

■ Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada

Caridad Padilla Díaz
Práctica Privada

Resumen

Se presenta la intervención en el caso de un adolescente de 12 años de edad con trastorno de ansiedad generalizada. El objetivo es analizar los efectos de la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual dirigido a reducir el número de preocupaciones, disminuir la activación psicofisiológica y reducir las respuestas de escape. La evaluación se realizó mediante la Entrevista Semiestructurada de los Trastornos de Ansiedad (ADISC-IV) y la Escala de Depresión y Ansiedad para Niños Revisada (RCADS). Se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual que incluía como componentes entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, exposición en imaginación y en vivo, y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados mostraron una mejoría en relación a las preocupaciones del paciente y a su nivel de activación psicofisiológica, y la eliminación de las respuestas de escape, según la evaluación pretest-posttest y el análisis de los registros semanales durante la intervención. Este estudio aporta evidencias de la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en un trastorno de ansiedad generalizada para adolescentes.

Palabras clave: Adolescente, ansiedad generalizada, tratamiento cognitivo-conductual.

Abstract

Cognitive-behavioral treatment of an adolescent diagnosed with generalized anxiety disorder. We show the intervention with a 12-years old adolescent diagnosed with generalized anxiety disorder. The main aim of this study is presenting the effects of the behavioral treatment whose end is decreasing the number of worries, reduce the psychophysiological activation and decrease the escape behaviors. The assessment was carried out using the Anxiety Disorder Interview Schedule for Children (ADISC-IV) and the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS). The behavioral treatment included relaxation training, behavior restructuring, imagination and in vivo exposure and social skills training. The results showed improvements in the worries of the patient and in his level of psychophysiological activation, as well as the reduction of escape responses by means of the assessment carried out before and after the treatment and the analysis of weekly records during the intervention. This study shows new evidences of the effectiveness of behavioral therapy in generalized anxiety disorder in adolescents.

Keywords: Adolescent, generalized anxiety, behavioral-cognitive treatment.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) fue incluido por primera vez en el DSM-IV (APA, 1994) dentro de los trastornos de la infancia y la adolescencia. Para el diagnóstico de TAG en población infanto-juvenil se requiere que: (a) se experimente ansiedad y preocupación excesivas, asociadas a síntomas somáticos como impaciencia, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas de concentración y/o de sueño, (b) que lo haga ante un amplio espectro de eventos y actividades que generalmente suelen ser preocupaciones acerca del rendimiento escolar, el perfeccionismo, el estado de salud propio y el de la familia o amigos íntimos, y las relaciones sociales, y (c) que se prolongue como mínimo durante seis meses (APA 2000).

Se estima que entre un 15% y un 20% de la población infanto-ju-

venil tiene algún trastorno de ansiedad, tratándose de uno de las demandas más frecuentes en las Unidades de Salud Mental (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras, 2012). De acuerdo con los datos epidemiológicos en problemas de ansiedad, la edad media de los niños que los padecen es 13 años. Respecto a las diferencias en función del sexo, las niñas manifiestan más ansiedad que los niños en todos los trastornos excepto en el trastorno obsesivo-compulsivo (Rodríguez de Kissack y Martínez-León, 2001).

La etiología del trastorno de ansiedad generalizada es desconocida; el origen y mantenimiento de los trastornos fóbicos se conoce algo más (Sandín, Valiente y Chorot, 2009). Son varias las causas que pueden dar lugar a un trastorno de ansiedad. Los acontecimientos

estresantes, el estilo educativo de los padres, el propio temperamento del niño, la vulnerabilidad de cada niño, y los factores sociales y culturales son factores que condicionan la aparición de trastornos de ansiedad en la infancia según Echeburúa y Corral (2006).

Para la evaluación de los trastornos de ansiedad existen numerosos instrumentos con buenos índices psicométricos en nuestro país. La *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS; Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis, 2000) es un autoinforme de gran interés por su aplicación en contextos de clínica e investigación para población infanto-juvenil (Sandín et al., 2009). En cuanto a las entrevistas diagnósticas, una de las más utilizadas es la *Anxiety Disorder Interview Schedule for Children* (ADISC; Silverman y Albano, 1996).

En relación a los tratamientos del TAG, la terapia cognitivo-conductual, con o sin componente familiar, es la intervención que se ha probado con mayor grado de eficacia para niños y adolescentes siguiendo los criterios de la Comisión de Expertos de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995). Por ejemplo, el programa *Coping Cat* (Kendall, 1992) fue uno de los pioneros en mostrar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en niños con este trastorno. En España se puede consultar el trabajo realizado por Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés (2003) sobre la eficacia de los tratamientos en el TAG y en la ansiedad por separación en niños y adolescentes.

En este estudio se presenta el caso de un adolescente que cumple los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada (DMS-IV-TR, APA 2000). El objetivo de este estudio es presentar los efectos de la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual con el fin de reducir el número de preocupaciones, así como también disminuir la activación psicofisiológica y reducir las respuestas de escape para mejorar la calidad de vida del paciente.

Descripción del caso

Identificación del paciente

El paciente llamado Juan (nombre figurado) es un varón de 12 años de edad que cursa 2º de E.S.O. en un instituto público de Castilla-La Mancha. La familia del paciente está formada por el padre, la madre y por un hermano varón de 14 años de edad. En el domicilio familiar conviven los cuatro miembros.

Motivo de consulta

Juan viene a la consulta por padecer dolores abdominales frecuentes. Desde hace varios meses, ante determinados acontecimientos (normalmente cuando tiene un examen, o cuando piensa que tiene que hacer tareas importantes), el niño llama desde el instituto a casa manifestando tener dolores abdominales que le impiden seguir en clase y sentirse indispuerto. Normalmente ante dichos dolores los padres aconsejan que el niño permanezca en el centro, ya que saben que Juan quiere evitar la situación que le preocupa. En otras ocasiones lo recogen del centro escolar y lo llevan a casa para que descanse, ya que con frecuencia suele vomitar. Los días previos a dichos acontecimientos el paciente se muestra nervioso, irritable, con dolor de cabeza y dolores abdominales, y suele dormir mal. Aparte de estas situaciones, Juan manifiesta que siempre ha sido un niño muy nervioso, pre-ocupadizo, responsable y perfeccionista.

Esta información sobre las preocupaciones y la ansiedad experimentada junto a la descripción de los padres, aporta información relevante sobre el problema, mostrando indicios claros de que podría

tratarse de un TAG, aunque se consideró pertinente realizar una entrevista diagnóstica diferencial.

Historia del problema

Juan comenzó a tener dolores abdominales y dolor de cabeza frecuente desde hacía aproximadamente dos años ante determinados acontecimientos y preocupaciones. Asegura que desde siempre ha sido una persona bastante nerviosa. No sabe con seguridad cuándo fue el comienzo de estos estados de ansiedad y preocupaciones, pero cada vez han ido repitiéndose con más frecuencia. Además, Juan es muy perfeccionista y se exige bastante, sus notas son excelentes y su rendimiento académico es muy bueno.

Respecto a las relaciones sociales, anteriormente en el colegio no solía tener muchos amigos. Actualmente, en el instituto tiene algunos amigos y amigas; compañeros de clase con los que se relaciona normalmente y con quienes se muestra bastante adaptado. Además juega en el equipo de baloncesto del instituto, aunque dice que le encantaría tener más amigos.

La relación con sus padres es muy buena. Su padre es muy exigente con él en relación a sus notas y su comportamiento. Con su madre tiene bastante afinidad y dice llevarse muy bien. Cabe destacar que la madre estuvo bajo tratamiento farmacológico por depresión durante dos años, aunque en la actualidad se encuentra bastante bien y ha dejado el tratamiento farmacológico. Con su hermano mantiene del mismo modo muy buena relación. Esta era la primera vez que recibía tratamiento psicológico.

Evaluación del caso

Para la evaluación de Juan se emplearon dos pruebas de ansiedad, el RCADS (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis, 2000) y la entrevista diagnóstica ADISC-IV (Silverman y Albano, 2006), así como registros de observación. La fuente de recogida de información fueron los padres y el propio Juan.

En primer lugar, se administró la escala RCADS (versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 2009). Se trata de un instrumento específico para evaluar trastornos de depresión y ansiedad en población infanto-juvenil. Las propiedades psicométricas sobre la fiabilidad en la versión española poseen un nivel elevado de fiabilidad (alfa = 0.93). La fiabilidad de las diferentes subescalas de la misma es buena debido a que los valores de los coeficientes alfa se sitúan en torno a 0.80 (Sandín et al., 2009).

En segundo lugar, para realizar una valoración sobre la posible comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, se consideró pertinente aplicar la entrevista ADISC-IV (Silverman y Albano, 1996) utilizando la versión validada en español por Silverman y Sandín (2009). Los índices psicométricos muestran buenos coeficientes de fiabilidad entre 0.63-0.80 para niños más pequeños y 0.71-0.84 para jóvenes respectivamente. (Silverman, Saavedra y Pina, 2001).

Por último, le entregamos un Registro de preocupaciones y de Estimación de las preocupaciones, siguiendo el patrón similar de Olivares, Piqueras y García-López (2003), cuantificando la intensidad, la frecuencia y el grado de autocontrol de las preocupaciones (Tabla 1).

Análisis topográfico y funcional

Observamos que Juan obtiene una puntuación general por encima de la media normativa en todas las subescalas de la RCADS, pero sobre todo destaca la puntuación en la subescala ansiedad gene-

realizada (puntuación de 16 sobre la media en chicos de 7.7) seguida de la subescala en ansiedad social (15 sobre la media en chicos de 10.7).

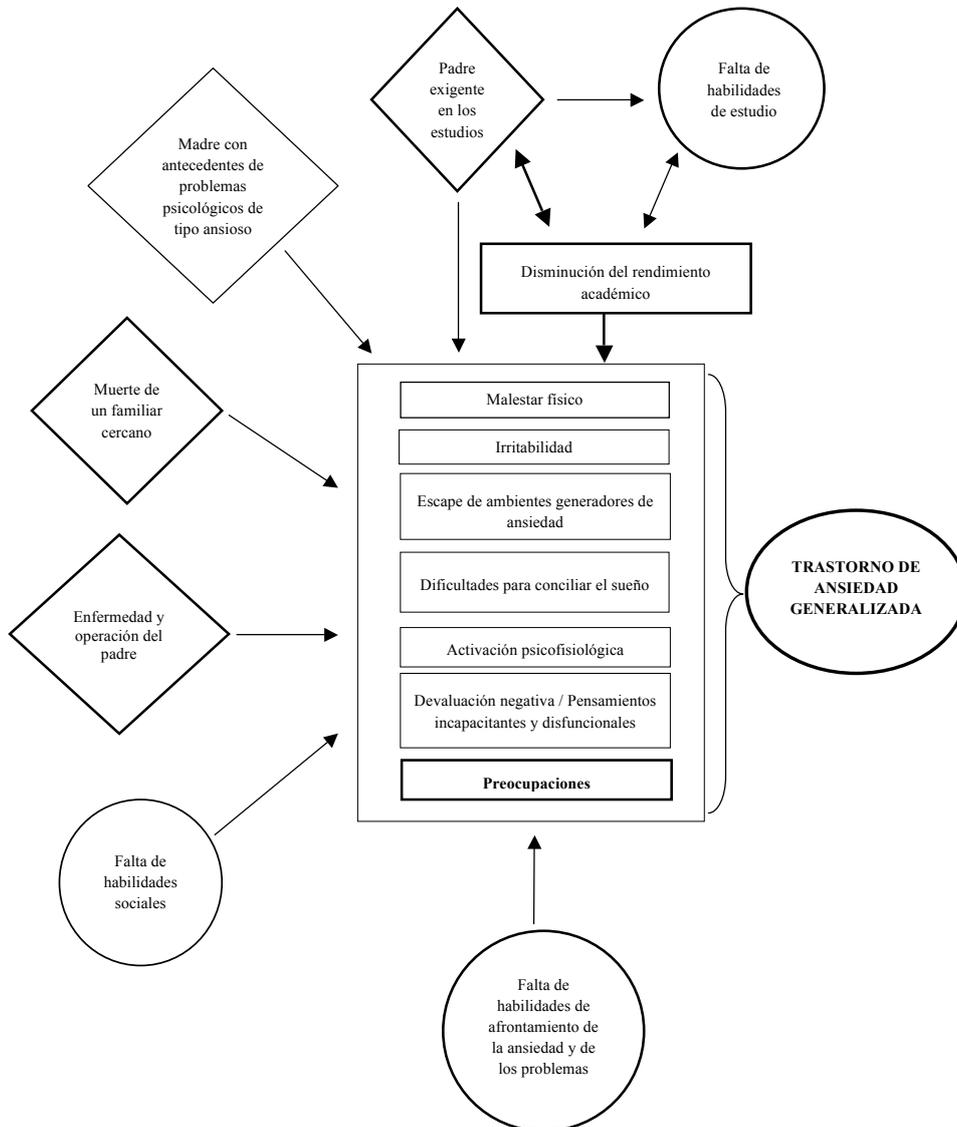
En la entrevista diagnóstica ADISC se prestó especial atención al apartado del TAG, que incluye las preocupaciones, la estimación de la gravedad de esas preocupaciones, así como de controlar o detener esas preocupaciones, el nivel de interferencia y el nivel de alteración somática. Las preocupaciones estaban relacionadas con el instituto (evaluaciones en clase de inglés y naturales, los deberes, notas, exáme-

nes, presentaciones en público, etc.) con una estimación de gravedad de 8/10 y frecuencia casi diaria. Además, solía tener preocupaciones acerca del futuro, seguidas de preocupaciones de su propia salud y la salud de sus padres con estimación de gravedad de 7/10, así como de sufrir algún accidente y/o a perder cosas importantes como los apuntes o las llaves de casa con estimación de gravedad de 6/10 siendo bastante frecuentes estos pensamientos. Por estos motivos, le cuesta concentrarse y conciliar el sueño.

Tabla 1. Registro de preocupaciones y estimación de las preocupaciones

Día de la semana y hora	Situación ¿Qué ocurre?	Preocupación ¿Qué pienso y qué hago para solucionarlo?	Emoción ¿Qué siento? Ansiedad (0-10)

Figura 1. Análisis funcional del caso de Juan



En cuanto al registro semanal, Juan presentó un total de 68 preocupaciones durante la primera semana del registro, correspondientes con sucesos en el instituto, preocupaciones sobre la salud y actividades en su vida diaria y con una intensidad en malestar de media entre 7/10. Dichos estados de nerviosismo conllevaban un malestar significativo para Juan.

A partir de los datos obtenidos mediante los cuestionarios, la entrevista, el registro de las preocupaciones, la información transmitida por los padres y la proporcionada por Juan, se confirmó que cumplía los criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada. Juan mostraba ansiedad y preocupación excesiva en una amplia gama de actividades durante al menos 6 meses, con malestar clínicamente significativo que conllevaba un deterioro social y que no se podía explicar mejor como consecuencia de efectos fisiológicos directos de una sustancia química, ni generado por una enfermedad médica como hipertiroidismo o cualquier otro trastorno somático, ni de un trastorno generalizado del desarrollo, ni de un trastorno psicótico, ni del estado de ánimo (APA, 2000).

En cuanto a los posibles síntomas de fobia social, tras la exploración oportuna se confirma que el paciente sentía nerviosismo al tener que hablar en público y ser objeto de evaluación social. No se puede apreciar un diagnóstico clínicamente significativo de fobia social, ya que no se aprecia que éste sea con una excesiva preocupación, aunque se consideró adecuado integrar dentro del tratamiento algunas técnicas de entrenamiento en habilidades sociales para hablar en público. En la Figura 1 se presenta el análisis funcional del caso.

Aplicación del tratamiento

El principal objetivo fue reducir las respuestas fisiológicas y motoras que generan en Juan, sustituir las creencias y pensamientos automáticos desadaptativos por pensamientos racionales, y eliminar las respuestas de escape y evitación. Otro objetivo importante fue conseguir que Juan reduzca su nivel de ansiedad y preocupaciones además de lograr que desaparezcan las respuestas de escape.

El tratamiento que se llevó a cabo fue un tratamiento cognitivo-conductual, siguiendo como guía el programa de Kendall (1992) para el tratamiento de la ansiedad infantil, adaptado a las necesidades de Juan. Se trataba que aprendiera a identificar la ansiedad para poder afrontarla, así como reducir el nivel de activación de la ansiedad mediante la puesta en práctica de ejercicios de forma gradual que se le iban asignando cada semana (Rodríguez de Kissack y Martínez-León, 2000).

El tratamiento consistió en un total de 16 sesiones de una hora de duración. Las dos primeras sesiones correspondieron con la fase de recogida de información. La tercera sesión se dedicó a fase psicoeducativa, en la que se explicó qué era la ansiedad y la ansiedad generalizada a Juan así como a sus padres. Durante el resto de sesiones, fase de entrenamiento durante 13 sesiones, Juan aprendió técnicas de afrontamiento logrando los objetivos propuestos mediante actividades como juegos y debates. Además, se le indicaron tareas para hacer en casa de manera que se afanzara lo aprendido durante la sesión y se pudieran observar los cambios semana a semana.

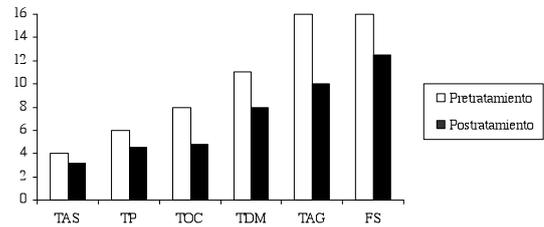
En la Tabla 2 se detalla cómo se llevó a cabo el proceso de tratamiento y se describe el desarrollo de las sesiones.

Resultados

En la Figura 2 se muestran las medidas de la evaluación mediante el RCADS antes y después del tratamiento. En el gráfico se representa

tanto la media normativa, como la puntuación de Juan antes del tratamiento y una vez finalizado éste.

Figura 2. Puntuaciones en el RCADS antes y después del tratamiento



TAS: Trastorno de ansiedad por separación. TP: Trastorno de pánico. TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo. TDM: Trastorno depresión mayor. TAG: Trastorno de ansiedad generalizada. FS: Fobia social.

En relación a los datos del RCADS se observa una mejoría del pretratamiento al postratamiento, ya que después de la intervención la puntuación de Juan se aproxima a la media normativa, mientras que en el pretratamiento la puntuación en ansiedad generalizada se encontraba muy por encima de la media normativa.

Respecto a las preocupaciones, en la Tabla 3 se presenta la frecuencia de los pensamientos distorsionados registrados por Juan antes y después del tratamiento. Una de las cuestiones principales que se planteó era la disminución del número de preocupaciones y como se puede observar la disminución es importante, sobre todo con referencia al tipo de preocupaciones relacionadas con el instituto, seguidas de las preocupaciones referentes a la salud.

Tabla 3. Puntuaciones medias según el autorregistro de preocupaciones

Tipo de preocupaciones	Pre-tratamiento	Post-Tratamiento
Salud	71	37
Familia	36	22
Instituto	68	24
Social	31	18
Otros	57	26
Total	263	127

En la Tabla 4 se presenta la evolución del nivel de activación psicofisiológica evaluada por los registros de Juan durante el tratamiento. Como se puede apreciar, existe una disminución del nivel de activación psicofisiológica en las dos medidas que se registraron, así como ninguna conducta de escape durante la terapia.

Tabla 4. Nivel de activación psicofisiológica estimada (rango de 0 a 10)

Nivel de activación psicofisiológica	Pre-tratamiento (2º-5º sesión)	Post-tratamiento (9º-15º sesión)
Activación antes de realizar los ejercicios de relajación (0-10)	8	6
Estado general de relajación después de realizar los ejercicios (0-10)	5	3.5

Tabla 2. Descripción del tratamiento y desarrollo de las sesiones

Sesión	Contenidos	Tareas para casa
1ª Motivo de consulta y recogida de información	Presentación, motivo de consulta, historia del problema, entrevista con Juan y su familia. Entrevista: Aplicar cuestionario RCADS.	
2ª Recogida de información y evaluación	Entrevista con Juan y sus padres. Entrevista semiestructurada ADISC-IV.	Autorregistro de las preocupaciones que aparezcan durante la semana.
3ª Devolución de la información	Psicoeducación: Análisis funcional: Informar a Juan y a sus padres a cerca del problema. ¿Qué es la ansiedad? ¿Qué es la ansiedad Generalizada? Papel de los pensamientos y preocupaciones en el TAG. Comentar resultados de la evaluación, observar autorregistros y mostrar los objetivos terapéuticos.	Autorregistro de las preocupaciones con nivel de activación e interferencia en la vida diaria.
4ª Entrenamiento en reestructuración cognitiva	Resolver dudas de la sesión anterior. Explicar en qué consiste la terapia racional-emotiva de Ellis (1989) y la funcionalidad del ABC. Unir sus pensamientos y emociones con sus conductas.	Registro de Pensamientos distorsionados y registro de activación psicofisiológica: ¿Cuánto activado estoy? 0-10.
5ª Entrenamiento en reestructuración cognitiva: discusión cognitiva y entrenamiento en relajación	Repaso de la sesión anterior. Observar registros. Debatir los pensamientos y preocupaciones de los registros. Continuar con los pensamientos distorsionados. Entrenamiento en relajación. Respiración diafragmática de Benson (1975). Enseñar cómo hay que respirar para relajarse. Cautela y Groden (1985).	Registro de pensamientos y preocupaciones
6ª Entrenamiento en relajación diafragmática y en autoinstrucciones.	Repaso de la sesión anterior. Observar registros. Entrenamiento en relajación. Enseñanza de la relajación autógena. Continuación con la respiración diafragmática y autógena de Benson, incidir en cómo hay que respirar. Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum (1977) sobre autoverbalizaciones positivas. "Puedo hacerlo bien", "tranquilízate".	Practicar relajación en casa, medir la activación psicofisiológica antes y después. Registrar pensamientos con alternativas de pensamiento y en las autoverbalizaciones positivas.
7ª Jerarquía de ítems y entrenamiento en relajación diafragmática y autógena.	Resolver dudas de la sesión anterior. Observar las tareas de casa. Exposición a Jerarquía de ítems en relación a diferentes situaciones/ preocupaciones que le causan nerviosismo o ansiedad y en las que Juan especificó, desde la situación que menos malestar le producía hasta la que mayor malestar le producía, para comenzar con la terapia en imaginación y en vivo. Debate socrático: Pensamientos distorsionados. Repasar los pensamientos registrados.	Practicar relajación diafragmática y autógena, registrando la activación psicofisiológica y registrando pensamientos y alternativas racionales a esos pensamientos.
8ª Entrenamiento en exposición en imaginación y en vivo.	Repaso de la sesión anterior. Supervisar las tareas de la sesión anterior. Entrenamiento en exposición a las preocupaciones. Mediante una escala de 0-100 se especificó la exposición a las preocupaciones, 100 como máximo malestar y 0 como mínimo de malestar. Las preocupaciones fueron un total de 12 (que correspondían a preocupaciones en el instituto, la salud, amistades, cosas importantes para Juan y el mundo que le rodea) y 60 ítems. En cada sesión, se exponía en imaginación a dos situaciones preocupantes que correspondían a 5 ítems de la jerarquía, cada vez con mayor intensidad de malestar para el sujeto y se enviaba como tareas para casa el realizar una exposición en vivo con ayuda de su madre. (Aplicar lo aprendido). *No siempre había exposición en vivo ya que había preocupaciones como por ejemplo: "pensamientos sobre la muerte de un ser querido".	Practicar relajación y registrar alternativas de pensamiento y exposición in vivo.
9ª Entrenamiento en exposición en imaginación y en vivo.	Resolver dudas de la sesión anterior. Entrenamiento en imaginación y en vivo ante las exposiciones. Repasar y ver hasta dónde ha llegado en la exposición in vivo y continuar con exposición en imaginación.	Exposición in vivo y actividades de relajación
10-11ª Entrenamiento en exposición en imaginación y en vivo.	Resolver dudas de la sesión anterior. Entrenamiento en exposición en imaginación. Repasar y ver hasta dónde ha llegado en la exposición in vivo y continuar con exposición en imaginación.	Exposición in vivo y autorregistro de pensamientos

Sesión	Contenidos	Tareas para casa
12ª Entrenamiento en exposición en imaginación y en vivo	Resolver dudas de la sesión anterior. Entrenamiento en imaginación y en vivo ante las exposiciones. Repasar y ver hasta dónde ha llegado en la exposición in vivo y continuar con exposición en imaginación.	Exposición in vivo, actividades de relajación y autorregistro de activación psicofisiológica.
13ª Entrenamiento en imaginación y en vivo	Resolver dudas de la sesión anterior. Entrenamiento en imaginación y en vivo ante las exposiciones. Repasar y ver hasta dónde ha llegado en la exposición in vivo y continuar con exposición en imaginación.	Exposición in vivo, actividades de relajación y autorregistro de activación psicofisiológica.
14ª Organización del Tiempo	Entrenamiento en el control del tiempo: estableciendo objetivos a corto, medio y largo plazo y estableciendo las prioridades. Saber organizarse durante el próximo curso.	Realizar registro de horario estructurado, activación psicofisiológica y de preocupaciones.
15ª Resolución de problemas	Observar los registros, analizarlos y resolver dudas de la semana anterior. Entrenamiento en resolución de problemas: Establecer posibles problemas y las posibles alternativas en la solución de problemas.	Realizar alternativas de problemas surgidos durante la semana. Autorregistro de alternativas de pensamiento y autorregistro de nivel de activación psicofisiológica.
16ª: Avances en la terapia	Preparación para afrontamientos futuros. Lista de posibles situaciones problemáticas y sensaciones. Alternativas de pensamiento y observación de los avances que ha hecho Juan con el tratamiento. Propuestas de futuro para realizar entrenamiento en habilidades sociales para hablar en público. No hubo ocasión de realizar una exposición delante de un público y por tanto, se propone para sesiones futuras. Ansiedad Social (Vera y Roldán, 2009).	

Discusión

Después de la aplicación del tratamiento y a la vista de los resultados, se puede afirmar que los objetivos propuestos que se habían planteado han sido logrados. Mediante la intervención se ha conseguido que Juan reduzca considerablemente su nivel de activación psicofisiológica, uno de los principales objetivos que se habían planteado. Además, se consiguió reducir sus preocupaciones, mejorar su capacidad para relajarse, concentrarse y afrontar los problemas. En relación a las preocupaciones se redujeron sobre todo las relacionadas con los estudios, perder cosas importantes, la muerte y la salud de la familia, temas generadores de ansiedad para Juan. Se consiguió disminuir las respuestas de escape en los exámenes, consiguiendo que se relajara, focalizando su atención en pensamientos positivos. En este sentido, la relajación tuvo un papel fundamental, ya que al conseguir relajarse en estas situaciones evitaba sentir ese malestar estomacal y se sentía menos nervioso (Robles y Peralta, 2007).

Nuestro trabajo aporta a la comunidad científica un estudio de un caso clínico especializado sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual al trastorno de ansiedad generalizada en la adolescencia. Se ha comprobado que el tratamiento cognitivo-conductual con los componentes de relajación, exposición en imaginación y en vivo y algunas técnicas de habilidades sociales han sido adecuados para el tratamiento de un caso infantil, aportando y mostrando la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en este tipo de casos clínicos y cuyos resultados concuerdan con los estudios de Olivares, Piqueras y Rosa (2006), Olivares, Rosa y García-López (2006) y Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés (2003).

La intervención utilizada en este trabajo ha sido diferente al caso de estudio de Olivares, Rosa y García-López (2006), ya que aquí se consideró más adecuado el uso del tratamiento de Kendall (1992) para la ansiedad infantil, consiguiendo los mismos resultados.

La imposibilidad de realizar un seguimiento meses después del tratamiento para examinar cuáles de las mejoras conseguidas siguen vigentes supone una limitación de carácter temporal a este estudio. En

conclusión, a través de la utilización de técnicas cognitivo-conductuales en la intervención se han conseguido obtener resultados positivos que apoyan nuevas evidencias a anteriores trabajos sobre el manejo de la ansiedad en la adolescencia.

Artículo recibido: 20/03/2014

Aceptado: 8/05/2014

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4ª edición). Washington DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4ª edición revisada). Washington DC: Autor.
- Benson, H (1975). *The relaxation response*. Nueva York: William Borrow. En J. Vila y M. C. Fernández-Santaella (Eds.), *Tratamientos psicológicos: La perspectiva experimental*. Madrid: Pirámide.
- Cautela, J. R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Chorpita, B.F., Yim, L., Moffitt, C.E., Umemoto, L.A., y Francis, S.E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835-855.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006). *Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Kendall, P. C. (1992). *Coping Cat Workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Méndez, X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2006). *Terapia psicológica con niños y Adolescentes: Estudio de casos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y García-López, L. J. (2003). *Registro de la Exposición a Fuentes Generadoras de Preocupación Desadaptativa*. Unidad de Terapia de Conducta. Servicio de Psicología Aplicada. Universidad de Murcia.
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Rosa, A. I. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada, *Terapia Psicológica*, 24(1), 87-98.

- Olivares, J., Rosa, A. I. y García-López, L. J. (2006). Tratamiento de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (Coords.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Casos clínicos* (pp. 105-130). Madrid: Pirámide.
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. I. e Inglés, C. J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19(2), 193-204.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L. y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120.
- Robles, H. y Peralta, M. I. (2007). *Programa para el control del estrés*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez de Kissack, M. y Martínez-León, N. C. (2001). Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños y adolescentes. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Rubín, C. (1990). *La ansiedad en niños y adolescentes*. Madrid: Roche.
- Sandín, B., Valiente, R. M. y Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 14(3), 193-206.
- Silverman, W. K. y Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV-C)*. Child version. New York: Graywind Publications.
- Silverman, W. K., Saavedra, M. L. y Pina, A. A. (2001). Test-Retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parents Versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(8), 937-944.
- Vera, N. y Roldán, G. M. (2009). *Ansiedad Social. Manual práctico para superar el miedo*. Madrid: Pirámide.

