto (Cárdenas, Feria, Palacios y de la Peña, 2010).

Existen estudios que apoyan la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y de los inhibidores de la recaptación de serotonina noradrenalina (IRSN), en jóvenes que manifiestan trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Dentro de los ISRS encontramos dos fármacos concretos, por un lado, está la Sertralina, y por otro lado la Fluoxetina. Mientras que dentro de los IRSN se encuentran otros dos fármacos, uno de ellos es la Venlafaxina y otro es la Duloxetina. A continuación, vamos a comentar dos estudios, en uno de ellos se aplica un ISRS, en concreto la Sertralina, y en otro de ellos se aplica un SNRI, en concreto la Venlafaxina. En el estudio en el cual se les administró a los sujetos Sertralina se observó que habían experimentado mejoras con respecto a los pacientes que se les había administrado un placebo, aunque cabe mencionar que a los pacientes que se les administró el fármaco (Sertralina), tuvieron una serie de efectos secundarios, como mareos, náuseas y dolores abdominales, pero estos efectos no fueron estadísticamente significativos. Un dato importante que se ha de resaltar respecto a la administración de este fármaco, es que los sujetos no tuvieron en ningún momento ideas o intentos de suicidio. En el

estudio en el cual el fármaco que se administró fue la Venlafaxina, en jóvenes que tenían diagnosticado TAG, con edades comprendidas entre 6 y 17 años se observó una mejora significativa respecto al grupo que se le administró el placebo. Pero se ha de destacar que algunos sujetos de este estudio, cuando se les administró el fármaco presentaron ideas suicidas, por lo que se retiraron del estudio (Dobson y Strawn, 2016).

Debemos mencionar respecto a los trastornos de ansiedad en general, que otro tratamiento farmacológico que existe para la población infanto-juvenil son las benzodiacepinas, pero su uso no se ha demostrado eficaz cuando se administra de forma única, es decir, sin otro tipo de tratamiento, como por ejemplo tratamiento psicológico. Además, las benzodiacepinas pueden producir dependencia y un efecto paradójico, es decir, que en vez de actuar como ansiolíticos, produzcan el efecto contrario (ansiedad, agitación, irritabilidad, problemas de sueño y agresividad). Dicho fármaco solo se utiliza con niños y adolescentes cuando lo indica un especialista y cuando este vea que su uso produciría más beneficios que efectos secundarios (Cárdenas et al., 2010).

Finalmente, los ISRS son considerados los fármacos de elección para el tratamiento del TAG en jóvenes, debido a su seguridad y eficacia. (Compton, Kratochvil y March, 2007). Aunque existen datos que argumentan que tanto los ISRS como los IRSN son eficaces y bien tolerados por los jóvenes a los que se les administra dichos medicamentos. (Dobson y Strawn, 2016).

8. CONCLUSIONES

Como hemos podido observar en este trabajo, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tanto en la población infanto-juvenil como en la población adulta se caracteriza principalmente por la ansiedad y la preocupación excesiva, y hemos visto diversos modelos en los cuales se incluyen diferentes factores que explican la aparición de estas dos características, como puede ser: la vulnerabilidad biológica, el estilo educativo de los padres, los rasgos de personalidad, la vulnerabilidad psicológica, la evitación cognitiva, la intolerancia a la incertidumbre, las meta-preocupaciones etc. Respecto a la comorbilidad, hemos podido observar que el TAG es el trastorno que presenta mayor comorbilidad en jóvenes, comparado con otros trastornos de ansiedad, además de encontrarse relacionado con mayor frecuencia con el trastorno depresivo mayor. En relación con la epidemiología, hemos podido ver que la prevalencia e incidencia de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia no está definida claramente, y que en cuanto a las diferencias de sexo que existen tampoco están muy

claras, ya que existen datos contradictorios. Pero del TAG si hemos podido concluir que es el segundo trastorno emocional más diagnosticado en jóvenes después del trastorno de ansiedad por separación, y que la edad media de aparición es de 13 años. En cuanto al tratamiento psicológico de elección y con mayor apoyo empírico para niños y adolescentes es la terapia cognitivo-conductual (TCC), con sus tres elementos: reestructuración cognitiva, exposición y relajación. A la TCC cuando se le suma la participación de la familia, y esta actúa adecuadamente en colaboración con el terapeuta, la eficacia de la terapia suele aumentar. Si el sujeto presenta TAG y comorbilidad con otro trastorno emocional, la eficacia de la terapia puede disminuir pero, aunque disminuya, dicho tratamiento sigue siendo el más efectivo para tratar este tipo de trastornos. Dentro de la TCC hemos visto que existen diversos programas para intervenir con niños y adolescentes que manifiestan TAG, pero de todos los programas mencionados los dos más destacados y de los cuales se han sacado adaptaciones han sido el programa *FRIENDS* y el programa *Coping Cat*. Hemos podido ver que en los estudios en los cuales se han aplicado estos dos programas, la efectividad ha sido probada, y que del programa que existen más aplicaciones ha sido del *Coping Cat*, ya que es el programa que se está empleando actualmente en las intervenciones con jóvenes que presentan TAG. Del *Coping Cat* podemos concluir que demuestra su eficacia tanto en estudios que presentan grupos experimentales y controles, como en estudios que solo presentan el grupo experimental, también en estudios en el cual se aplica a un único sujeto y en estudios en los que interviene activamente la familia; por todo ello se concluye en este trabajo que el *Coping Cat* es el tratamiento y programa de elección para el TAG, ya que es el que muestra más aplicaciones en diversas situaciones. Además, dicho programa también se puede emplear de forma preventiva, al igual que el programa *FRIENDS*. En cuanto a la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica tenemos poca información, ya que actualmente es cuando están surgiendo más investigaciones acerca de esta nueva corriente, pero la poca información que hemos podido obtener a partir de algunos estudios que se están realizando aplicando el transdiagnóstico en jóvenes, es que puede llegar a ser efectiva tanto a nivel grupal como a nivel individual. Finalmente, con respecto al tratamiento farmacológico para el TAG en jóvenes, hemos visto que los fármacos más empleados son los ISRS (Sertralina y Fluoxetina) y los IRSN (Venlafaxina y Duloxetina), pero los más seguros y tolerados por niños y adolescentes serían los ISRS, ya que, aunque tengan algunos efectos secundarios, no producen ideas suicidas, mientras que los IRSN tienen efectos secundarios y pueden generar ideas suicidas.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Calderón, M., Sanz-Rodríguez, L.J., Antequera-Iglesias, J., Muñoz-García, J.J., Alonso-Martín, V., Villacañas-Blázquez, M., Carracedo-Sanchidrián, D. y Carrillo., L. (2018). *Manual CEDE de preparación PIR. Guía de tratamientos*. Madrid: CEDE.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial medica panamericana.
- Aznar-García, A.I. (2014). Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 53-60.
- Bacow, T.L., Pincus, D.B., Ehrenreich, J.T., y Brody, L.R. (2009). The meta-cognitions questionnaire for children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 727-736.
- Bados, A. (2015). *Trastorno de Ansiedad Generalizada Guía para el Terapeuta*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Bados-López, A. (2017). *Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universidad de Barcelona. Material On-line. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/115724>
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Barlow, D.H., Raffa, S.D. y Cohen, E.M. (2002). *Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorders*. En P. Nathan y J. Gorman (Eds), *A guide to treatments that work (2ª ed., pp. 301-335)*. Nueva York: Oxford University Press.

- Behar, E., DiMarco, I.D., Hekler, E.B., Mohlman, J. y Staples, A.M. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *RET, Revista de Toxicomanías* 63, 15-36.
- Cárdenas, E.M., Feria, M., Palacios, L., y de la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Cía, A. (2007). Trastorno de ansiedad generalizada: Actualización diagnóstica y terapéutica, y comentarios sobre el artículo “A Review of Basic and Applied Research on Generalized Anxiety Disorder”. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(1), 29-33.
- Clementi, M.A. y Alfano, C.A. (2014). Targeted behavioral therapy for childhood generalized anxiety disorder: A time-series análisis of changes in anxiety and sleep. *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 215-222.
- Comenche-Moreno, M.I. y Vallejo-Pareja, M.A. (2015). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: DYKINSON-psicología.
- Compton, S.N., Kratochvil, C.J. y March, J.S. (2007). Pharmacotherapy for Anxiety Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review. *Pediatric annals*, 36(9), 586-598.
- De Souza, M., Salum, G.A., Jarros, R., Isolan, L. y Davis R. (2013). Cognitive-Behavioral Group Therapy for Youth with Anxiety Disorders in the Community: Effectiveness in Low and Middle Income Countries. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 255-64.
- Dobson, E.T. y Strawn, J.R (2016). Pharmacotherapy for Pediatric Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Evaluation of Efficacy, Safety and Tolerability. *Pediatric Drugs*, 18(1), 45-53.

- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.
- Etchebarne, I., Juan, S. y Roussos, A.J. (2016). El abordaje clínico de la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada por parte de terapeutas cognitivo conductuales de Buenos Aires. *Anurio Anxia*, 22, 6-22.
- Ewing, D.L., Monsen, J., Thompson, E.J., Cartwright-Hatton, S. y Fiel, A. (2015). A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and Young person anxiety disorders. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(5), 562-577.
- Fong, G. y Garralda, E. (2005). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 4(8), 77-81.
- Franco-Nerín, N., Pérez-Nieto, M.J. y de Dios-Pérez, M.J. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 1(2), 149-156.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R.M., Reales, J.M. y Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 21(3), 147-175.
- García-Vera, M. y Sanz-Fernandez, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes De la investigación a la consulta*. Madrid: Pirámide.
- Ginsburg, G.S. (2009). The child Anxiety Prevention Study: Intervention model and primary outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(3), 580-587.
- González, M., Rovella, A., Barbenza, C. y Rausch, L. (2012). Tendencia a la Preocupación y Tratamiento de Ansiedad Generalizada en adolescentes: contribución diferencial de los procesos cognitivos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(33), 31-50.

- Laugesen, N., Dugas, M.J. y Bukowski, W.M. (2003). Understanding adolescent worry: The application of cognitive model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 55-64.
- Leyfer, O., Gallo, K.P., Cooper-Vince, C. y Pincus, B.D. (2013). Patterns and predictors of comorbidity of DSM-IV anxiety disorders in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 27(3), 306-311.
- Olivares, J. y Méndez, F.X. (2010). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Khaleghi, A., Mohammadi, M.R., Zandifar, A., Ahmadi, N., Alavi, S.S., Ahmadi, A. y Vahed, N. (2018). Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents; in Thehran,2017. *Asian journal of psychiatry*, 37, 146-153.
- Keengan, E. (2007). La ansiedad generalizada como fenómeno: criterios diagnósticos y concepción psicopatológica. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 16(1), 49-55.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., y Eaves, L.J. (1992). Generalized anxiety disorder in women: A population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 267-272.
- Kendler, K.S., Walters, E.E., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., y Eaves, L.J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52, 374-383.
- Kolomeyer, E. y Renk, K. (2016). Family-Based Cognitive-behavioral Therapy for an Intelligent, Elementary School-Aged Child With Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Case Studies*, 15(6), 443-458.
- Kösters, M.P., Chinapaw, M., Zwaanswijk, M., van der Wal, M.F., Utens, E. y Koot, H.M. (2012). Study design of 'FRIENDS for Life': process and effect evaluation of an indicated school-based prevention programme for childhood anxiety and depression. *BMC Public Health*, 12(1), 86-94.

- Mahdi, M., Jhavar, S., Bennett, S. y Shafran, R. (2019). Cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders: What happens to comorbid mood and behavioral disorders? A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 251, 141-148.
- Mardomingo-Sanz, M.J. (2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*. 3(10), 61-71.
- Newman, M.G, Llera, S.J., Erickson, T.M. y Przeworski, A. (2014). Basic science and clinical application of the Contrast Avoidance model in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychotherapy Integration* 24(3), 155-167.
- Newman, M.G. y Anderson, N.L. (2007). Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 7-20.
- Olivares-Rodríguez, J., Piqueras-Rodríguez, J.A. y Rosa-Alcázar, A.I. (2006). Tratamiento Cognitivo-Conductual de una Adolescente con Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Terapia Psicológica*. 24(1), 87-98.
- Orgilés-Amorós, M., Méndez-Carrillo, X., Rosa-Alcázar, A.I. e Inglés-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/Annals of Psychology*, 19(2), 193-204.
- Padilla-Díaz, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 157-163.
- Podell, J.L., Mychailyszyn, M., Edmunds, J., Puleo, C.M. y Kendall, P.C. (2010). The Coping Cat Program for Anxious Youth. The FEAR Plan Comes to Life. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(2), 132-141.
- Rausch, L., Rovella, A., de Barbenza, C.M. y Rodríguez, M.G. (2011). Procesos cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. *Psicología y salud*, 21(2), 215-226.

- Resnik, P. y Cascardo, E. (2001). ¿De qué hablamos cuando hablamos de TAG? Trastorno de Ansiedad Generalizada: Diagnóstico Diferencial Conceptual. *Revista Científica Anxia*, 4, 23-28.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Santacruz, I., Orgilés M., Rosa, A.I., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. y Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: El predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología Conductual*, 10(3), 503-521.
- Tayeh, P., Agámez, P. y Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precop SCP*, 15(1), 6-18.
- Urao, Y., Yoshinaga, N., Asano, K., Ishikawa, R., Tano, A., Sato, Y. y Shimizu, E. (2016). Effectiveness of a cognitive behavioural therapy-based anxiety prevention programme for children: A preliminary quasi-experimental study in japan. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(1), 4-16.
- Vicente, B., Saldivia, S., De La Barra, F., Khon, R., Pihan, R., Valdivia, M. y Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(10), 1026-1035.
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 18-25.
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial medica panamericana.