



TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

Estrella Mesa Masa.

estrellamesa@psicosomatica.net

LA ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los años más importantes en el desarrollo de la vida de una persona son los que trascurren de 0 a 6 años, ya que se establecerán los diferentes procesos cognitivos, hábitos y rutinas de vida (alimentación, sueño, conducta, relaciones sociales...). Debido a que este proceso es determinante, consideramos imprescindible intervenir en él para paliar la posible sintomatología por la que acude a consulta el paciente de forma que al trabajar en ella se obtenga una posible mejora en el desarrollo adulto del mismo. Así, si por ejemplo el niño tiene sintomatología ansiosa en los primeros estadios de su vida podremos conseguir que el control de estos síntomas esté presente en su vida adulta, dado el aprendizaje e intervención que se hace en consulta.

Una característica única de la sintomatología infantil es que, a pesar de tener el nombre general de los trastornos diagnosticados dentro de la Psicopatología general, no coincide de forma exacta con la sintomatología que en ellos aparece, que en la mayoría de los casos hace referencia a periodos de la vida adulta. Por ejemplo, un episodio depresivo en un niño podría expresarse con sintomatología de un problema de conducta, lo que difiere del episodio depresivo adulto caracterizado por síntomas relacionados, casi en su totalidad, con el estado del ánimo. La infancia se distingue por una intensa y prolongada dependencia del medio ambiente y de su contexto. Esto mismo nos lleva a tener siempre en consideración los factores ambientales y educacionales a la hora de realizar una valoración del comportamiento en estas etapas. Así, cuando nos enfrentamos al diagnóstico de un niño hay que reconocer el síntoma, considerar la importancia de éste y su función dentro del desarrollo del niño. Por ello para valorar el desarrollo infantil habría que centrarse en la evolución genética del niño (proceso de maduración y desarrollo) y su ambiente, es decir, valorar la sintomatología, la estructura que tiene, la genética y el ambiente que rodea al niño.

Para concluir, antes de adentrarnos en los trastornos ansiosos en niños y adolescentes, hay que realizar una importante diferenciación entre síntoma, síndrome y trastorno, ya que dentro de la práctica clínica infantil si no se lleva a cabo una distinción entre estos términos, puede conllevar a graves errores diagnósticos.

- **Síntoma:** hace referencia a como se siente el niño en momentos determinados. Este término aparece solo cuando se da un aspecto del síndrome o el trastorno. A lo largo de la vida del niño aparecerán muchos síntomas distintos, en algunos casos serán pasajeros o

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

vinculados a cualquier evento negativo que el niño esté viviendo o haya vivido y en otros casos puede formar parte de un trastorno psicopatológico.

- **Síndrome:** alude a un conjunto de síntomas que ocurren juntos regularmente y no están asociados por casualidad.
- **Trastorno:** posee connotaciones todavía más amplias que el de síndrome, es decir, ya no solo existen un conjunto de síntomas que aparecen de forma conjunta, sino que existe un cuadro clínico característico con un mínimo tiempo de duración (que es lo que determina realmente el trastorno), una historia característica, una respuesta al tratamiento y también determinantes familiares, ambientales, biológicos...

Un ejemplo de lo comentado anteriormente podría ser:

| Síntoma | Síndrome | Trastorno |
|--|--|---|
| Sentirse triste, infeliz, melancólico... | Estado depresivo + pérdida de interés + 9 síntomas primarios (aparecen en los criterios diagnósticos de la depresión). | Síndrome depresivo durante dos semanas que producen un cambio en la actividad normal del niño, no se debe a efectos fisiológicos... |

INTRODUCCIÓN

Señales de alerta

La ansiedad es una emoción que aparece cuando la persona se encuentra en una situación de peligro, sea real o no, por ello las respuestas de ansiedad son reacciones defensivas innatas que el niño tiene dentro de su repertorio de conductas. Este tipo de respuestas le sirven al niño como mecanismo de alerta para prevenir posibles peligros, por lo que cumplen un papel de protección para el niño. Como cita Echeburúa Odriozola (2000): *"La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro. Si esta ansiedad remite a estímulos específicos, se habla propiamente de miedo. (...) El miedo constituye un primitivo sistema de alarma que ayuda al niño a evitar situaciones potencialmente peligrosas; el dolor, en cambio, advierte de un daño inmediato. El miedo a la separación es la primera línea de defensa..."*.

En los niños este tipo de respuestas situacionales se dan con mucha frecuencia ya que de forma instintiva el niño quiere descubrir y explorar el entorno que le rodea por lo que la ansiedad podría asemejarse a un protector que le evita cierto tipo de situaciones que entrañen peligro. Podemos encontrar que existen ciertos tipos de miedos claves en la evolución del

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

hombre, y mayormente se encuentran en el proceso madurativo del niño, como son: miedo a los animales, a los daños y a la separación, siendo este último el mayor foco de ansiedad en los niños pequeños.

Evolutivamente podemos encontrar una serie de miedos y temores más frecuentes (tabla 1.1) en los niños. A medida que el niño crece y evoluciona en su desarrollo madurativo sus miedos van desapareciendo o cambiando por otros acordes a su edad.

Tabla 1.1

Miedos evolutivos más frecuentes en el desarrollo infantil.

| Edad | Miedos evolutivos |
|------------|--|
| 0-1 años | a Estímulos intensos y desconocidos. Personas extrañas |
| 2-4 años | Animales y tormentas |
| 4-6 años | Oscuridad. Brujas y fantasmas. Catástrofes. Separación de padres. |
| 6-9 años | Daño físico. Ridículo |
| 9- 12 años | Accidentes y enfermedades. Mal rendimiento escolar. Conflicto entre los padres |
| 12-18 años | Relaciones interpersonales. Pérdida de autoestima. |

Las respuestas ansiosas, a pesar de resultar adaptativas, en ocasiones son incontrolables llegando a ser una causa de sufrimiento y descontrol para los niños que la experimentan. La ansiedad se convierte en un problema cuando surge en momentos en los que no hay peligro real, o cuando persiste después de que la situación de estrés ha desaparecido (Butler, 1995). Este tipo de casos se da en niños que presentan algún tipo de trastorno de ansiedad ya que las respuestas de activación ansiosas aparecen en situaciones de peligros inexistentes. Estas situaciones se ven agravadas por el recuerdo y la propia experiencia del niño, es decir, dado el aprendizaje que ya tienen los niños anticipan la aparición de un posible peligro que realmente no existe llegando incluso a provocar miedos y fobias. Por ello ¿Cuándo los miedos infantiles dejan de ser transitorios y se convierten en fobias? Las fobias son una forma especial de miedo que se caracterizan por:

- Son desproporcionados con respecto a la situación que desencadena el miedo.
- No pueden eliminarse racionalmente.
- Se encuentran más allá del propio control voluntario del niño
- No son específicas de un grupo de edad específico.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

- Son de larga duración
- Interfieren en la vida diaria del niño.

Criterios diagnósticos del DSM-V

Según el sistema de clasificación DSM-V (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014) existen ocho tipos de trastornos de ansiedad característicos de la infancia y la adolescencia (mutismo selectivo, ansiedad por separación, fobia específica, ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad no especificado). En estos casos la ansiedad está vinculada a situaciones muy concretas, como en los dos primeros casos y en el último caso se considera un tipo de ansiedad inespecífica que surge ante situaciones muy variadas.

Diagnóstico diferencial

La ansiedad puede cursar con distintos tipos de trastornos. En muchas ocasiones cuando el motivo de consulta, por el que el paciente solicita ayuda psicológica, es ansiedad, puede ocurrir que verse con otra sintomatología distinta. Encontramos que son característicos los síntomas depresivos en muchos casos de niños, tendiendo a hablar de trastornos emocionales. Normalmente estos dos tipos de sintomatologías cursan en fobias escolares y ansiedad por separación ya que se ha comprobado como este tipo de cuadro clínico presenta frecuentemente síntomas depresivos y el tratamiento farmacológico que se usa son antidepresivos.

La presencia de sintomatología depresiva en trastornos de ansiedad no se centra únicamente en la ansiedad por separación, sino que en todos los trastornos de ansiedad hay un número significativo de pacientes (25%-30%) que presentan esta sintomatología dual (Echeburúa, 2000). Por ello se puede decir que la ansiedad y la depresión tienden a cursar simultáneamente en los trastornos de ansiedad y que esta comorbilidad es aún mayor en el caso de la ansiedad por separación o fobia escolar (Toro, 1991, citado en Echeburúa 2000).

Según afirma Sandín (1997), *"...podríamos decir que durante la infancia y adolescencia la ansiedad y la depresión tienden a darse de forma conjunta. Esta coocurrencia no solo tiene claras implicaciones clínicas [...] también tiene repercusiones sobre otras facetas de la vida del niño/adolescente, tales como las actividades académicas, pues existe evidencia de que las dificultades escolares y el rechazo escolar se vinculan de forma muy particular a la coocurrencia de síntomas de ansiedad y depresión"*.

Esta comorbilidad entre síntomas depresivos y ansiosos suele dar lugar a confusión ya que se consideran como componentes de una única dimensión (Tabla 1.2). A este hecho se le conoce como afectividad negativa (Finch et al., 1989, citado en Sandín, 1997) en la que la ansiedad a veces precede a la depresión en el tiempo y que ambas tienen una base neurofisiológica asociada en el funcionamiento de las monoaminas (Gray, 1982, citado en Sandín, 1997).

Tabla 1.2

Síntomas específicos y síntomas comunes de la ansiedad y la depresión.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

| Tipo de síntoma | Específicos de la depresión | Específicos de la ansiedad | Comunes a la ansiedad y depresión. |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--|
| <i>Afectivo</i> | Bajo afecto positivo | Miedo | Afecto negativo |
| | Tristeza | Preocupación excesiva | Irritabilidad |
| | Sentimiento de culpa | Tensión elevada | Llanto |
| <i>Somático</i> | Anhedonia física | Tensión muscular | Agitación/ inquietud |
| | Pérdida de apetito | Hiperactivación simpática | Insomnio |
| | Hipoactivación simpática | | |
| <i>Conductual</i> | Anhedonia social | Hiperactividad | Baja actividad |
| | Retardo psicomotor | Evitación | Bajar energía |
| | Actos suicidas | | Desorganización y déficits Pobre habilidades sociales |
| <i>Cognitivo</i> | Desesperanza | Incertidumbre | Indefensión |
| | Percepción de pérdida | Percepción de amenaza | Concentración pobre |
| | Percepción de fracaso | Percepción de peligro | Autoevaluaciones negativas |
| | Ideas suicidas | Hipervigilancia | Baja autoconfianza |
| | Pensamiento negativo global | Pensamiento negativo específico | Baja autoestima |
| | Pensamiento absolutista | Pensamiento negativo de inseguridad | Rumiación |

Nota: Extraído de Sandín (1997), elaborado a partir de Alloy et al. (1990), Gotlib y Cane (1989), Sandín y Chorot (1995) e Ingram y Malcarne (1995).

EVALUACIÓN

Entrevista

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad suele realizarse siguiendo los criterios clínicos del DSM-V, citados anteriormente, pero para que el diagnóstico tenga un mayor grado de fiabilidad se requiere la aplicación de algún tipo de recogida de información. Para ello se realiza inicialmente una entrevista estructurada o semi-estructurada. La idea principal que se

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

debe tener en cuenta para proceder a la evaluación de los trastornos de ansiedad es que es imprescindible tomar en consideración la información procedente del niño y la de los adultos y también es importante saber que en la mayoría de los casos la información obtenida por ambas partes no suele coincidir.

A la hora de realizar la entrevista es necesario profundizar en el apartado de la sintomatología ansiosa para determinar qué tipo de trastorno presenta el paciente. Para ello, dado que los trastornos de ansiedad abarcan un gran número de situaciones y sintomatología, sería adecuado hacer uso, durante la entrevista, de una escala clínica de estimación que permita al psicólogo obtener información directamente del niño o adolescente sobre grupos sintomatológicos específicos. En el **anexo 1** se ofrece la escala de evaluación SCARED adaptada (Screen for children anxiety related emotional disorders) (Cárdenas et al., 2010) que nos permitirá trabajar mejor en consulta con el paciente realizando un análisis más en profundidad de las necesidades del mismo. En el caso de adolescentes sería adecuado que ellos mismos rellenaran la escala, pero al tratarse de niños es aconsejable que el profesional formule las preguntas de la evaluación en función de los ítems que aparecen en la misma.

Pruebas psicológicas

Además de utilizar la entrevista como un método de recogida de datos, las pruebas psicológicas también son un criterio fiable de recogida de información para el caso que nos ocupa. Los principales instrumentos de evaluación de los trastornos de ansiedad en la infancia son:

- Inventario de ansiedad estado/rasgo para niños (STAIC): este tipo de inventario se puede administrar de forma individual o colectiva a niños de 9 a 15 años, con una duración de 15 a 20 minutos. Originalmente fue diseñado para medir una dimensión estable de personalidad (la ansiedad como rasgo) pero incluye una escala de estado que permite detectar las conductas de ansiedad en la situación actual del niño. El STAIC permite la obtención de las puntuaciones de ambas escalas por separado.
- Cuestionario de ansiedad infantil (CAS): es un cuestionario aplicable de forma individual o colectiva a niños entre 6 y 8 años. El tiempo de aplicación oscila entre 20 y 30 minutos. Este cuestionario permite apreciar el nivel de ansiedad en los primeros años de la infancia. Lo interesante de este cuestionario es que sirve como diagnóstico precoz de la ansiedad infantil, que puede hacer vulnerable al niño a padecer trastornos emocionales y de conducta en la adolescencia.
- Escala de ansiedad manifiesta infantil (CMAS): esta escala permite detectar la tendencia a experimentar ansiedad habitualmente. Aunque originalmente se usó con niños de entre 9 y 11 años, se ha aplicado también a niños más mayores. Se trata de un autoinforme que está diseñado para valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

- Inventario de miedos¹: se trata de un inventario pensado para ser cumplimentado por los padres de niños de 4 a 9 años. La función de los padres es responder a cada uno de los ítems en base a la presencia e intensidad del miedo que experimentan sus hijos.
- Cuestionario PANAS para niños y adolescentes (PANASN): se trata de un autoinforme de 20 elementos. Diez ítems evalúan el afecto positivo (p.ej., «Soy una persona animada, suelo emocionarme») y otros diez el afecto negativo (p.ej., «Me siento nervioso»). El cuestionario es cumplimentado por el niño/adolescente teniendo en cuenta la manera en que éste se siente y/o comporta habitualmente, siguiendo una escala de tres alternativas de respuesta.
- Inventario de estrés cotidiano infantil (IECI): se centra en la evaluación de los estímulos estresores y de las respuestas psicofisiológicas, emocionales, cognitivas o conductuales que se emiten en la infancia al sufrir la acción de dichos estresores. El IECI es, por tanto, una herramienta indicada para la detección del estrés, con objeto de realizar acciones de prevención e intervención en la escuela y en la clínica. Su aplicación puede ser individual o grupal en edades comprendidas entre 6 y 12 años con una duración máxima de 25 minutos.

Además del conjunto de pruebas específicas o generales para los trastornos de ansiedad es aconsejable pasar otro tipo de pruebas para hacer más completa la evaluación realizada como, por ejemplo:

- Cuestionario de personalidad (EPQ-J): este cuestionario tiene por objetivo medir tres dimensiones básicas de la personalidad, así como la tendencia a la conducta antisocial. Se puede aplicar individual o colectivamente en niños de entre 8 y 15 años durante 20 y 30 minutos. La dimensión de inestabilidad emocional está relacionada con la ansiedad.
- Test auto-evaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI): está destinado a la apreciación del grado de adaptación, ofreciendo subfactores que permiten determinar las raíces de la inadaptación. También incluye la evaluación de las actitudes educadoras de los padres. Es de aplicación individual y colectiva, desde los 8 a los 18 años con una duración variable, de 30 a 40 minutos.
- Inventario del comportamiento infantil (CBCL)²: tiene como objetivo recoger la descripción que hacen los padres de las conductas del niño. Este registro lo pueden realizar

¹ Son cuestionarios que se le proporcionan a los padres para que informen sobre la conducta del niño.

² Son cuestionarios que se le proporcionan a los padres para que informen sobre la conducta del niño.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

juntos o separados. Este tipo de inventarios son usados para niños de 4 a 16 años. Hay una variante de este inventario que es el "*Inventario de comportamiento infantil para Maestros (CBCL-TRF)*", que debe ser cumplimentado por los profesores en base a los dos últimos meses del comportamiento del niño.

- Cuestionario educativo-clínico, ansiedad y depresión (CECAD): cuestionario destinado a evaluar los trastornos internalizados o trastornos de la emoción, como la ansiedad y la depresión. Se puede aplicar de forma individual o grupal a partir de 7 años de edad con una duración de entre 10 y 20 minutos.

Como afirma Echeburúa (2000), "*la utilización conjunta de los cuestionarios de niños y de los cuestionarios de informantes (padres y/o profesores), junto con la entrevista con el niño, la historia evolutiva, la observación clínica de padres y niños y la información suministrada por la escuela, posibilitan una exploración psicológica integrada que permite establecer posteriormente un programa de intervención*".

TRATAMIENTO

Pautas generales

Los padres y el resto de la familia juegan un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad en los niños y adolescentes. Es recomendable ofrecer una serie de pautas a los familiares más cercanos, y sobre todo a los que conviven con el paciente, para que existan un consenso en cuanto a la forma de actuación frente a la sintomatología del niño o adolescente y que de este modo exista una mejora en el tratamiento.

Una vez que se ha realizado un diagnóstico y se conoce con profundidad la sintomatología específica que presenta el paciente es aconsejable explicar de forma clara esa información a los padres y familiares del paciente. En algunos casos es recomendable que el propio niño sea el que exprese a los padres los síntomas que tiene de forma que se le permita explicarse con sus propias palabras cual es la sintomatología que tiene y cómo se siente.

Otro aspecto importante es la necesidad de fomentar la comprensión y el apoyo de forma que los padres no presionen al paciente en su evolución en el tratamiento y no lo hagan responsable de sus síntomas (Cárdenas et al., 2010).

Para finalizar ofrecemos un listado de recomendaciones que se pueden dar a los padres para que exista un mejor funcionamiento en el contexto familiar:

- Mantener la rutina del niño/adolescente sobre todo en sueño y comida
- Evitar separaciones innecesarias
- Mantener un ambiente calmado y cercano en presencia del niño
- Facilitar el encuentro con sus amigos.
- Ayudarlos a poner nombres simples a sus sentimientos.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

- Tener conversaciones con ellos en las que se hable de lo que le produce ansiedad, ajustándose siempre a la edad del niño.

INTERVENCIÓN

Para poder llevar a cabo el tratamiento de los trastornos de ansiedad hay que tener en cuenta las características de personalidad del paciente con el que trabajemos, ya que no todas las técnicas pueden extinguir o mejorar los síntomas ansiosos de todos los pacientes en los que los llevemos a la práctica. No existe una receta mágica para mejorar la sintomatología sino una buena puesta en práctica de las técnicas que a continuación exponemos.

Aserción encubierta

Este tipo de técnica ayuda a reducir la ansiedad a través de la interrupción del pensamiento y la sustitución de este por otro más adecuado.

Debemos explicarle al paciente que cuando sea consciente de que está teniendo un pensamiento que sabe que le puede producir emociones negativas, porque en situaciones anteriores ha sido así, debe interrumpir dicho pensamiento utilizando palabras como "para", "stop" o llevando a cabo alguna conducta que al propio paciente le ayude a interrumpir dicho pensamiento. Una vez que se haya parado el pensamiento negativo el paciente debe repetirse uno que sea positivo siempre habiendo sido trabajado previamente en consulta, ya que debe ser un pensamiento realista y constructivo para el niño o adolescente.

Este tipo de técnicas se puede trabajar hasta un máximo de siete días para que el paciente llegue a tener un dominio de la técnica. Para el entrenamiento en consulta se llevan a cabo los siguientes pasos:

1. Identificar pensamientos estresantes y negativos.
2. Elegir un pensamiento de esos que se han identificado e imaginarlo, sentirlo y "visualizarlo".
3. Cuando ya haya imaginado dicho pensamiento y esté pasando de la imaginación a la realidad (esto se observa cuando el paciente comienza a ponerse intranquilo, empieza a tener síntomas somáticos típicos de la ansiedad...) dejar que permanezca así durante 2 minutos y después gritar "STOP".
4. Una vez que se ha hecho la detención del pensamiento el paciente debe levantarse de la silla e intentar caminar para relajarse y dejar la mente en blanco o visualizar imágenes positivas (ya que poner la mente en blanco puede resultar difícil en la terapia con niños). durante 30 segundos.
5. En el caso de que reapareciera el pensamiento deben seguirse las mismas indicaciones.

Control de los pensamientos negativos

Se trata de una técnica sencilla para controlar las emociones cuyo objetivo es equilibrar los pensamientos negativos que tiene el paciente que pueden dar lugar a posibles angustias. Es

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

decir, consiste en frenar los pensamientos negativos antes de que lleguen a producir algún tipo de sintomatología ansiosa.

Terapia racional emotiva

Suele ocurrir que cuando una persona experimenta determinada situación, la valore de una forma subjetiva en función de sus sentimientos, experiencias y creencias previas. En numerosas ocasiones dichas valoraciones son irracionales y equivocadas dando lugar a un comportamiento determinado por parte de la persona, por ello es correcto decir que nuestras reacciones y emociones no están generadas directamente por los acontecimientos, sino por la evaluación e interpretación personal que realicemos con respecto a ellos. Por ello esta terapia consiste en reemplazar esas creencias inapropiadas por creencias apropiadas y racionales. Es importante ser muy cuidadosos en el trabajo con pacientes de poca edad y conseguir adaptar esta técnica a sus necesidades y capacidad de comprensión.

El método principal para hacer esto se llama refutación o debate y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana. Es decir, si nuestros pensamientos son los responsables de nuestras emociones negativas inadecuadas, podemos sentirnos mejor si aprendemos a pensar por medio de un método científico, es decir, considerar que dichas creencias son hipótesis y habrá que determinar si son válidas (racionales o no) antes de aceptarlas como un hecho irrefutable. Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Descubrir las creencias que están en la base de los problemas y ver claramente que son ilógicas, no realistas y que causan malestar.
2. Aprender a debatir esas creencias y demostrarse a sí mismo cómo y por qué no están claras.
3. Discriminar las creencias irracionales de las racionales, mostrando cómo estas últimas conducen a mejores resultados. Cambiar las creencias irracionales por creencias racionales.

Además de la discusión pueden utilizarse otras técnicas de pensamiento que ayuden a cambiar los modos inapropiados de interpretar la realidad. A veces, también puede ser necesario enseñar técnicas para afrontar el estrés, entrenamiento en resolución de problemas, técnicas de comunicación, etc. A continuación, mostramos un ejemplo para dar más claridad a la técnica:

→ Ejemplo: Un paciente se da cuenta de que la gente se ríe y se siente ansioso, deprimido y empieza a alejarse de ellos. Entre sus pensamientos se encontraron los siguientes: "Esta gente se está riendo de mí, en cuyo caso soy un tonto". "Si se están riendo de mí es terrible. Hablarán mal de mí y perderé a todos mis amigos". Ante la primera de estas creencias se preguntó: "¿Dónde está la evidencia de que se estén riendo de mí? Y si lo están haciendo, ¿por qué eso me convierte en un tonto?" (discusión). Después de la discusión logró cambiarla por la siguiente creencia racional: "No hay ninguna evidencia de que se estén riendo de mí. Pueden estar riéndose por otras muchas cosas e incluso si estoy actuando tontamente eso no me convierte en un tonto". Esto hizo que se sintiese mejor y disminuyeran su ansiedad y

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

depresión. Con el tiempo y la práctica, estos pensamientos más realistas acaban apareciendo automáticamente y sustituyendo a los anteriores.

Técnica de imaginación racional emotiva

Consiste en modificar los pensamientos que el paciente desarrolla en base a alguna situación que vive, pero llevando a cabo este entrenamiento con la imaginación. Para ello el paciente deberá relajarse e imaginar un suceso cualquiera que le pueda llegar a producir pensamientos negativos y preguntarle los sentimientos que le produce. Buscar pensamientos alternativos a esos irracionales que ha tenido.

Técnicas de exposición

Consiste en exponer al paciente a los estímulos que le provocan miedo (fobia) hasta que la ansiedad remita de forma significativa sin que tenga lugar la conducta de escape y evitación. Este tipo de técnicas se puede realizar en vivo o en imaginación, siendo la primera mucho más eficaz que la segunda.

- **Desensibilización sistemática:** está indicada para aquellos pacientes a los que alguna situación le produce altos niveles de estrés y ansiedad hasta el punto de querer evitar dicha situación para no sufrir las consecuencias. Esta técnica consiste en exponer al paciente de forma gradual frente a la situación, para ello previamente se realizará una lista con 15- 20 ítems sobre elementos relacionados con la situación ansiógena los cuales se le irá mostrando en orden creciente en cuanto al nivel de ansiedad que le pueden llegar a provocar. Los pasos que debemos seguir para la puesta en práctica de la técnica son:
 1. Explicar al paciente en qué consiste la técnica y el tiempo que nos llevará aplicarlo.
 2. Le explicaremos la técnica de relajación muscular progresiva (explicada más adelante).
 3. Una vez dominada la técnica de relajación se elaborará una lista de 15 - 20 ítems, propuestos por el sujeto y que tengan relación con la situación que le produce ansiedad. Dichos ítems deben estar ordenados de forma creciente en cuanto a la ansiedad que le producen.
 4. Fase de exposición de los ítems: el paciente debe estar totalmente relajado (lo sabremos porque nos lo indicará levantando un dedo de la mano derecha). Si durante la exposición el paciente siente altos niveles de ansiedad nos lo indicará levantando un dedo de la mano izquierda. Cuando esté totalmente relajado se le pedirá que imagine el primer ítem de la lista durante unos 10 - 20 segundos, una vez transcurrido el tiempo le pediremos que nos indique el nivel de ansiedad que ha experimentado y deberá relajarse de nuevo para pasar al siguiente ítem. Cada ítem será presentado tantas veces sea necesario hasta que el paciente indique que no le produce ninguna ansiedad.

Nota: las sesiones deben finalizar con un ítem superado, es decir, un ítem que no le produzca ansiedad alguna y en la siguiente sesión se comenzará a trabajar con dicho ítem.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

Relajación progresiva

Debemos tener en cuenta que la sintomatología ansiosa en muchas ocasiones da lugar a síntomas físicos visible a todo el mundo y en especial produce cierta tensión que puede llegar a causarle molestias al niño, como por ejemplo dolores de cabeza, de espalda, sentimientos de cansancio.

La relajación no es algo que se adquiera de forma espontánea, sino que necesita un entrenamiento riguroso para que el paciente sea capaz de llevarlo a cabo sin la ayuda del terapeuta. De esta forma debemos enseñarle al paciente a relajar completamente el cuerpo de forma que, a través del entrenamiento, la duración de las sesiones sea más cortas, significando ello que el paciente es capaz de relajarse con más facilidad y más rápidamente para que finalmente sea capaz de ponerlos en prácticas en situaciones que le produzcan ansiedad.

Para proceder al entrenamiento en relajación se debe elegir un espacio adecuado, sin ruidos, con una temperatura agradable, en un sillón, sofá, colchoneta... que le permita al paciente una postura cómoda y sobre todo que no haya nada (prenda de ropa, pulseras, gafas...) que entorpezca la relajación.

La técnica de la relajación consiste en tensar los distintos grupos de músculos que tenemos en el cuerpo durante unos segundos para luego destensarlos y dejar que repose por un tiempo que sea al menos cinco veces superior al momento de tensión, por ejemplo, si le pedimos al niños o adolescente que apriete los puños durante 5 segundos, el tiempo que debería estar, posteriormente, con los músculos relajados sería de 25 segundos (cinco veces superior al momento de tensión). Una de las técnicas de relajación que podría usarse consistiría en:

- Subir las cejas hasta arriba, arrugando la frente.
- Cerrar fuerte los ojos, arrugando la nariz.
- Apretar fuerte los dientes.
- Apretar los labios.
- Apoyar la lengua contra el paladar.
- Girar el cuello.
- Encoger los hombros.
- Estirar los brazos hacia adelante (perpendicular al cuerpo) con las palmas de las manos hacia arriba.
- Apretar los puños.
- Poner duro el estómago.
- Encoger las nalgas.
- Levantar las dos piernas a la vez.
- Levantar las dos piernas a la vez, con las puntas de los pies hacia adelante.
- Levantar las dos piernas a la vez, con las puntas de los pies apuntando hacia la cara.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

Es importante facilitarle al paciente un registro de relajación para que éste pueda llevar a cabo la técnica de forma individual, para que de este modo nos resulte más fácil ir enseñándole la técnica en consulta al tener registrado el entrenamiento personal que lleva. Pueden observarse dos modelos distintos en los **anexos 2 y 3**. Es importante tener en cuenta que cuando se trata de niños pequeños requeriremos de la ayuda de sus familiares para este tipo de entrenamiento, siendo el adulto que el registre la actividad.

Una vez conocida la técnica de forma general (para trabajarla con pacientes adultos o niños) pasamos a contar la importancia que tiene esta técnica dentro del tratamiento en terapia infantil. Durante el primer año de vida, el bebé suele tranquilizarse mucho si siente a la madre cerca, hay contacto físico o se le balancea suavemente en sus brazos o en la cuna. También el hablarle o cantarle en tono suave y relajado propicia la transición hacia el sueño o un estado más calmado. Sin duda, todos estos recursos ya constituyen formas de relajación natural y universal.

Desde los dos años y medio, y en paralelo al aumento de la capacidad de los niños para empezar a comunicarse verbalmente, cuando podemos introducir, si lo consideramos necesario, alguna actividad de relajación más estructurada.

En la siguiente tabla exponemos las diferentes técnicas de relajación según la edad para pasar después a una explicación de las mismas.

Tabla 3.1

Técnicas de relajación según la edad del paciente.

| EDAD | TIPO DE RELAJACIÓN |
|------------------------------------|--|
| Primera infancia (2,5 a 6 años) | Se inicia la relajación básicamente como un juego. |
| Infancia (de 7 a 9 años) | En esta etapa pueden introducirse técnicas más estructuradas. Recomendamos probar con la progresiva (tensión-distensión). Hay que adaptar la técnica a la edad del niño. |
| Preadolescencia (10 a 12 años) | En esta edad debemos actuar según las preferencias naturales del niño. Si no se ha familiarizado antes con estas técnicas, aconsejamos probar con todas ellas para averiguar la que se adapta mejor al niño. |
| Adolescencia (13 a 17 años) | En esta etapa es importante que el niño consolide el hábito de aplicar las diferentes técnicas por él mismo y según sus necesidades. A esta edad puede utilizar cualquiera de las técnicas o combinación de ellas que le resulten agradables o más fáciles de manejar. |

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

➤ Primera infancia (de 2,5 a 6 años): en esta etapa hablaríamos de “juegos de relajación” más que de técnicas, y más que un juego, la técnica debe ser tomada por el niño como tal, si no disfruta como si estuviera jugando probablemente la técnica no tenga el éxito que nos planteamos inicialmente. Con los más pequeñitos, nos ayudará tener un entorno tranquilo, silencioso. Podemos trabajar la relajación justo antes de empezar a dormir, en la cama, y facilitarle así el sueño. La forma en que debemos aplicarla es básicamente a través de los cuentos en los que el personaje realice conductas de relajación y de excitación, por ejemplo, mover lentamente los brazos, respirar rápidamente, permanecer quieto, dar saltos... buscando siempre que el niño tenga que imitar ciertos comportamientos antagónicos (lento-rápido; ruido-silencio; tenso-relajado, etc). A medida que se va haciendo mayor podemos introducir imágenes y sensaciones, por ejemplo, que el niño piense en sus colores, juguetes, situaciones o personas favoritas que le ayudan a sentirse bien y, también, instrucciones del tipo “Estas muy relajado y tranquilo” o “Nota como sientes un calorcito muy agradable en tus brazos o piernas...”.

➤ Infancia (de 7 a 9 años): En esta etapa podemos ir dejando los cuentos para centrarnos en instrucciones más estructuradas. La idea es seguir trabajando la diferenciación entre tensar y relajar de los diferentes grupos musculares, el control de la respiración, y las sensaciones de calor, pesadez, etc. Podemos hacerlo en la cama por la noche o también utilizando un sofá, un asiento cómodo, etc. Lo importante es hacerlo en momentos del día tranquilos. El niño debe interiorizar que cuando está nervioso, cuando tiene miedo o simplemente está enojado, parte de sus músculos están tensos y todo él está activado. Reconocer estas sensaciones es el primer paso para poner en marcha las estrategias trabajadas de relajación y tratar de tomar él mismo el control de la situación. Debemos también trabajar en el sentido de que el niño practique por él mismo la relajación en los momentos en los que esté especialmente nervioso a lo largo del día.

➤ Preadolescencia (10 a 12 años) y adolescencia (13 a 17 años): A estas edades las técnicas de relajación preferidas por los niños ya están muy bien definidas si se han trabajado con anterioridad, en el caso de empezarlas a trabajar ahora, es necesario probar un poco con todas ellas para averiguar la que se adapta mejor al niño. Ahora el objetivo debe ser que el niño sea capaz de aplicar en su vida cotidiana los recursos que le hemos ido enseñando.

Respiración abdominal o diafragmática

Este tipo de técnicas en muchas ocasiones terapéuticas va relacionado con la relajación, ya que lo que se consigue con este tipo de respiración es un mayor grado de relajación, a la par de conseguir un mejor manejo de la ansiedad.

Para llevar a cabo este tipo de técnica hay que inspirar por la nariz, produciendo un movimiento parecido al “sacar barriga” (el diafragma baja) manteniendo el aire en los pulmones durante unos segundos para, posteriormente, ir soltándolo poco a poco por la boca.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

Técnicas de modelado

Este tipo de técnicas están fundamentadas en el aprendizaje y la modificación de conducta en base a la observación, por parte del paciente (observador), de un modelo de comportamientos adecuados. Los modelos que se usan en la terapia de los trastornos de ansiedad en la infancia son niños o adolescentes de una edad similar a la del paciente. Existen distintos tipos de modelado:

- Modelado simbólico: el paciente ansioso tiende a observar en videos o películas a otros niños o adolescentes (en función de la edad del paciente) que interactúan con estímulos a los que él teme y que disfrutan con dicha interacción en lugar de tener reacciones de miedo, como ocurre en el caso del propio paciente.
- Modelado encubierto: en este caso el paciente debe imaginar una serie de situaciones que le provoquen ansiedad, a continuación, imagina que esta situación la está viviendo una persona importante para él (jugador de deporte, héroe de dibujitos...) y finalmente debe imaginar que ambos están juntos enfrentando esa situación que tanta ansiedad le provoca al paciente.
- Modelado no participante: en esta ocasión el paciente observa a un adulto o a otro niño/adolescente que se enfrenta gradualmente a los estímulos que él mismo teme, sin experimentar ningún tipo de consecuencia negativa.
- Modelado participante: en este tipo de técnica el modelo (en la mayoría de los casos el terapeuta) realiza tareas ansiosas de forma progresiva e incita al paciente, que es el observador, para que repita las mismas tareas que él, haciendo de guía para el niño y reforzándolo. En definitiva, consiste en ir realizando tareas o acercamiento a los estímulos fóbicos de forma gradual por parte del terapeuta (modelo) y que el niño vaya copiando las mismas conductas.

Práctica reforzada

En casi todas las técnicas el objetivo es eliminar las respuestas de ansiedad, pero en este tipo de técnica el terapeuta se marca como objetivo, mediante el refuerzo, que el paciente adquiera nuevas conductas adaptativas que sean incompatibles con la posible conducta ansiosa. Es decir, se trata de enseñar al niño o adolescente una conducta nueva y apropiada de enfrentamiento a los estímulos temidos mediante aproximaciones sucesivas.

Autoinstrucciones

Este tipo de técnicas permite al paciente llevar a cabo un acercamiento con el estímulo ansiógeno facilitándose a él mismo instrucciones positivas que puedan llegar a evitar la presencia de ansiedad en dicha situación. Para ello se utilizan cinco fases distintas:

- *Modelamiento cognitivo*: el terapeuta se aproxima al estímulo ansiógeno mientras habla en voz alta a sí mismo sobre la forma de afrontarlo.
- *Dirección externa abierta*: ahora el paciente es el que ejecuta la acción como lo ha hecho anteriormente el psicólogo.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

- *Autodirección abierta*: el paciente realiza la tarea mientras se instruye de forma positiva a sí mismo en voz alta.
- *Autodirección abierta-extenuada*: el paciente se dice a sí mismo las instrucciones en voz baja a la vez que ejecuta la tarea.
- *Autoinstrucciones encubiertas*: el niño o adolescente realiza la tarea guiando su ejecución con verbalizaciones privadas, es decir, ya no las realiza en voz alta, sino que ahora las interioriza.

CONCLUSIONES

Dentro de consulta, el trabajo a realizar con un niño no debe centrarse únicamente en la labor del psicólogo, sino que hay que tener en cuenta la opinión y colaboración de múltiples profesionales que puedan ayudarnos de forma directa para conseguir unos resultados óptimos en la intervención.

Muchos son los profesionales que se encargan del ámbito infantil, el trabajo que cada uno de ellos pueda realizar con el/la paciente en un momento determinado puede ser beneficioso en nuestros objetivos. Así mismo existen muchos trastornos o síntomas que requieren de la revisión y diagnóstico de especialistas del área, que están fuera del alcance de la labor del psicólogo, por lo que tener un buen equipo de trabajo es positivo y beneficioso para el desarrollo y evolución del paciente. En muchas otras ocasiones es aconsejable hacer uso de una segunda opinión de otro profesional, ya que, teniendo en cuenta que nunca nos encontraremos dos diagnósticos y pacientes iguales en consulta, podríamos encontrarnos casos que nos planteasen dudas.

ANEXO 1

Nombre:..... Edad:..... Sexo:.....

Fecha:.....

Instrucciones: Por favor lee con cuidado y marca con una X la casilla que consideres correcta en función de tus últimas dos semanas.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

| | | Nunca | Algunas veces | Siempre |
|----|--|-------|---------------|---------|
| 1 | Cuando tengo miedo no respiro bien. | | | |
| 2 | Cuando estoy en el colegio me duele la cabeza. | | | |
| 3 | Me molesta estar con personas que no conozco. | | | |
| 4 | Cuando duermo en una casa que no es la mía siento miedo. | | | |
| 5 | Me preocupa saber si le caigo bien a las personas | | | |
| 6 | Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar. | | | |
| 7 | Soy nervioso(a). | | | |
| 8 | Sigo a mis padres a donde van ellos. | | | |
| 9 | Las personas me dicen que me veo nervioso(a). | | | |
| 10 | Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco. | | | |
| 11 | Cuando estoy en el colegio me duele la barriga. | | | |
| 12 | Cuando tengo mucho miedo siento que me voy a volver loco(a). | | | |
| 13 | Me siento preocupado(a) cuando duermo solo(a). | | | |
| 14 | Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños, por ejemplo, en el colegio. | | | |
| 15 | Cuando tengo mucho miedo siento como si las cosas no fueran reales. | | | |
| 16 | Por las noches sueño que cosas malas le van a pasar a mis padres. | | | |
| 17 | Me preocupo cuando tengo que ir al colegio. | | | |
| 18 | Cuando tengo mucho miedo mi corazón late muy rápido. | | | |
| 19 | Tiemblo. | | | |
| 20 | Por las noches sueño que me va a ocurrir algo malo. | | | |
| 21 | Me preocupa pensar como me van a salir las cosas. | | | |
| 22 | Cuando tengo miedo sudo mucho. | | | |
| 23 | Me preocupo mucho. | | | |
| 24 | Me preocupo sin motivos. | | | |
| 25 | Estar solo(a) en casa me da miedo. | | | |
| 26 | Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco. | | | |
| 27 | Cuando tengo miedo siento que no puedo tragar. | | | |
| 28 | Las personas dicen que me preocupo mucho. | | | |
| 29 | No me gusta estar lejos de mi familia. | | | |
| 30 | Tengo miedo de tener ataques de pánico. | | | |
| 31 | Me preocupa pensar que algo malo les pase a mis padres. | | | |
| 32 | Me siento tímido con personas que no conozco. | | | |
| 33 | Me preocupa que pasará conmigo cuando sea mayor. | | | |
| 34 | Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar. | | | |
| 35 | Me preocupa saber si hago las cosas bien. | | | |
| 36 | Me da miedo ir al colegio. | | | |
| 37 | Me preocupo por las cosas que pasaron. | | | |
| 38 | Cuando tengo miedo me siento mareado(a). | | | |
| 39 | Me pongo nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos. (Por ejemplo: leer en voz alta, hablar o jugar) | | | |
| 40 | Me pongo nervios(a) cuando voy a fiestas, baile o alguna parte donde hay personas que no conozco. | | | |
| 41 | Soy tímido(a). | | | |

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

ANEXO 2

En esta hoja debes registrar los diferentes intentos quehacer para aprender la técnica de la relajación. Nos interesa que indiques en cada intento las partes de tu cuerpo que, dentro de una escala de 0 (nada relajado) a 10 (muy relajado), hayan alcanzado. Recuerda que el objetivo es ir avanzando progresivamente en el aprendizaje de esta técnica.

| Día y hora | Lugar | Partes del cuerpo relajadas, indicando el grado de relajación (de 0 a 10) |
|-------------------|--------------|--|
| | | |

ANEXO 3

En esta hoja debes registrar las diferentes situaciones ansiosas en las que te hayas encontrado indicando el grado de ansiedad que sentías en una escala de 0 (nada relajado) a 10 (muy relajado), la técnica de relajación que llevaste a cabo y el grado de ansiedad que tuviste después de haber puesto en práctica la técnica.

| Día y hora | Situación | Grado de ansiedad (de 0 a 10) | Técnica de relajación | Grado de ansiedad después (de 0 a 10) |
|-------------------|------------------|--------------------------------------|------------------------------|--|
| | | | | |

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *DSM-V, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Washington, DC.
2. Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2009). *Manual de evaluación y tratamiento psicológicos*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
3. Butler, G. (1995). *Manejo de la ansiedad. Programa individual y de grupo*. Pamplona: Fondo de publicaciones del gobierno de Navarra, Departamento de salud.
4. Cárdenas, E.M., Fera, 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.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUTUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANSIEDAD

5. Echeburúa Odriozola, E. (2000). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
6. Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Editorial medica Panamericana.
7. Psicodiagnosis.es: Psicología infantil y juvenil (2012). *Técnicas de relajación para niños*. [On line] obtenido el 13 de Mayo de 2013 en la URL <http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/tecnicas-de-relajacion-para-nios/index.php>
8. Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Dykinson.
9. Sandín, B. (2003). Escalas Panas de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de psicopatología y psicología clínica*, vol.8 (2), 173-182.