

Terapia Cognitivo Conductual de los trastornos de ansiedad en niñ@s y adolescentes

Docente: Ps. Mg. Isabella Soares Barreto

Máster en ACT con Niños, Adolescentes y Padres (MICPSY)
Diplomado TCC Infanto Juvenil (ETCI)
Especialista en Psicoterapia (Ikastola)
Maestra en Psicología del Desarrollo (UFMG)
isabellasoaresbarreto@gmail.com

Agenda

1. Ansiedad en la Infancia y Adolescencia.
2. ¿Qué muestra la Psicoterapia basada en Evidencia sobre el tratamiento y adolescencia?
3. Intervención - Terapia Cognitiva Conductual



Aspectos del diagnóstico

Datos generales

- Trastornos de salud mental más prevalentes entre niños y adolescentes.
 - Prevalencia: 0,9% a 12%
- Estable durante la vida adulta si no recibe intervención apropiada.
- Están asociados con numerosos resultados negativos para la salud mental:
 - Desarrollo de trastornos de ansiedad posteriores
 - Trastornos del estado de ánimo
 - Abuso de sustancias
 - Reducción del rendimiento académico.

Criterios diagnósticos

- Ansiedad/ miedo excesivos y persistentes; reacción emocional ante una amenaza o peligro percibido.

Síntomas fisiológicos:	Síntomas cognitivos:	Síntomas conductuales:
Ej: -Batimento cardíaco acelerado -Sudoración -Problemas gastrointestinales.	-Pensamientos o imágenes catastróficos (sobreestiman el peligro) -Pensamientos de inferioridad /incapacidad sobre sí mismo	-Conductas de evitación y escape

- Se diferencian según el tipo de objeto/ situaciones que inducen el miedo/ ansiedad y según la cognición asociada.
- ¿Cuáles son?
 - Trast. Ansiedad por Separación
 - Mutismo selectivo
 - Fobia específica
 - Trast. Ansiedad social
 - Trast. Pánico
 - Agorafobia
 - Trast. ansiedad generalizada

Trastorno de Ansiedad por Separación

Algo "malo" le puede pasar a mi familia o a mi si estoy solo.

- Conductas evitativas: (situaciones distancia)
 - Llamadas/mensajes constantes
 - Aferrarse a los cuidadores/ los siguen por la casa
 - Requieren que alguien esté con ellos para dormir
 - Rechazar ir al colegio, casa de amigo

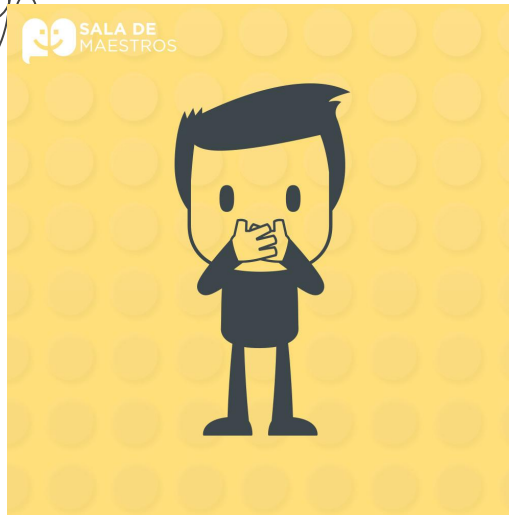


- Curso mínimo: 4 semanas en niños y adol.
- Es el más prevalente en niños menores de 12 años.
- Prevalencia disminuye a lo largo del desarrollo.
- Inicio: edad preescolar.

Mutismo Selectivo

Y si digo algo mal? Si no me escuchan? Y si no logro explicarme bien? No me van a entender...

- Conductas evitativas:
 - No habla en situaciones sociales específicas (no contesta preguntas, no saluda, a ciertas personas no conversa)



- No tiene trast. del lenguaje.
- Altamente comórbido con trast ansiedad social.
- Poco prevalente, más en niños que adolescentes o adultos.
- Adolescentes = ansiedad social.
- Curso longitudinal poco conocido.
- Inicio antes de los 5 años de edad, diagnóstico en la edad escolar. (DSM-V, 2014)

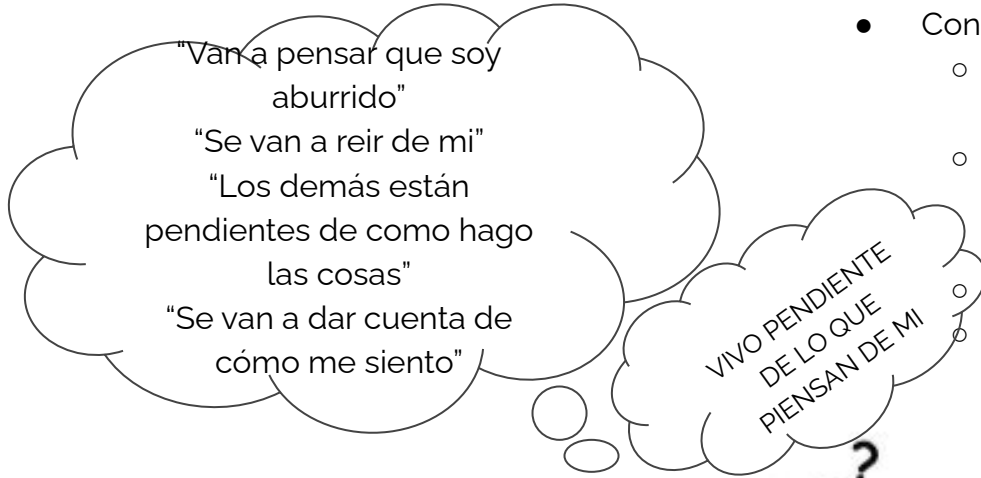
Fobia Específica



- Conductas evitativas:
 - Evita activamente la situación para no entrar en contacto con el objeto fóbico.
 - Llanto, gritos.

- Curso mínimo: 6 meses en niños y adol.
- Prev, 5 % en los niños y del 16 % entre los de 13 a 17 años de edad.
- Se desarrolla en la primera infancia, antes de los 10 años. Suele aparecer entre los 7 y los 11 años, siendo la edad media de unos 10 años
- Niñ@s = evaluar el grado de invalidez y la duración del temor

Trastorno Ansiedad Social



- Conductas evitativas:
 - Rechaza ir a fiestas, escuela.
 - Se calla cuando está cerca de desconocidos. No disertar. Pide que otros hablen por él.
- Prevalencia: 5%-9% de los adolescentes, más prevalente en las mujeres.
- Media de edad inicio 12 años, aumento de la prevalencia con el aumento de la edad.
- Niños y adolescentes, ansiedad presente con pares (no sólo con adultos).

Trastorno Pánico

*"Me va a venir de nuevo...
Eso que siento está mal, es
peligroso, me pasa algo en
el corazón, me voy a morir, y
si me desmayo?"*

- Conductas evitativas:
 - Constantemente atento a las sensaciones corporales.
 - Evita situaciones/actividades que provocan tales sensaciones.



- Más prevalente en adolescentes mujeres.
- Prevalencia muy baja antes de los 14 años (0,4%).
- Niños = episodios aislados.
- Edad inicio: adolescente tardía.
- Aumento de la prevalencia a lo largo del desarrollo, hasta llegar a la edad adulta.

Agorafobia

"¿Qué pasa si tengo una crisis de pánico aquí? ¿Cómo voy a lograr salir? Nadie me va ayudar... Me voy a quedar atrapado"

Conductas evitativas:

- Evitan transporte público.
- Evitan hacer fila/ multitudes.
- Evitan estar en sitios cerrados / abiertos.
- Evitan salir de casa solos.
- En casos más graves, incluso evitan salir de su casa.

- Edad inicio: adolescente tardía - 17 años y vida adulta temprana.
- Aparición en la infancia es muy poco común.



Ansiedad Generalizada

"¿Será que voy a lograr terminar los trabajos? Y si no logré agradar al profesor. Y si me va mal en la prueba? Y si no sacó buena nota en la PTU? (si no se lo que va a pasar, eso es terrible)



- Conductas evitativas:
 - Orientadas a tener control, eliminar la incertidumbre.
 - Preocupación.
 - Perfeccionismos: ej Trata de tener todo perfecto para mostrárselo al profesor
 - Hace todas las tareas en el mismo día que las recibe
- Edad media de inicio: 30 años
- Inicio rara vez ocurre antes de la adolescencia.
- Síntomas pueden aparecer en edades tempranas de la vida, pero no son tan intensas ni persistentes.
- Diagnóstico en los niños: requiere evaluación completa de la presencia de otros trastornos de ansiedad, determinar si las preocupaciones se pueden explicar mejor por alguno de ellos (fobia social, TOC, ansied. separación) .

¿Qué dice la evidencia científica sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia?

Niños menores de 8 años

- TCC con papel activo de la familia / TCC para padres: tratamientos bien establecidos.
 - Abordaron:
 - Patrones de sobreprotección parental;
 - Acomodación familiar a la ansiedad infantil;
 - Ansiedad de los padres;
 - Elemento central de los estudios clasificados como Nivel I:
 - Exposición a la situación temida con apoyo de los padres
- No hay evidencia sólida ni fuerte que respalde la eficacia de los tratamientos individuales en niños menores de 08 años.

Niños mayores de 8 años y adolescentes

- La mayoría de los tratamientos de nivel 1 o 2 incluyeron enfoques consistentes con TCC.

Treatment Family

Level 1: Best Support/Well-Established Treatments

CBT
Exposure
Modeling
CBT With Parents
Education
CBT Plus Medication

Level 2: Good Support/Probably Efficacious Treatments

Family Psychoeducation
Relaxation
Assertiveness Training
Attention Control
CBT for Child and Parent
Cultural Storytelling
Hypnosis
Stress Inoculation

Level 3: Moderate Support/Possibly Efficacious Treatments

Contingency Management
Group Therapy

Level 4: Minimal Support/Experimental Treatments

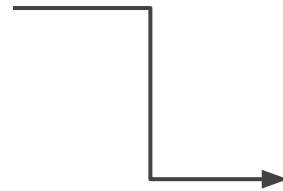
Biofeedback
CBT with Parents Only
Play Therapy
Psychodynamic
Rational Emotive Therapy
Social Skills

Level 5: No Support/Treatments of Questionable Efficacy

Assessment/Monitoring
Attachment Therapy
Client Centered Therapy
Eye Movement Desensitization and Reprocessing
Peer Pairing
Psychoeducation
Relationship Counseling
Teacher Psychotherapy

Tratamientos basados en la exposición si comparados con tratamientos que no incluían específicamente enfoques basados en la exposición (Nivel 1 y 2):

- Tuvieron mejores resultados y más duraderos (con una duración mínima de 1 año posterior al tratamiento).
- Mostraron la mayor diversidad entre las características de los participantes , el formato del tratamiento, el entorno del tratamiento y los antecedentes del terapeuta, además de contar con evidencia más actualizada.



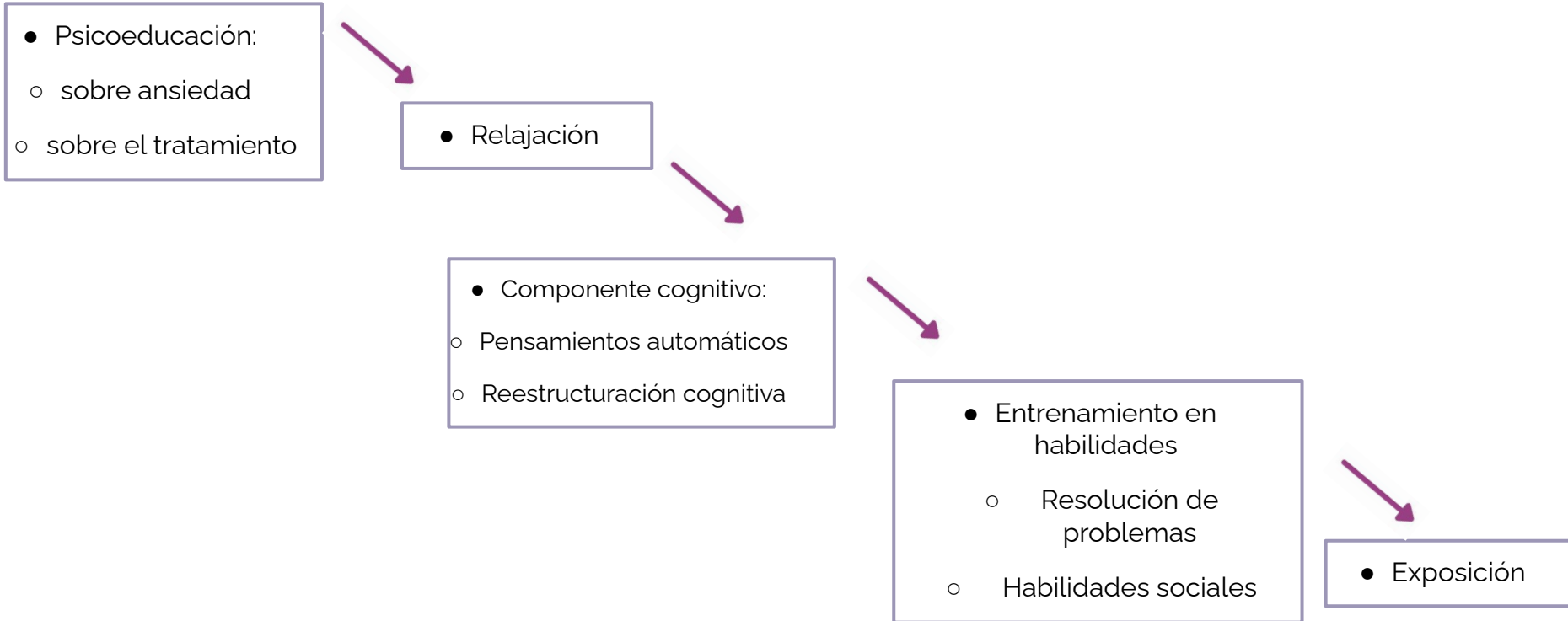
Sugiere que incluir la exposición es esencial

Pasos básicos de la TCC
















1. Desarrollar alianza terapéutica (durante todo el tratamiento).
2. Implementar evaluación diagnóstica.
3. Formular conceptualización de caso.
4. Devolución al consultante y a los padres → Proveer psicoeducación.
5. Intervención con el/la consultante y familia (según cada caso)
6. Finalizar el tratamiento.



Visión general: Intervención en trastornos de ansiedad



Niños - 8 años en adelante

	T. ansiedad separación (coping cat, Kendall, 1994)	Mutismo selectivo (bergman, 2008)	Fobia específica (Silverman, Pina & Viswesvaran (2008))
Psicoeducación			
Relajación			
Reestructuración cognitiva /			
Entrenamiento en habilidades			
Exposición			

Sistema/economía de fichas

Adolescentes

	Fobia específica Silverman, Pina & Viswesvaran (2008)	T. ansiedad social (Albano & Dibartolo, 2007)	T. Pánico (pincus, Ehrenrich, Mattis,2008)	Agorafobia (pincus, Ehrenrich, Mattis,2008)	T. ansiedad generalizada Dugas and Robichaud (2007)
Psicoeducación					
Relajación					
Reestructuración cognitiva					
Entrenamiento en habilidades					
Exposición					

Herramientas diagnósticas

- K-SADS-PL - entrevista clínica semi estructurada, permite revisar una variedad de psicopatologías.
- 6-18 años.

- Urzúa, A., & Figueroa, G. (2005). Adaptación y validación de la versión en español de la K-SADS-PL en una muestra de niños y adolescentes chilenos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(2), 125-132.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

1.- Preocupación no realista sobre el futuro.		P	C	S
¿Hubo algún momento en que te preocupaste demasiado por cosas que aún no habían ocurrido?	0	0	0	Sin información.
¿Crees que te preocupabas más que otros niños de tu edad? ¿Puedes darme algunos ejemplos? ¿Alguien te ha dicho que te preocupas demasiado? ¿Sabes por qué dicen eso?	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Con frecuencia se preocupa de forma excesiva (al menos 3 veces por semana) por eventos que aún no han ocurrido o por el comportamiento actual.
Nota: No se cuantifica si la única preocupación del niño es en torno a la figura parental o a una fobia simple. Se Solo se evalúa como positivo si el niño se preocupa por demasiadas cosas	3	3	3	Umbral: La mayor parte de la semana se preocupa demasiado por al menos dos circunstancias o eventos anticipados o comportamiento actual.
Pasado: P () C () S ()				
2.- Quejas Somáticas		P	C	S
¿alguna vez te has enfermado con mucha frecuencia?	0	0	0	Sin información.
¿Has faltado al colegio, gimnasio o a otras actividades porque no te sentías bien? ¿Hubo algún momento en el que tenías demasiados dolores?	1	1	1	Ausente.
¿Tenías dolores de cabeza, estomacales, dolores en tus piernas o de espalda? ¿Algún otro tipo de problemas? ¿Diario? ¿Una vez? ¿Cuándo se presenta _____? ¿Por la mañana, por la tarde, los fines de semana? ¿Solo los días que vas al colegio?	2	2	2	Subumbral: Síntomas/quejas ocasionales. Los síntomas /quejas se experimentan con mayor frecuencia que cualquier otro niño de su edad.
Nota: No se cuantifica si se encuentra relacionado c situaciones de separación o rechazo a la escuela.	3	3	3	Umbral: Síntomas/quejas frecuentes (más de una vez por semana)
Pasado: P () C () S ()				
3.- Marcada Conciencia de Si Mismo		P	C	S

CBCL/YSR - Escalas Achenbach - Dimensiones

Externalización- Internalización

- CBCL (6 - 18 años): contestado por los padres, últimos 6 meses
- YSR (11 a 18 años) - contesta el propio niño/adolescente

- Lecannelier, F., Pérez, J. C., Groissman, S., Gallardo, D., Bardet, A. M., Bascuñan, A., & Rodríguez, J. (2014). "Validación del Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5) en la Ciudad de Santiago de Chile". *Universitas Psychologica*, 13(2), 491-500.
[SciELO Colombia](#)
- Leiva Bahamondes, L., & Rojas Andrade, R. (2018). "Validación de la escala de problemas emocionales y del comportamiento Youth Self Report (YSR/11-18) en una muestra de adolescentes chilenos". *Terapia Psicológica*, 36(1), 23-32.
S

Para contestar este cuestionario, solo tome en cuenta los últimos 6 meses antes de la consulta

Marque con una cruz: 0: NUNCA

1: A VECES

2: BASTANTE

	0	1	2
1. Actúa como si tuviese menos edad			
2. Sufre de alergias (diga a que).....			
3. Discute mucho			
4. Tiene Asma			
5. Se porta como si fuera del sexo opuesto			
6. Se ensucia en la ropa o en otro lugar fuera del baño			
7. Es fanfarrón, se cree más de lo que es			
8. Le cuesta concentrarse, o prestar atención			
9. No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos, obsesiones. Describe.....			
10. No puede estar sentado tranquilo, es muy inquieto			
11. Es muy dependiente o apegado a los adultos			
12. Se queja de que se siente solo			
13. Está confuso, como en las nubes			
14. Lloro mucho			
15. Es cruel con los animales			
16. Es abusador, cruel o malo con los demás.			
17. Sueña despierto, se pierde en sus propios pensamientos			
18. Se ha hecho daño a si mismo a propósito, o ha tratado de suicidarse			
19. Demanda mucha atención			
20. Destruye sus cosas			
21. Destruye cosas que son de otros			
22. Desobedece en la casa			
23. Desobedece en la escuela			
24. No come bien.			

DASS-21 Youth

- Aproximadamente 8-17 años
- Evalúa tres dimensiones emocionales clave en niños y adolescentes: depresión, ansiedad y estrés.

Román, F.,
Vinet, E., &
Alarcón, R.
(2014).
"Propiedades
psicométricas
de la Escala de
Depresión,
Ansiedad y
Estrés
(DASS-21) en
adolescentes
de Temuco,
Chile". *Revista
Iberoamericana
de Diagnóstico y
Evaluación
Psicológica*,
37(2), 177-192.

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reacioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Senti que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me senti triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15.	Senti que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.	0	1	2	3
17.	Senti que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Senti los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Senti que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS):

- Edad: 8-18 años
- Evalúa los distintos trastornos de ansiedad.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC):

- Edad: 9-15 años
- Mide la ansiedad en dos dimensiones: ansiedad estado (situacional) y ansiedad rasgo (tendencia general).

Valdivia, M., & Dagnino, P. (2012). "Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) en una muestra de escolares chilenos". *Revista Chilena de Pediatría*, 83(2), 185-191.

Vera-Villaruel, P., Celis-Atenas, K., & Córdova-Rubio, N. (2009). "Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC) en una muestra de escolares chilenos". *Revista Chilena de Psicología*, 10(1), 63-72.

- SCARED: *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*

8 a 18 años

Direccionada a niños y padres

Martínez, V., Vöhringer, P. A., Rojas, G., & Fritsch, R. (2017). "Propiedades psicométricas de la versión chilena de la Escala de Ansiedad para Niños y Adolescentes (SCARED)". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 82-89.

Esta es una Lista de cosas que describen como se siente su hijo(a). Marque el 0 si casi nunca o nunca es cierto. Marque el 1 si es cierto algunas veces. Marque el 2 si casi siempre o siempre es cierto. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda

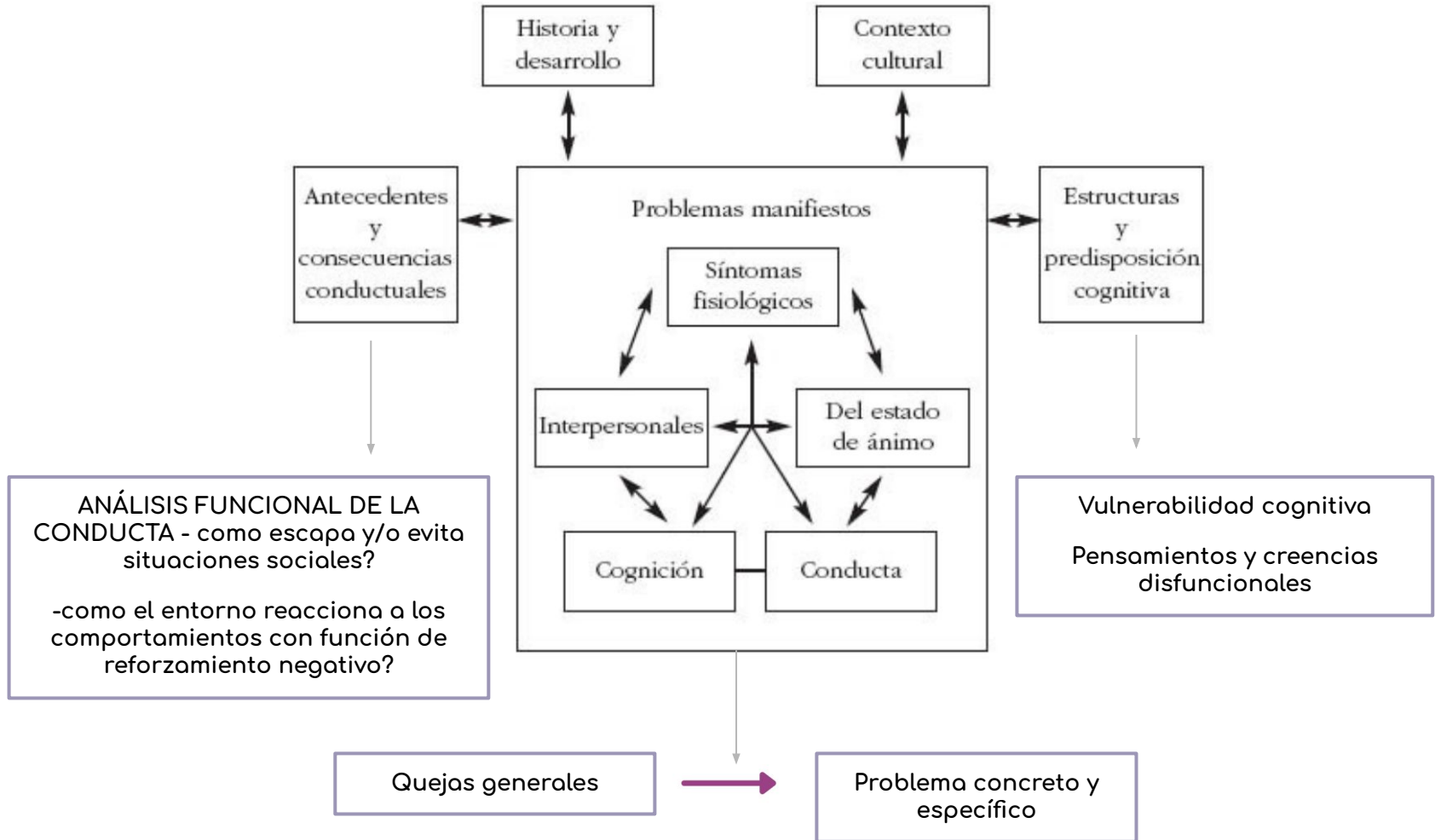
0= casi nunca o nunca 1= Algunas veces 2= Casi siempre o siempre

1	Cuando siente miedo no puede respirar bien	0	1	2
2	Cuando esta en la escuela, se queja de dolor de cabeza	0	1	2
3	No le gusta estar con personas que no conoce bien	0	1	2
4	Le da miedo dormir en otras casas	0	1	2
5	Se preocupa por lo que piensan de él(ella)	0	1	2
6	Cuando tiene miedo siente que se va a desmayar	0	1	2
7	Es un niño nervioso	0	1	2
8	Me sigue a todas partes donde voy ("es como mi sombra")	0	1	2
9	La gente dice que mi hijo(a) se ve nervioso(a)	0	1	2
10	Se pone nervioso(a) con personas que no conoce bien	0	1	2
11	Cuando está en la escuela le duele el estómago	0	1	2
12	Cuando tiene mucho miedo, se siente como si se fuera a "enloquecer"	0	1	2
13	Se preocupa si tiene que dormir solo(a)	0	1	2
14	Se preocupa de ser tan bueno(a) como los otros niños	0	1	2
15	Cuando tiene mucho miedo siento como si las cosas no fueran reales	0	1	2
16	Sueña que algo malo le va a pasar a su mamá o papá	0	1	2
17	Se preocupa cuando tiene que ir a la escuela.	0	1	2
18	Cuando tiene miedo, el corazón le late muy rápido	0	1	2
19	Sueña que algo malo le va a pasar a él(ella)	0	1	2
20	Se pone tembloroso	0	1	2
21	Le preocupa cómo le van a salir las cosas	0	1	2
22	Cuando tiene miedo (nervios) transpira mucho	0	1	2
23	Se preocupa demasiado	0	1	2
24	Le da miedo sin tener ningún motivo	0	1	2
25	Le da miedo estar solo en casa	0	1	2
26	Le cuesta trabajo hablar con personas que no conoce	0	1	2
27	Cuando tiene miedo, siente que no puede tragar	0	1	2
28	Las personas dicen que se preocupa demasiado	0	1	2
29	No le gusta estar separado de la familia	0	1	2
30	Le da miedo tener ataques de nervios (pánico)	0	1	2
31	Le preocupa que algo malo le pueda pasar a sus padres	0	1	2

Formulación de caso

- Es lo que guía la intervención / es dinámico.
- Es diferente del diagnóstico.
- Debe integrar información proveniente del consultante y de la familia (si posible, del establecimiento educacional)
- Permite formular hipótesis explicativas:
 - Buscar contestar a la pregunta → ¿qué variables mantienen el problema?
- TCC: pensamientos disfuncionales y conductas mantenidas por reforzamiento negativo (escape/evitación).





ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA - como escapa y/o evita situaciones sociales?

-como el entorno reacciona a los comportamientos con función de reforzamiento negativo?

Situación	Conducta	Consecuencia
Empiezan las clases presenciales	Pide a los padres quedarse en modalidad online.	Se siente tranquilo. Evita sentirse ansioso.
Invitación para ir al cine.	Le dice que no, se queda en la casa.	Se siente tranquilo. Evita sentirse ansioso.

Situación	Conducta	Consecuencia
Madre se atrasa en llegar a la casa	Llama a la madre	Madre le informa que está todo bien. Reduce la ansiedad
Madre está en el trabajo	Envía mensaje preguntando como esta	Madre le informa que está todo bien. Reduce la ansiedad
Madre con el niño en el living, se va a la pieza	Niño la sigue a la pieza.	Reduce la ansiedad.

Más probable que se comporte así en el futuro

Vulnerabilidad cognitiva
Pensamientos y creencias
disfuncionales

pensamiento catastrófico

What Happens When We Get Anxious?

GENERAL ANXIETY
"The test will be extremely difficult."
"I don't understand anything."

SOCIAL ANXIETY
"I will be criticized."
"I am boring."



PANIC
"I am going to die."
"No one will help me."

SEPARACION

SI MAMÁ NO ESTÁ
ALGO PUEDE PASAR

YO SOLO NO PUEDO

FOBIA ESPECÍFICA

EL PERRO ES MALO

NO LO VOY A PODER FRENAR

NOCTURNO

¿Y SI APARECE UN
MONSTRUO?

ESTOY SOLO

- Preguntas importantes - formulación caso:
 - ¿Qué situaciones provocan ansiedad?
 - ¿Cuál es la intensidad de la ansiedad ?
 - ¿Cuáles son las sensaciones físicas asociadas?
 - ¿Que piensa que puede suceder si se expone a estas situaci
 - Análisis Funcional de la Conducta
 - ¿Cuáles son los comportamientos de:
 - escape -
 - evitación - medidas de seguridad - *no me mire en la cámara y miraba solo a la profesora (no a mis compañeros)*



¿Qué situaciones provocan ansiedad?	¿Cuál es la intensidad de la ansiedad ?	¿Cuáles son las sensaciones físicas asociadas?	¿Cuales son los comportamientos de:	¿Que piensa que puede suceder si se expone a estas situaciones?
<ul style="list-style-type: none"> ● Disertar en clase ● Hablar con las amigas de mis amigas ● Fiesta de cumpleaños ● Hablar con un vendedor 	<ul style="list-style-type: none"> ● 10 ● 6 ● 8 ● 6 	<ul style="list-style-type: none"> ● Manos sudadas ● Dolor guata ● Dolor cabeza ● Nudo garganta ● Dificultad respirar 	<p><u>Escape</u> - me hizo una pregunta y me desconecte, dije que se me cayo el internet.</p> <p><i>Salí de la sala llorando para no dar la disertación.</i></p> <p><u>Evitación</u> - no fui a la junta, dije que estaba ocupada</p> <p><i>pido a la profesora que le tome la disertación por separado</i></p> <p><u>Medidas de seguridad</u> - no me mire en la cámara y miraba solo a la profesora (no a mis compañeros)</p>	<p><i>"Me voy a equivocar y se van a reír", "No soy interesante", "Diré algo rara", "Pensarán que soy rara"</i></p>



¿Y la familia/entorno ?

- En los protocolos incluida en algunas sesiones-claves : psicoeducación, durante entrenamiento en habilidades y en prevención de recaídas.
- ¿Por qué? pueden favorecer las conductas de escape evitación.
- En terapia individual:
 - Adaptarlo a la medida que sea necesario, según la formulación de caso:

1. Evaluación: ¿Familia / colegio?

¿Qué papel desempeñan en la mantención de los síntomas? Y en el desarrollo de conductas de afrontamiento? ¿Nivel de acomodación familiar?

- Antecedentes:
 - ¿Qué hacen con respecto a las situaciones que le provocan miedo?
 - ¿Qué le dice sobre cómo lidiar con las situaciones “peligrosas”?
- Consecuencias:
 - ¿qué hacen cuando lo ven con miedo?
 - ¿Responden a los pedidos del niño?
 - ¿Aceptan sus medidas evitativas?
- Creencias a evaluar de los cuidadores:
 - • “No puede solo pobrecito”
 - • “Es un problema emocional que necesita tiempo”
 - • “La ansiedad podría dañarlo”

Práctica



Intervención

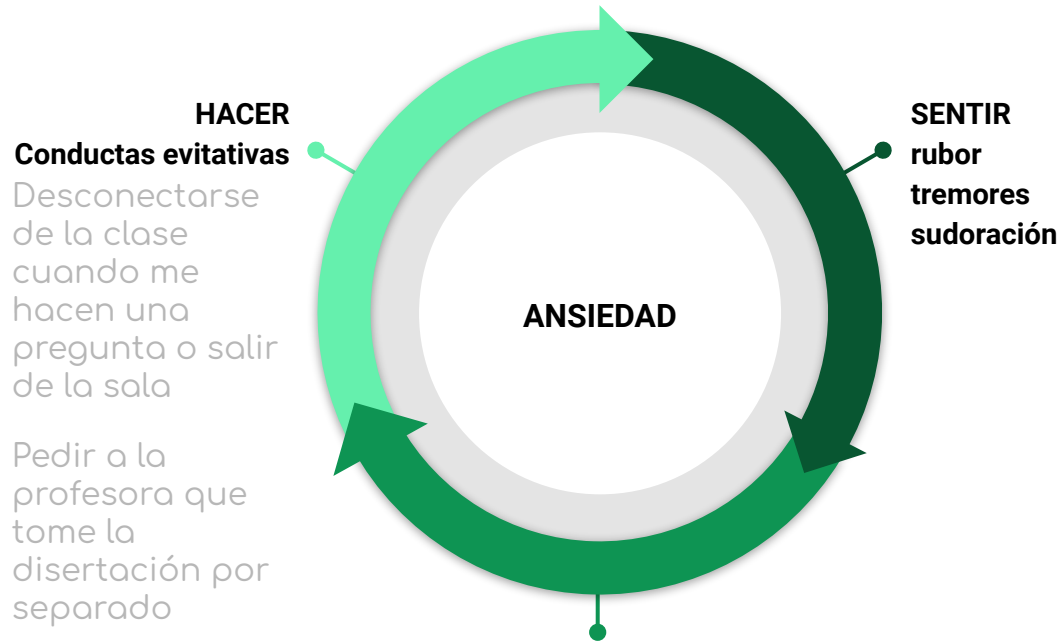


Psicoeducación

- Psicoeducar sobre la ansiedad :
 - Es normal y adaptativa (útil) → todos sentimos ansiedad - dar ejemplos.
 - Metáfora falsa alarma.
 - El objetivo de la terapia no es eliminar la ansiedad, es aprender a manejarla.
 - Se compone de tres respuestas:
 - Fisiológica: sensaciones físicas - náuseas, mareos, temblores, palpitaciones, dificultad para respirar.
 - Cognitiva: pensamientos - “me veo mal”, “se van a dar cuenta”
 - Conductual - lo que hace para controlar la ansiedad - conductas escape/evitación

Naturaleza interactiva - si uno cambiara, qué pasaría con los demás?

Objetivo tratamiento: aprender habilidades para romper el ciclo



PENSAMIENTOS NEGATIVOS:

"Me voy a equivocar y se van a reír", "No soy interesante", "Diré algo rara", "Pensarán que soy rara"

¿Que es la ANSIEDAD?

Ansiedad es una emoción que podemos sentir cuando estamos en una situación peligrosa. El peligro puede ser real o producto de nuestra imaginación y puede causar reacciones en nuestro cuerpo y en nuestra mente.

Cuando estamos ansiosos puede ser que:

1. Tengamos sensaciones físicas:

- Latidos cardiacos acelerados, inquietud, mareos.
- Tensión en los músculos, dolor de cabeza.
- Dolor en el estomago y calambres.



2. Ver y pensar de una forma específica:

- Solo vemos el lado peligroso de las cosas.
- Pensamos que principalmente cosas malas nos van a pasar.
- Los pensamientos ansiosos a veces empiezan con "Y si...?"



3. Actuar de una determinada manera:

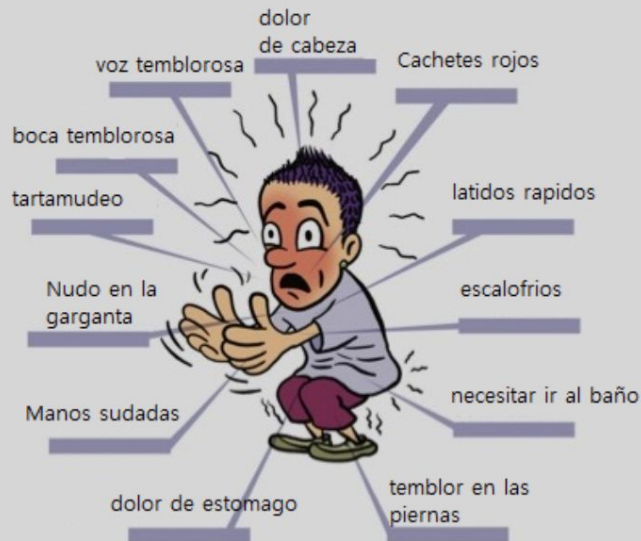
- Intentar escapar del problema.
- Evitar las situaciones temidas.
- Buscar protección y medidas de seguridad.



(imagen retirada y traducida de Bunge et al, 2017)

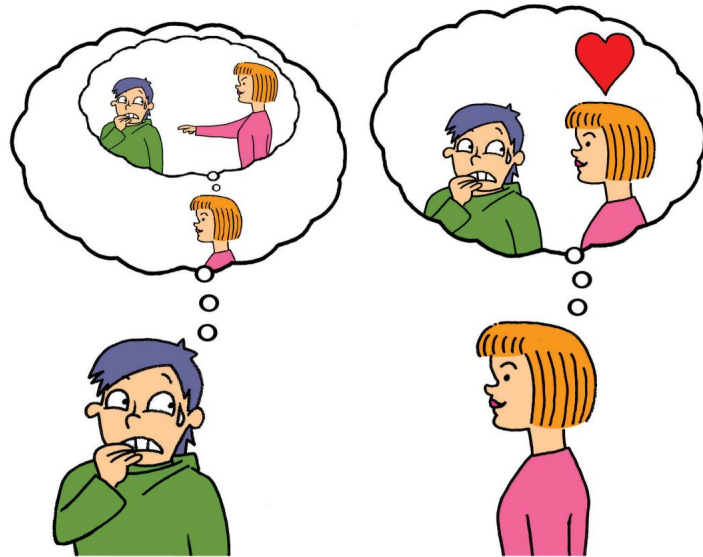
¿DONDE SIENTES ANSIEDAD?

Cada persona siente ansiedad en una parte diferente del cuerpo. Aqui están algunas sensaciones posibles en distintas partes del cuerpo



(imagen retirada y traducida de Bunge et al, 2017)

- Respuesta cognitiva: *"algo horrible va a pasar"* - es automático - surge en la mente y no estamos acostumbrados a cuestionar lo que nos dice la mente.



(imagen retirada de Bunge et al, 2017)



(imagen retirada y traducida de Bunge et al, 2017)

(Albano & Dibartolo, 2007)

- Respuesta conductual: evitación - útil para reducir la ansiedad del momento/ corto plazo- alivio - la mantiene a largo plazo
- Explicar que el tratamiento consiste en cambiar “lo que se piensa” para poder enfrentar las situaciones que teme “de a poco” → preguntar por preocupaciones / mencionar los beneficios.



(imagen retirada y traducida de Bunge et al, 2017)

evitación



Miedo y los pensamientos disfuncionales se mantienen

(Traducido y adaptado de Bunge et al. 2017)

Supongamos que, poco a poco, Pepe se va parando, pero sigue con algunos miedos: a los ascensores, metros y micros.

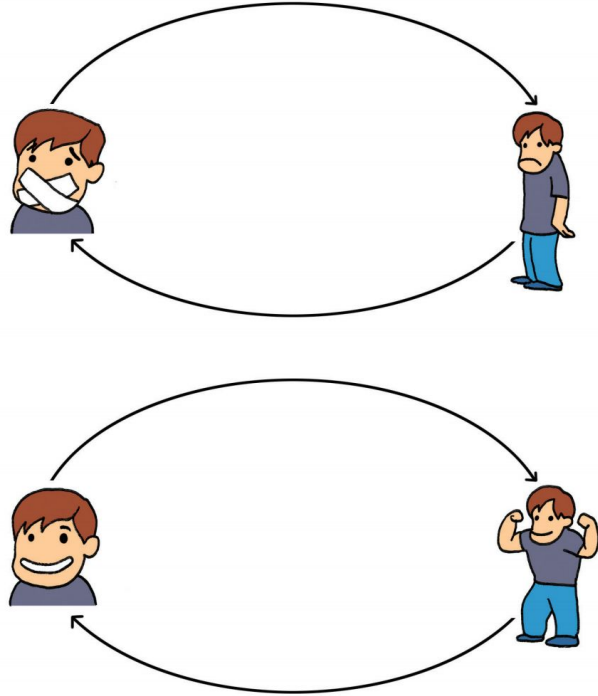


Si cada vez que Pepe se sube al metro, piense "Si se rompe, no seré capaz de respirar". ¿Qué es lo que probablemente hará?

¿Si siempre sube por la escalera al envés de usar el ascensor, que seguirá pensando?

¿Si fueras el psicólogo de Pepe, qué le dirías para que supere su miedo?

¿De qué situaciones te escapabas?



(imagen retirada de Bunge et al, 2017)

- Otra forma de verlo:

→ ¿Qué quisieras poder hacer en tu vida?

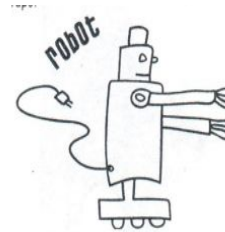
→ ¿Qué has hecho para lograrlo?

→ ¿Qué tanto te has acercado de lo que quieres evitando estas situaciones?



Estrategias relajación

- Reducir la activación fisiológica
- Aprender a relajarse para enfrentar las situaciones temidas más calmadamente
- Normalmente uno de los primeros pasos enseñados (antes de la reestructuración y exposición)
- Destinar tiempo suficiente de la sesión.
- Resaltar la necesidad de practicar (actividad para la casa)
- Introducción:
 - *Muchas sensaciones de ansiedad provocan tensión*
 - *Imaginar sentirse tenso- Imaginar sentirse relajado*



- Respiración diafragmática

- Relajación muscular progresiva



- Técnicas de relajación e imaginiería



(Kendall. 2010)
(Bunge et al. 2017)

Reestructuración Cognitiva

- Objetivo: aprender a cuestionar los pensamientos y generar una respuesta alternativa más racional.
- *Herramienta importante para lidiar con las emociones negativas y enfrentar estas situaciones es aprender a verificar si nuestros pensamientos son ciertos - dudar de lo que nos dice la mente - ser un detective.*
- No es lo mismo que pensar positivo.
- PASOS:

1. Psicoeducar e Identificar los pensamientos automáticos en el momento que suceden.
2. Aprender a cuestionarlos en sesión
3. Aplicar las mismas preguntas en el momento que suceden.

1) **Psicoeducar** acerca del impacto de los pensamientos disfuncionales.

- Buscar relacionar con eventos personales.
- Predicciones catastróficas acerca de la situación.
- Automático - no lo controlan.
- Afecta cómo nos comportamos.
- Se puede cambiar - requiere práctica esfuerzo.



(Imagen retirada de
Bunge, Gomar y Mandil,
2009)

Efectos de los lentes

Veamos distintos tipos de lentes (o de pensamientos), intenta identificar el que más se parece a tí

Lentes rojos (catastróficos)

"Todo es peligroso"
"No puede defenderse solo"
"No puedo solucionar este problema"
"Algo malo me puede pasar"
"Se reirán de mí"
"debo ser muy cuidadoso"
"soy débil y frágil"



TEMA PRINCIPAL: "La vida es peligrosa"

Lentes negros (negativos)

"Soy un perdedor"
"Nadie me quiere"
"Hago todo mal"
"Siempre es mi culpa"
"Mis amigos no se importan conmigo"
"Soy inútil"



TEMA PRINCIPAL: "No valgo nada"

Si te quedás con estos anteojos, es posible que vivas de mal humor, triste, sin muchas ganas de hacer cosas y sin disfrutar todo lo que podrías de las cosas que te pasan.

Lentes espejados (externalizantes)

"La culpa es siempre de ellos"
"Ellos me odian"
"Todos estan en mi contra"
"Lo hacen a propósito"
"Son unos idiotas"



TEMA PRINCIPAL: "Los otros son malos"

(Bunge et al. 2017)

Identificar los pensamientos más comunes / identificar las principales “trampas de pensamiento”

Preguntar en sesión

- ¿Qué pasó por tu cabeza en ese momento?
- ¿Qué creías que sucedería?
- Niños - globitos de pensamientos.

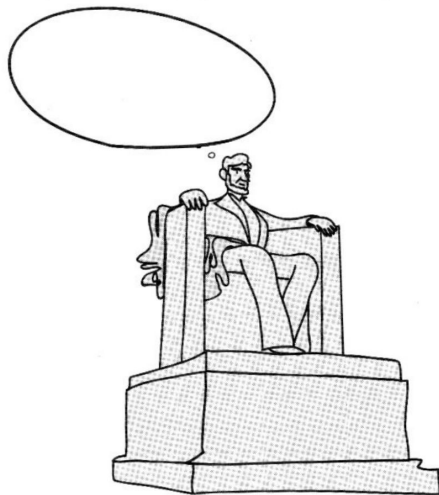
Dificultades en identificar los pensamientos

- “No lo se”, “no pienso nada”:
 - *Imagínate la situación a punto de suceder o sucediendo ahora | Imagínate que yo soy _____.*



★ Qué hay en el globo de pensamientos?

Este es un dibujo del monumento a Lincoln, una estatua para recordar uno de los grandes presidentes de los Estados Unidos. Llamaremos al círculo sobre su cabeza "globo de pensamientos"-es donde los pensamientos del personaje se escriben. Su globo de pensamientos está vacío. En qué podría estar pensando? Toma un minuto para pensar. luego da vuelta la página para ver qué puede estar pensando.



Yo creo que Lincoln está muy rígido y frío de sentarse en ese asiento de piedra.



Una maestra anuncia a la clase que irán de excursión a una pista de patinaje. Conozcamos dos alumnos en esa clase. Cristian toma clases de patinaje regularmente desde hace un año y espera poder competir alguna vez en un torneo. Federico patinó una sola vez, perdió la cuenta de todas las caídas que tuvo y se fue a casa con los tobillos doloridos. Qué crees que estarán pensando Cristian y Federico al oír el anuncio de la maestra? Crees que tendrán pensamientos similares o distintos?

Pensamientos de Cristian

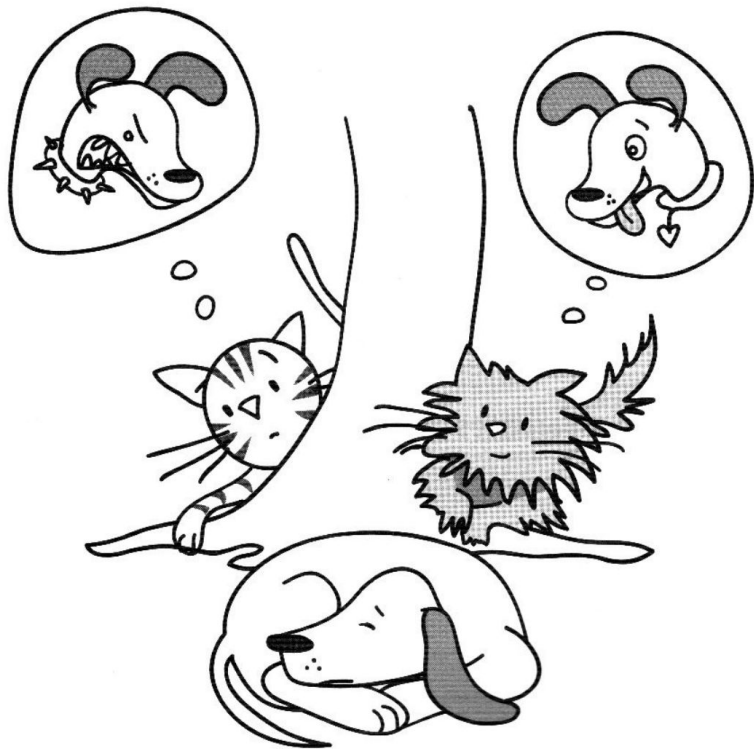


Pensamientos de Federico



★ El segundo paso

Algunos pensamientos pueden ayudar a la gente a sentirse relajado en alguna situación, mientras que otros pueden hacer que la gente se sienta aún más nerviosa o asustada. Mira la escena del dibujo debajo. Marca un círculo alrededor del gato que esté más asustado.



Reconocer los pensamientos que pueden hacerse sentir más ansioso o preocupado es el segundo paso de nuestro plan para afrontar la ansiedad. Yo llamo a este paso

¿Tienes miedo?

E speras que pase algo

M alo?



★ Hagamos un juego de roles

Cuando estoy en una situación que me provoca ansiedad, me ayuda prestar atención a mis pensamientos. Por ejemplo, la primavera pasada estaba persiguiendo una ardilla, la seguí trepando un árbol del jardín de casa. No atrapé a la ardilla - nunca lo logro - pero estaba muy alto en el árbol y repentinamente me sentí muy asustado. Creí que no sería capaz de volver a bajar sin caerme. Mis pensamientos eran "me quedaré aquí arriba para siempre". Cuando noté lo que estaba pensando me pregunté "es realmente probable que no pueda descender?" Recordé que ya había trepado ese árbol varias veces antes. Y que cada vez había sido capaz de volver al suelo.



Tienes miedo?
Esperas que pase algo
Malo?
O
R

Tienes miedo?
Pregúntate:
Me siento ansioso? Qué está sucediéndole a mi cuerpo?

Esperas que pase algo Malo?
Pregúntate:
Cuál es mi diálogo interno? Qué estoy esperando que suceda?

Realizar el automonitoreo (adolescentes):

- Registro de las situaciones que le generan ansiedad - usar la ansiedad como una señal de que debe poner atención en lo que está pensando.
- Identificar temas principales para luego aprender a cuestionar los pensamientos.
- Proseguir con la psicoeducación sobre los pensamientos automáticos

<p>situación: que estaba haciendo? si me estuviesen grabando, que verían en el video? (donde estaba? quien estaba?)</p>	<p>Pensamientos: que paso por mi cabeza? que pense que podria suceder? qué pensaba sobre los demás o sobre la situación? y sobre mi misma?</p>	<p>qué senti? como me dijo mi cuerpo que estaba ansioso?</p>	<p>Que hice para lidiar con mi ansiedad o con la situación?</p>
<p>En la clase online de historia, la profesora hace muchas preguntas</p>	<p>No quiero seguir, no quiero escuchar nada, me va a ir mal, Me voy a equivocar, voy a decir algo mal enfrente a todos, se van a burlar de mi, No me puedo equivocar,</p>	<p>incomodidad 4 nerviosismo 6 tiritar, manos agitadas, latidos rápidos. dolor pecho</p>	<p>conteste la pregunta pero por chat mire la respuesta en el libro</p>
<p>Amiga de mi hermana llega a mi casa</p>	<p>Me gustaría que no viniera, porque mi hermana la invita, y si hago algún destrozo, y si digo algo malo, si no le gusta lo que digo y mi hermana la defiende, y si digo cosas que no tienen sentido</p>	<p>miedo 7</p>	<p>comi rapido me voy a pieza y no salgo hasta que se vaya</p>

2) Reestructurar los pensamientos

- Objetivo: aprender a pensar de forma realista (no positiva)
- Utilizar respuestas racionales a los pensamientos automáticos.
- Realizada a través de preguntas que el terapeuta le hace y luego lo enseña a hacerse a sí mismo en el momento que suceden.

¿De 1 a 10, que tan probable es que lo que temo
ocurra?

¿Cuál es la peor cosa que podría pasar en esta
situación?

¿Qué cosas podrían pasar que no son ni buenas ni
malas?

¿Cual es la mejor cosa que podría pasar?



¿Si un amig@ pensará esto, que le diría?
¿Si lo que temo ocurre, como podría enfrentar la
situación?
¿Lo que temo que ocurra, ha ocurrido antes?
¿Cómo lo enfrenté?

(Kendall, 2010)

(Bunge et al. 2017)

¿Cuántas veces pensé que esto
sucedería?

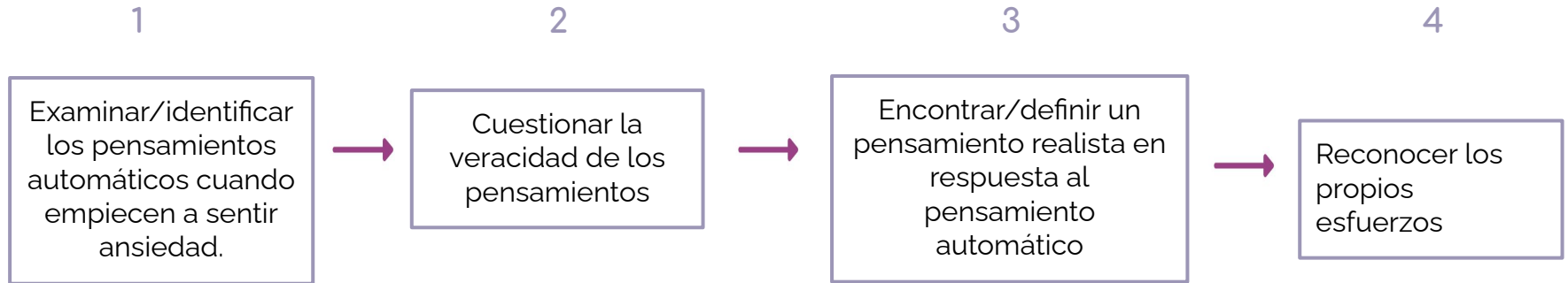
¿Cuántas veces pensé que esto
sucedería y realmente sucedió?

¿Cuántas veces pensé que esto
sucedería y no sucedió?



situación:	Pensamientos:	Emoción	Pensamiento alternativo	Emoción
Estan todos conversando	No se que decir, si digo lo me gusta la película de terror o las bandas de rock van a pensar que soy rara. No les va a gustar mis gustos	Ansiedad 8	Puede que no les guste lo mismo que yo, pero no son gustos tan distintos así.	Ansiedad 5
Mi mejor amiga me invita a su cumpleaños	Como voy a ir? ya hace tanto tiempo que no la veo? va a ser muy raro? que va a pensar de porque no le escribí/	Preocupada 8 Ansiosa 5	Si me invito es que quiere que vaya. Solo el inicio puede ser un poco raro, luego mientras vamos conversando se nos va pasando.	Preocupada 4 Ansiosa 3

- **Resumen: reestructuración cognitiva en 4 pasos**



- Dificultades en la reestructuración cognitiva:
 - ¿Y si lo que piensa es preciso en relación a su realidad?
 - Entrenar habilidades sociales o resolución problemas
 - ¿Y si el adolescente dice que “no funciona”?
 - Analizar primero qué quiere decir que “no funciona” → describirlo de forma específica.
 - “Seguí sintiéndome ansios@...”
 - “Los pensamientos volvieron en otra situación”
 - La respuesta alternativa generada es poco realista.
 - Exponerse para verificar.

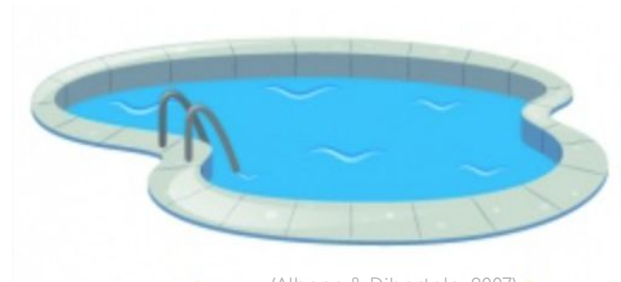
Pensamientos Alternativos y Autoverbalizaciones de Afrontamiento

- Cambio de imágenes y autoverbalizaciones (6 a 10 años)
- Cuestionamiento, reestructuración (11 años en adelante)



Exposición

- “¿Y si quisiera bailar bien, y solo viera videos de cómo aprender a bailar?” → ayuda pero no es suficiente.
- Hacer lo que evita y teme de forma progresiva mientras aplica las habilidades aprendidas- reduciendo de a poco las medidas de seguridad.
- Verificar que la ansiedad va disminuyendo con el tiempo de exposición.



(Albano & Dibartolo, 2007)

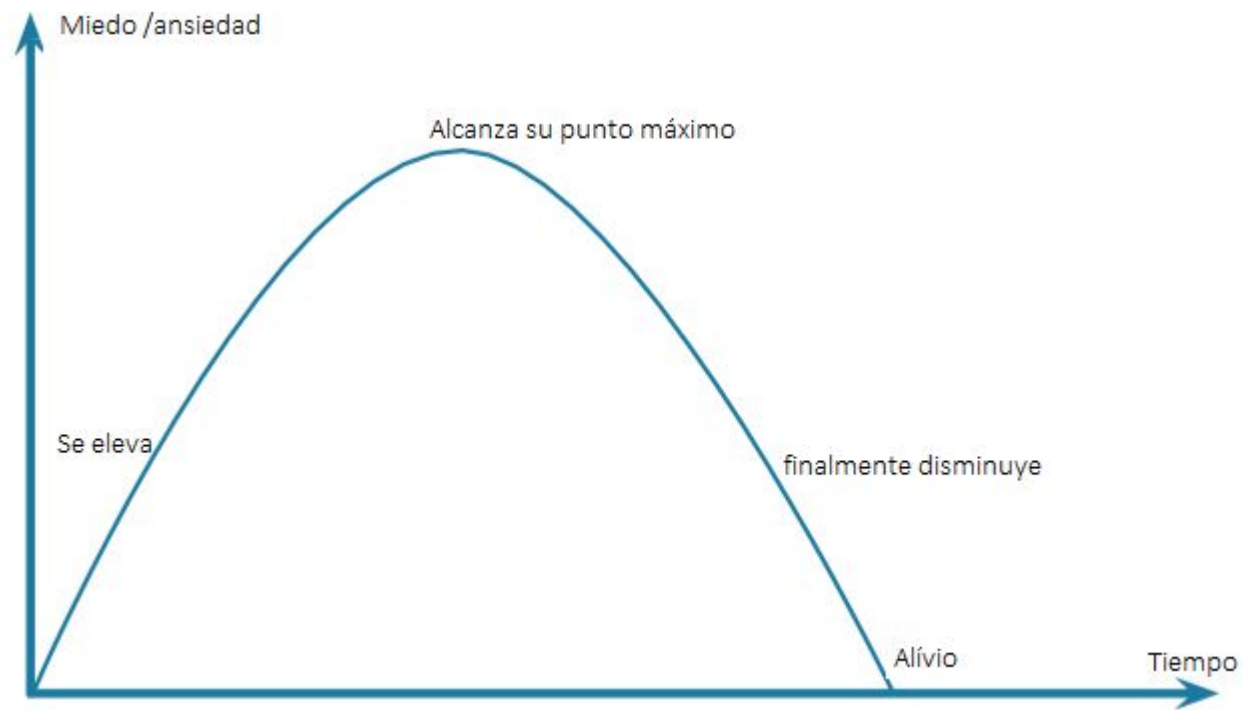
Cuando Escapo



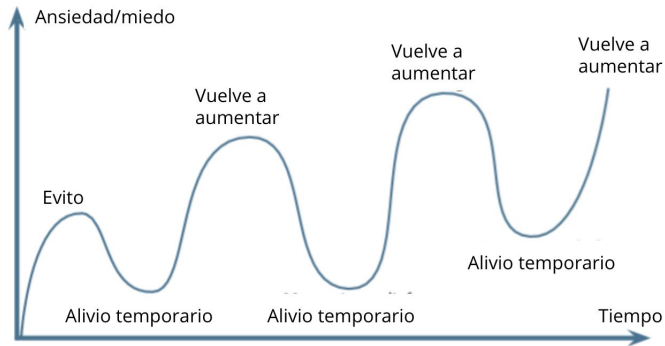
Cuando Enfrento



- Curvas de ansiedad



- Psicoeducación:
- Permite testear los pensamientos catastróficos.
- Acostumbrarse a las sensaciones ansiedad



(imagen retirada y traducido de Bunge et al, 2017)



(Albano & Dibartolo, 2007)

“La abuela le contó a Camila que un perro una vez la mordió cuando era chica. Desde entonces Camila decidió no ir más a la casa de su amiga Carolina, porque la amiga tenía un perro que la asustaba.

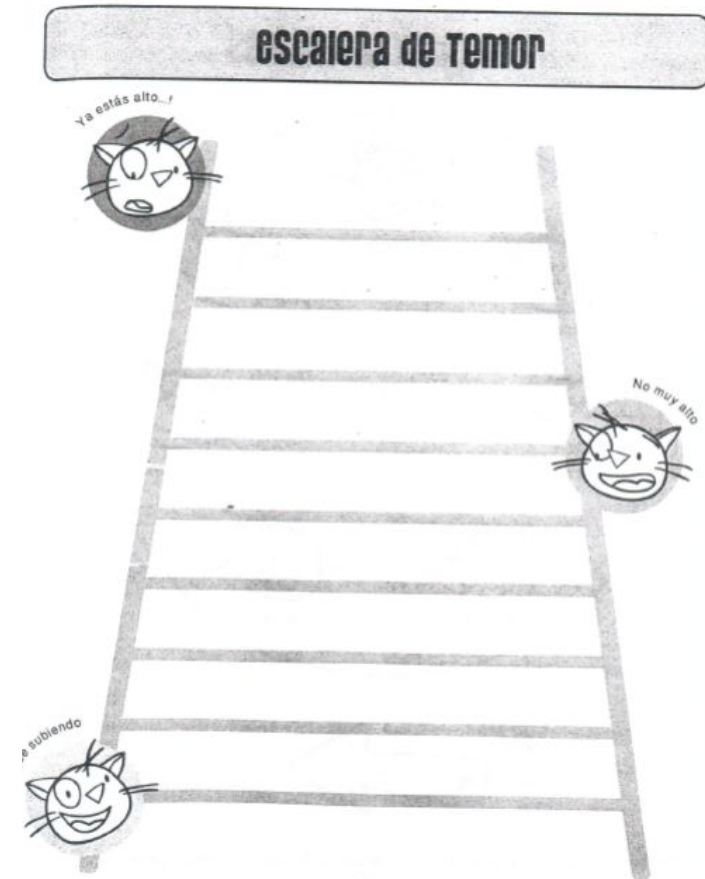
Camila estaba segura de que de esta forma solucionaría su miedo a los perros. Pasaron algunos días y Camila se dio cuenta de que todos los días a las 08:00 de la mañana paseaba un perro afuera de su casa. Entonces decidió quedarse en su casa durante las mañanas. Y ahí sí estaría resuelto su miedo a los perros. En los días de clases, Camila tuvo que organizarse para salir al colegio media hora antes de que pasara el perro. Pero a camino del colegio, vio que había un petshop en la esquina de su casa ¿Lo que hizo? Obligó a su madre a hacer un camino distinto, por que si no le daría miedo pasar afuera del petshop.

Un día la madre de Camila se cansó y le compró un cachorro. El primer día Camila gritó de miedo y no quiso acercarse al jardín. En el segundo día ya podía mirarlo por la ventana. Y en el tercer día ya estaba jugando con el perrito.”

¿Cómo fue que Camila superó su miedo a los perros?

(Traducido y adaptado de Bunge et al. 2017)

- Pasos:
 - Jerarquía de situaciones
 - Escala de situaciones temidas.
 - Específica (donde, cuando, quien estará presente, etc...)
 - Niños menores: "fácil", "medio", "difícil".
 - Gradual



Importante recordar: normalmente tenemos miedo antes de enfrentar algo, pero una vez que lo hagamos, descubrimos que no era tan difícil como pensábamos.

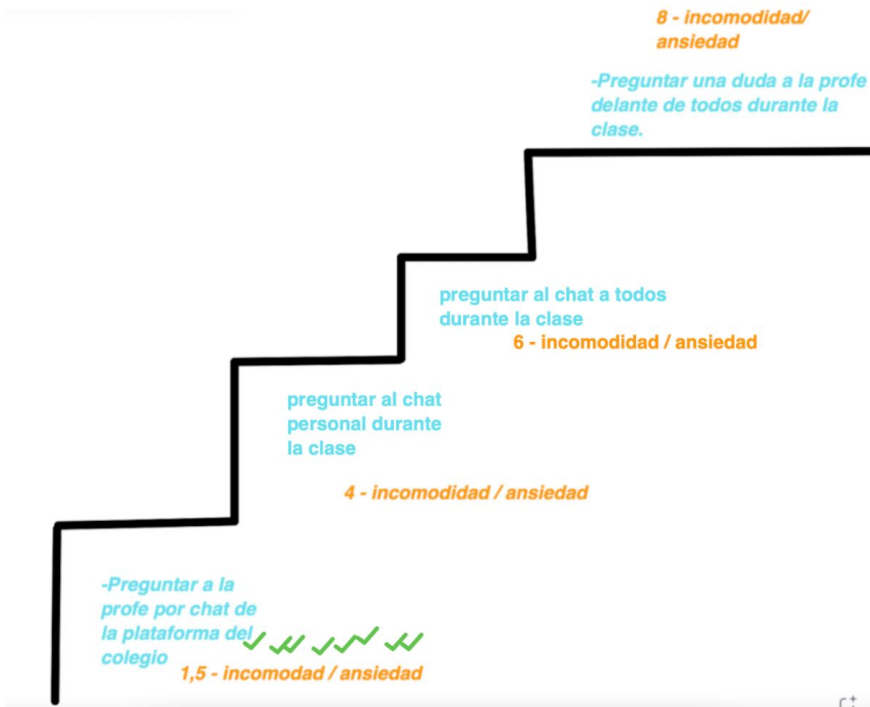


- Objetivo realista y concreto - ajustar expectativas si necesario - el foco está en mi comportamiento, no en el otro:
 - “No sentirme nervioso” / “Hacer un amigo” / “Que no se rían de mi”
- Verificar predicciones antes de exponerse y compararla con lo sucedido luego de la exposición.
- Durante la exposición:
 - Atento a los niveles de ansiedad y a los pensamientos automáticos.

Situación	Iniciar una conversación con un compañero de curso.
Objetivos	<ol style="list-style-type: none">1. Decir hola y preguntar por como esta2. Preguntar sobre sus vacaciones de verano
Pensamientos automáticos	<i>Voy a decir algo nada que ver, que va a pensar de mi?</i>
Pensamientos alternativos	<i>Es un compañero buena onda, trata a todos bien. No va a pensar nada malo</i>



1. Saludar a mis tías y preguntarles por cómo están.
2. Ir a comprar un dulce en un negocio.
3. Hacer el pago de la hora médica.
4. Pedir comida en mi restaurante favorito.
5. Dar al taxista las indicaciones de dónde voy.
6. Prender la cámara en clases.
7. Preguntar a un compañero cuál es la tarea.
8. Sacar una duda con la profesora.
9. Levantar la mano y contestar una pregunta en clases.
10. Invitar a una amiga antigua a mi casa.
11. Saludar y preguntar algo a la amiga de mi amiga.



1. Empezar a ir a las clases presenciales
2. Llevar un chocolate para comer con ella
3. Conversar con ella y su grupo de amigas
4. Llevarla a su casa después del colegio
5. Invitarla a tomar once a mi casa
6. Tomar once en su casa
7. Invitarla a almorzar en mi casa
8. Almorzar en su casa
9. Ir al cine con ella
10. Ir a ver un partido de volleyball
11. Ir a un café con ella y sus amigos

Exposición	
T. ansiedad separación	Separación de las figuras de apego
Mutismo selectivo	Hablar
Fobia específica	Al objeto fóbico
T. ansiedad social	A las situaciones sociales temidas
T. Pánico	A las sensaciones corporales de la ansiedad
Agorafobia	A tener las sensaciones corporales de la ansiedad en determinados lugares
T. ansiedad generalizada	A la incertidumbre

Estilo del terapeuta

- Estar atento a no reforzar las conductas de evitación que suceden en la sesión.
- Mencionar las dificultades observadas en sesión:
 - Primeras sesiones: "¿en que venías pensando?" "¿cómo te estás sintiendo ahora?" "¿qué está pasando por tu cabeza en este momento?"
- Modelar las habilidades necesarias
- Dedicar tiempo al role-playing

Intervención familia

- Vínculo!!! ¡No culpabilizar!
- Psicoeducación: entender sobre la ansiedad y como accidentalmente contribuyen al problema.
- Trabajo con las creencias de los padres referentes a las capacidades de afrontamiento y a las consecuencias médico-psicológicas de los síntomas de ansiedad
- Refuerzo positivo: as las pequeñas conductas de afrontamiento, incluidos en el sistema de fichas.
- Extinción: "dejar de dar ayudas" de forma gradual.
- Se trabajan diferencias entre actitudes:
 - Comprensivas-Validantes
 - Sobreprotectoras-Indulgentes

Prevención de recaída

- Prepararse para finalizar el tratamiento.
- Revisar avances y estrategias aprendidas.
- Verificar temores/ preocupaciones y tener un plan de acción.
 - Preocupaciones sobre mantener los logros
 - Sobre exposición en situaciones futuras

Referencias

- Bunge, E. L., Mandil, J., Consoli, A., & Gomar, M. (2017). CBT Strategies for Anxious and Depressed Children and Adolescents: A Clinician's Toolkit: New York, NY: Guilford
- Clarke, G., Lewinsohn, M. & Hops, H. (1990) Leader's manual for adolescent groups adolescent coping with depression course.
- Marti, M. T. (2013) protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM)
- Rao, U. & Chen, L. (2009) Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 11 . No. 1 . 2009
- Weersing, V.R, Jeffreys, M., T. Do, M.C.schwartz, K. T.G & Bolaño, C. (2016): Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, DOI: 10.1080/15374416.2016.1220310