



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Educación y Trabajo
Social

GRADO EN EDUCACIÓN PRIMARIA

Educación Especial

TRABAJO FIN DE GRADO

Intervención en el alumnado con trastorno de ansiedad por separación

Presentado por: Marta González Krotenberg

Tutor: Benito Arias Martínez

Fecha: 09/07/2021

ÍNDICE

Introducción	4
Objetivos	5
Fundamentación teórica	6
Definición del Trastorno de Ansiedad	6
Desarrollo histórico.....	11
Conceptualización del trastorno	15
Epidemiología	22
Desarrollo.....	25
Evaluación y criterios de diagnóstico.....	25
Curso y pronóstico	37
Tratamiento	38
Diseño de intervención en el aula	41
Justificación.....	41
Contextualización.....	42
Metodología	45
Objetivos	46
- Generales.....	46
- Específicos	46
- Procedimiento de intervención.....	47
Temporalidad	47
Propuesta de intervención	48
- Actividades.....	48
Conclusiones	52
Referencias bibliográficas	54
Anexos	60

Resumen

La ansiedad es una forma de defensa y de protegerse a uno mismo cuando tenemos que hacer frente a situaciones o vivencias que son consideradas un peligro o una amenaza. Se diferencian dos tipos de ansiedad, la fisiológica y la patológica. La presencia de esta última desembocaría en el desarrollo de los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son reconocidos como una respuesta emocional ante situaciones y vivencias que experimenta el sujeto, miedo o preocupación. Estos trastornos son de los más comunes dentro de los problemas de salud mental.

En cuanto a la ansiedad por separación, es definida como una manifestación de carácter adaptativo, que se produce a lo largo del desarrollo del niño, sobre todo al inicio de dicho desarrollo cuya intensidad es ligera y empieza a bajar a partir de los tres años.

El trastorno de ansiedad por separación está influido por diferentes factores: ambientales, genéticos y fisiológicos (DSM-V) los cuales influyen en el desarrollo de síntomas como preocupación excesiva al miedo de perder o a separarse de aquellos sujetos con los que tiene una relación de apego, alteraciones a nivel social, desarrollo de la evitación constante pesadillas, etc. En cuanto a los factores ambientales, este trastorno se desarrolla posteriormente al haber vivido un entres a partir de una pérdida. Además de esto, lo que puede generar una ansiedad por separación es la independencia del hogar, iniciar una relación emocional y ser madre o padre. En cuanto a los factores genéticos y fisiológicos, este trastorno puede llegar a ser hereditario en los niños con un 73% siendo el género femenino con más prevalencia.

Por otro lado, es muy necesario llevar a cabo una evaluación lo más completa posible ya que esta va a permitir conocer la gravedad del trastorno y la intervención más adecuada adapta a las características del sujeto y del contexto.

Existen instrumentos de aplicación general para todos los trastornos de ansiedad, pero también contamos con herramientas más específicas para el trastorno de ansiedad por separación pudiendo destacar el SCAS ya que consta de una versión destinada a los padres y a las madres, entre otros.

Finalmente, el tratamiento es un aspecto fundamental en conseguir disminuir la intensidad del trastorno o incluso en eliminarlo, pero para ello es importante, como se ha mencionado

anteriormente, la realización de una evaluación para conocer las características determinantes para la elección de la intervención adecuada.

Palabras clave: Trastornos de ansiedad; Ansiedad por separación; Trastorno de ansiedad por separación

Introducción

Los niños muestran una actitud susceptible a las posibles situaciones de amenaza que desembocan en separación de aquellas personas con las que tienen un vínculo afectivo, sobre todo si se trata de los padres.

La ansiedad por separación es un fenómeno que suelen experimentar todos los niños el cual consiguen superarlo más o menos a los tres años, pero hay algunos de ellos que dicha ansiedad por separación se acaba convirtiendo en trastorno de ansiedad por separación el cual tiene su inicio en la edad preescolar (MayoClinic, 2018). Por ello es muy importante detectar el problema y aplicar una intervención lo más temprano posible para conseguir el desarrollo adecuado del niño y mejorar su calidad de vida.

Para aplicar una buena intervención es importante prestar atención a todas las características del niño las cuales son necesarias para conocer el cuadro clínico de una forma más completa y así poder aplicar el tratamiento de intervención adecuado y lo más temprano posible. Es importante tener en cuenta que para que la intervención sea eficaz es necesario incorporar intervención psicosociales y farmacológicas. En el caso de que sea el trastorno de ansiedad por separación sea leve, la intervención sería con un tratamiento de psicoterapia y fármacos en caso necesario, pero si es severa, es conveniente la aplicación de una terapia común (Pacheco, 2009)

En este caso, el trastorno de ansiedad tiene la base de causa en una separación familiar, más concretamente la figura paterna, pero es posible que la separación se produzca en diferentes niveles conyugales, ya sea separación de los padres, abuelos, hermanos, etc., pero también se puede dar este tipo de trastorno por un divorcio, separación con otro sujeto con el cual existía una vinculación emocional y afectiva elevada o por el cambio o ida del colegio.

Es importante conocer las características de este tipo de trastorno tan común y, sobre todo, que tratamientos e intervención ayudarían al alumno para su mejora y para su adecuado desarrollo a nivel personal, social, afectivo y cognitivo.

Los síntomas de este trastorno pueden tratarse de una preocupación previa o llegar a desarrollar una ansiedad completa por la separación. En el caso de los niños, la ansiedad por separación suele tener un nivel bajo de intensidad cuya tendencia suele ir disminuyendo poco a poco. A pesar de esto, existen casos donde dependiendo del contexto, de los factores de peligro y de amenazas, la ansiedad por separación puede llegar a ser crónica produciendo consecuencias negativas y transformándose en trastorno de ansiedad por separación.

El presente trabajo fin de grado se trata de una intervención en el aula en un alumnado que padece un trastorno de ansiedad por separación, donde plantearé una metodología de desarrollo, una justificación plasmando las necesidades de dicha intervención, una contextualización ofreciendo las diferentes características del tipo de alumno propuesto y su contexto, unos objetivos tanto generales como específicos, además de plantearlos también sobre el procedimiento de intervención y finalmente, me centrare en la temporalidad y en la propia propuesta de intervención la cual constara de diversas actividades donde se trabajarán los objetivos planteados.

Además de lo anteriormente explicado, llevaré a cabo una fundamentación teórica sobre el trastorno de ansiedad, señalando la definición, el desarrollo a lo largo de la historia para conocer su evolución, la conceptualización de este, la epidemiología, el desarrollo, la evaluación y criterios de diagnóstico, el curso y pronóstico futuro que este trastorno tiene y finalmente, los diferentes tratamientos aplicables.

Objetivos

Objetivos generales:

- Conocer los tratamientos más eficaces para la intervención en sujetos con trastorno de ansiedad por separación, las características y las causas.
- Diseñar un plan de intervención para el alumnado que padece trastorno de ansiedad por separación.

Objetivos específicos:

- Plantear y describir una de las causas que pueden generar el trastorno de ansiedad por separación.
- Establecer unas pautas y normas a seguir para el proceso de evaluación y creación del diagnóstico.

- Diseñar diferentes intervenciones en el alumnado con trastorno de ansiedad por separación.
- Conocer diferentes técnicas de intervención.

Fundamentación teórica

Definición del Trastorno de Ansiedad

En primer lugar, es importante conocer la definición completa del trastorno de ansiedad, atendiendo a las diferentes características y los diversos tipos que este puede tener para que posteriormente podamos centrar la intervención en uno de ellos: trastorno de ansiedad por separación.

La ansiedad es un mecanismo de protección que las personas poseemos a la hora de enfrentarnos a un problema o a ciertas experiencias y situaciones que son una amenaza para nosotros y nuestro contexto, generando así un mejor rendimiento en su afrontamiento. (Gabinet Psicológic, s.f.)

A nivel fisiológico, la ansiedad consiste en el funcionamiento de la rama simpática del sistema nervioso autónomo, el cual genera unos cambios fisiológicos cuyo objetivo es preparar al cuerpo para que este tenga un mayor y mejor rendimiento tanto intelectual como físico. (Escudero, 2021)

La ansiedad ha estado presente a lo largo del tiempo y durante nuestra vida cotidiana continuamente, ya que siempre existe algo presente en nuestras vidas que lo provoca.

A raíz de esto podemos diferenciar dos tipos de ansiedades: la normal y la patológica.

- La ansiedad normal es aquella que está relacionada con la vivencia de situaciones, la cual realiza una función de adaptación y preparación del individuo para llevar a cabo acciones o mantenerle alerta a posibles amenazas.
- Por otro lado, la ansiedad patológica es aquella que no es expuesta como una reacción frente a situaciones, estímulos y cuya intensidad y duración son prolongados. En este momento, comenzaría a ser un problema para el individuo. Aquí surgen los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son considerados problemas de salud mental o un estado emocional, los cuales están relacionados con ciertas vivencias y experiencias cuando hay un exceso de fobia, miedo, ansiedad, preocupación, etc., se ve afectado el funcionamiento

corporal generando una dificultad funcional además de una incomodidad que produce al individuo la búsqueda de una ayuda médica. Estos trastornos son de los más comunes en las enfermedades psiquiátricas.

Según el DSM-V los trastornos de ansiedad comparten ciertas características como pueden ser:

- El miedo el cual se trata de una sensación emocional la cual es generada por una situación de amenaza o peligro para el sujeto la cual puede ser o real o imaginaria.
- La ansiedad se trata de un sentimiento de temor que proporciona una respuesta anticipatoria frente a una próxima amenaza.
- Las alteraciones conductuales que llevan asociadas.

Tanto el miedo como la ansiedad son respuestas que se enmascaran entre sí, pero también encontramos diferencias, ya que el miedo está relacionado con reacciones ante la defensa, con pensamientos de peligro que generan el desarrollo de conductas de huida, en cambio, la ansiedad es más una respuesta fisiológica relacionada con la tensión muscular, conductas evitativas y vigilancia sobre una amenaza futura.

Las diferencias entre los trastornos de ansiedad dependen de las diversas vivencias y experiencias que los sujetos padecen y que están inducen al miedo y ansiedad. A pesar de esta base común, también tienen diferencias mediante un estudio completo sobre el tipo de experiencias y situaciones que provocan ese temor o esa evitación, además de analizar también, el contenido existente en los pensamientos asociados.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o ansiedad anteriormente nombrado, principalmente por una característica temporal, cuya duración desmesurada que estos tienen y por la persistencia que tienen, la cual suele ser de unos seis meses o más.

En cambio, esta característica temporal se puede ver modificada en los niños ya que puede ser una duración más corta, como se da en los casos de trastorno de ansiedad por separación o en el mutismo selectivo, los cuales, junto al resto, veremos más adelante detalladamente.

En general, la mayoría de los trastornos de ansiedad brotan durante la infancia y estos serán cada vez más graves y se desarrollaran más si no son tratados como se corresponde y de forma precoz. Muchos aparecen de una forma más habitual en las mujeres.

Los trastornos de ansiedad que podemos distinguir son los siguientes:

- **TA por separación.** El sujeto que padece este tipo de trastorno de ansiedad se halla asustado ante la separación de personas que tiene afecto en un grado que es inadecuado para su desarrollo. Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) define este trastorno como el miedo o ansiedad excesiva y persistente ante la separación real o imaginaria del hogar o de las figuras de apego. Como ya he mencionado anteriormente, este tipo de trastorno se suele desarrollar en la infancia, pero ello no elimina la posibilidad de que aparezca en la edad adulta. La duración habitual del miedo, ansiedad o evitación es de al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y de seis o más meses en adultos. El trastorno provoca una incomodidad importante y un daño progresivo a nivel social, académico, laboral, entre otros.

- **Mutismo selectivo.** Se trata de una ineptitud para hablar en situaciones sociales concretas en las cuales existe intención de llevar a cabo la acción de comunicación, por ejemplo, en el colegio. En cambio, en otras situaciones puede hacerlo. Este tipo de trastorno provoca daños en los logros educativos, laborales o sociales. El fallo de poder hablar no se puede relacionar con la inexistencia de comunicación o por la adecuación con el lenguaje hablado concreto en cada situación. Finalmente, hay que destacar, que esta alteración no se determina mejor por un trastorno de la comunicación, como por ejemplo el tartamudeo, además de que no se ocasiona solamente a lo largo del curso de un trastorno del espectro autista, de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico.

- **Fobia específica.** Se trata del miedo o de la ansiedad potente e instantánea por un objeto o por una situación determinada como puede ser, la situación de volar, de estar a una gran altura, los animales, etc. El miedo que genera el objeto o situación determinada es totalmente desproporcionado al peligro real, cuya duración habitual es de seis o más meses. También, provoca un daño a nivel laboral, académico, social y en otras áreas de funcionamiento. Finalmente, mencionar, que la fobia específica no se explica de una forma más correcta y completa por síntomas de diversos trastornos mentales.

- **TA social (fobia social).** Se trata de un miedo o ansiedad potente en una o en varias situaciones sociales en las que el sujeto está exhibido a ser examinado por parte del resto de personas. Algunos ejemplos de estas situaciones pueden ser:

- Interacciones sociales como, por ejemplo: establecer una conversación o agruparse con otras personas.
- Sentirse observado a la hora de estar comiendo, por ejemplo.
- O presentarse frente a otras personas, como se puede dar en el caso de una charla.

Es importante determinar que, en los niños, esta alteración se puede generar en las reuniones con sujetos de su edad y no solo en las interacciones con sujetos adultos. Por otra parte, el sujeto tiene cierto miedo a ejercer de cierta forma o de exponer síntomas de ansiedad que se evalúen de forma negativa, como, por ejemplo, situaciones de humillación, de avergonzamiento, de rechazo, etc., por ello, esas situaciones sociales las evitan con ansiedad o miedo intenso.

- **Trastorno de pánico.** Se trata de la existencia de ataques de pánico inesperados los cuales aparecen de forma periódica. Estos se tratan del surgimiento de forma súbita de un miedo intenso o malestar, el cual llega a su máximo desarrollo en pocos minutos y a lo largo de este tiempo aparecen mínimo cuatro síntomas como palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de falta de oxígeno, dolor del tórax, sensación de ahogo, ganas de vomitar, miedo a morir, etc.
- **Agorafobia.** Es el miedo o ansiedad elevada cuando se produce mínimo dos de las siguientes situaciones:

1. Uso del transporte público
2. La estancia en espacios públicos
3. Estancia en espacios cerrados
4. Hacer cola o encontrar en medio de una multitud
5. Estar fuera de casa solo

El sujeto que padece este tipo de trastorno suele evitar o desconfiar de estas situaciones anteriores mencionadas ya que la idea que tiene de que escapar es difícil es o podría ser algo complicado de ejecutar. La duración suele ser de unos

seis meses o más. El miedo, evitación o ansiedad que genera la agorafobia producen un malestar importante y el deterioro a nivel laboral, social y otras áreas de funcionamiento.

- **TA generalizado.** Se caracteriza por la existencia de una preocupación desmesurada y de ansiedad, las cuales prevalecen en un mínimo de seis meses en relación con otros diferentes situaciones o tareas como, por ejemplo, la actividad laboral y escolar. Al sujeto le es difícil poder dominar la preocupación. Esta anomalía no se debe relaciones con los efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica, además de que no se explica mejor por otro tipo de trastorno mental.

- **TA inducido por sustancias/medicación.** Se caracteriza por la efectividad de síntomas preeminentes de la ansiedad (criterio A) los cuales son considerados como secundarios a los efectos fisiológicos directos que produce una sustancia (criterio B). En función de la naturaleza de la sustancia y del contexto en el que surgen los síntomas, el trastorno puede incluir:
 1. Ansiedad predominante
 2. Fobias
 3. Crisis de angustia
 4. Obsesiones o compulsiones

- **TA debido a otra afección médica.** Caracterizado por la presencia de síntomas ansiosos los cuales son considerados de forma secundaria a los efectos fisiológicos procedentes de una enfermedad subyacente.

- **Otros TA especificados.** No cumplen con los criterios de forma similar para otro tipo de trastorno de ansiedad por son importante para tenerlos en cuenta. (MayoClinic, 2018)

Desarrollo histórico

INICIOS DE LA ANSIEDAD

Frecuentemente, se ha defendido que la historia del trastorno de ansiedad es nueva además de que casi no era conocido como trastorno previo al siglo XIX. Lo que está en duda es la creencia de que la ansiedad sea un concepto creado recientemente. En definitiva, los trastornos del estado de ánimo pueden tener su inicio en la antigüedad clásica.

Existen señales sobre la identificación de la ansiedad como repercusión negativa diferente y como un trastorno separado por filósofos y médicos grecorromanos. (Puerta, 2018).

Hipócrates (460 a.C.-370 a.C.) y los discípulos escribieron un conjunto de escritos médicos los cuales se llaman: Corpus Hipocrático. En este escrito se encuentra la historia de la fobia que padecía un hombre cuando iba a las fiestas de noche y oía a un flautista.

Por otro lado, existen unos textos filosóficos estoicos latinos, donde aparecen diferentes perspectivas modernas sobre las cualidades clínicas de la ansiedad y el tratamiento cognitivo de esta.

Los cinco libros hechos por Cicerón (106 a.C.-43 a.C.) defendía que la incomodidad, la inquietud y la ansiedad se designan trastornos debido a la semejanza entre la mente problemática y el cuerpo enfermo. Por otro lado, presenta una exposición clínica de los diferentes efectos anómalos:

- La ansiedad es definida como un trastorno abusivo
- La molestia/ incomodidad se caracteriza por ser fija
- La inquietud es definida como rumiante

A partir de esas definiciones y esas diferencias, Cicerón creó una primera diferencia entre las dos formas que la ansiedad podía expresarse:

- La primera es el reconocimiento de la ansiedad estado donde se establece que existe ansiedad en ciertos momentos de forma intensa
- La segunda es la denominación de la ansiedad como rasgo, la cual se trata de la tendencia de cada sujeto a padecer ansiedad de forma permanente

Séneca (4 a.C. – 65 d.C.), predicó la forma de conseguir librarse de la ansiedad, explicación desarrollada en su libro: De tranquillitate animi, donde determina el estado

correcto para conseguir la “paz mental” como una posición en la que el sujeto no se encuentra loco y que es semejante a lo que los griegos denominaron eutimia, definición que hoy en día se usa en psiquiatría.

Según este autor, el temor a la muerte es el pensamiento esencial que nos imposibilita disfrutar de una vida sin inquietudes. La solución que ofrece Séneca es dedicar a uno mismo la atención actual y no preocuparse por el futuro.

LA MANÍA

Al existir los diversos puntos de vista sobre el funcionamiento, la filosofía y la medicina antigua, se ha creado una clasificación la cual ha sido determinada como la teoría de los cuatro humores la cual defiende que el cuerpo humano está formado por cuatro sustancias base las cuales se llaman humores (líquidos). Estos y su equilibrio señalaban el estado de salud del sujeto. Por lo que, si existe, en demasía o, por lo contrario, una disminución de estos, se desarrollaría la enfermedad o discapacidad, como, por ejemplo, la manía.

Esta clasificación originaria ha sido la más general para la explicación del manejo del cuerpo humano entre los profesionales de esa época hasta el arribo de la medicina moderna en el siglo XIX. En 1801, la expresión manía todavía se usaba cuando el autor Pinel caracterizada está en su escrito: Tratado de la alienación mental o la manía.

A principios del siglo XIX la manía era entendida como una clase que englobaba a los estados agudos, excitatorios y habitualmente desasosegados, inclusive aquellos estados de desorden tóxico o infecciosa que eran habituales.

Los trastornos que se localizaban eran determinados como enfermedades mentales teniendo un estado patológico únicamente: la alineación mental.

Jean-Pierre Falret quien modifico la forma de ver las enfermedades mentales, defendiendo que existen enfermedades autónomas con síntomas y evoluciones autónomas cuyas causas originarias eran características a pesar de que todavía no habían sido estudiadas ni descubiertas.

ANSIEDAD COMO NEUROSIS

Morel fue quien implantó a mediados del siglo XIX la historia moderna de la ansiedad. Este autor, agrupa en un mismo cuadro los diferentes estados en lo que se identifica el trastorno de ansiedad generalizada, las crisis de pánico, obsesiones y fobias. Según el,

todas estas anomalías correspondían a un trastorno funcional del sistema nervioso visceral, es decir, a un tipo de neurosis determinada.

A lo largo del tiempo, Westphal separa la agorafobia la cual se caracteriza porque su principal síntoma es el miedo irracional el cual surge cuando el individuo está en un lugar abierto. La aceptación de esta explicación encamina el surgimiento y el desarrollo de otros tipos de estados de fobia.

A mediados del siglo XIX, el libro del americano Beard el cual se denomina “Tratado práctico del agotamiento nervioso” donde defiende la existencia de una nueva denominación de neurosis relacionada con el estrés de la vida moderna. El síntoma esencial de este problema es el agotamiento mental y físico, pero también se encuentra concurrido de otros síntomas como, por ejemplo, síntomas de fobia u obsesivos.

A finales del siglo XIX, Freud, centró su investigación en la histeria y en la neurosis, iniciando la clasificación de la neurastenia. Defendía que la neurastenia de Beard se subclasificaba en dos a su vez:

- Neurosis de angustia la cual determinaba la existencia de angustia a partir de dos formas: la primera era expuesta de forma ligera que involucra una permanencia ansiosa estable a la cual se unen crisis de angustia intensas, una extensión escasa, que aparecen en un momento inesperado provocando así que la angustia se quede encubierta por síntomas como percepción de ahogo o presión en el pecho.
- La neurastenia la cual está determinada por la fatiga.

Las colaboraciones de Freud han sido principalmente para la presentación y clasificación de los márgenes de la neurosis donde se abarcaron cinco conceptos diferentes: histeria, hipocondría, neurosis de angustia, fóbica y obsesiva.

La neurastenia se va eliminando progresivamente y las neurosis evolucionaron a lo que hoy en día conocemos como: trastornos de ansiedad.

DEL SIGLO XX A LA ACTUALIDAD

La 1ª edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM-I, mantiene la autoridad del psicoanálisis y expone en un capítulo los “trastornos psiconeuróticos” los cuales tiene como principal característica que la ansiedad se recibe de forma directa o que puede llegar a ser vigilada de forma inconsciente y automática aplicando diferentes mecanismos psicológicos de defensa. En el DSM-I se muestra la

descripción de seis clasificaciones donde se ubican la reacción ansiosa, fóbica y obsesivo-compulsiva.

A mediados del siglo XX, Donald Klein analizó que entre los sujetos que padecen agorafobia, los medicamentos generaban acciones diversas. Los sedantes tenían éxito en su aplicación en la ansiedad ligera estable, en cambio, no eran eficaces sobre la crisis de angustia. En caso opuesto pasaba con los antidepresivos. Este autor, a partir de esta evidencia, planteó que existían dos tipos de clasificaciones de la ansiedad cuya naturaleza era diferente. Diferenció la ansiedad cuya principal característica es la existencia continuada de una espera ansiosa, la cual se conoce actualmente como “trastorno de ansiedad generalizada”, con la “crisis de pánico” el cual se denomina actualmente como “trastorno de pánico”.

En el año 1968 surge el DSM-II cuya principal característica es la descripción de las neurosis de ansiedad como una inquietud ansiosa excesiva que alcanza el pánico y va concurrida con síntomas corporales. Junto a la definición que crearon Freud y Klein, mostraba que la neurosis de ansiedad puede desarrollarse en cualquier momento y situación y no está delimitada a determinadas situaciones ni a objetos concretos, en cambio la neurosis fóbica, sí.

A finales de este año, se comienza a percibir la ansiedad como un conjunto multifacético creado por tres diferentes elementos: comportamientos, pensamientos y síntomas, los cuales interaccionan entre ellos.

En cuanto al DSM-III, creó una nueva forma conceptual donde se alejó de la visión psicoanalista para centrarse en una visión psiquiátrica biológica y una perspectiva social. Elimina el capítulo de “neurosis” y lo denomina “trastornos de ansiedad” los cuales introducen los “trastornos de pánico”, “trastorno de ansiedad generalizada”, “trastornos fóbicos” y “trastorno obsesivo-compulsivo”.

Los síntomas que se desarrollan y que son característicos de los trastornos de ansiedad ha llevado a que surjan dos nuevas identidades: “estado de entres postraumático” y el “estado de estrés agudo”. En cambio, la histeria se queda fuera de este capítulo y se denomina trastorno de conversión.

A lo largo de los años ochenta se llevaron a cabo muchos estudios cuyo principal objetivo era el desarrollo de las características de la ansiedad. Lewis, indica, en primer lugar, que

la ansiedad forma un estado emocional cuya sensación es el miedo, en segundo lugar, este autor la determina como una emoción negativa, en tercer lugar, orienta la ansiedad a una visión futura considerándola como amenaza, en cuarto lugar, en la ansiedad no se manifiesta un riesgo y si existe, el estado emocional que suscita es descomedido a ella, en el quinto puesto, Lewis indica la existencia de percepciones corporales que generan malestar, y finalmente, hay una presencia de trastornos corporales.

En cuanto al DSM-V, manual actualmente vigente, no ha habido grandes modificaciones en cuanto a los trastornos de ansiedad se refiere ya que el punto de vista es semejante. Organiza los trastornos por rangos cuya base son los síntomas y en ocasiones pueden tener en cuenta los factores que los producen. A pesar de esto, los estudios siguen vigentes para poder formar una clasificación que no tenga como base solo los síntomas permitiendo a largo plazo crear una clasificación donde se tenga de base también los factores genéticos, ambientales y sociales, es decir, crear una clasificación psicosocial que mezcle diferentes aspectos.

Conceptualización del trastorno

Cada sujeto experimenta el trastorno de ansiedad de formas muy diferentes.

Los síntomas del trastorno se pueden clasificar en tres grupos:

- Conductuales ya que el padecer este trastorno produce un cambio en la forma de actuar.
- Cognitivos ya que la forma de ver el mundo y el entorno se ve alterada por dicha ansiedad.
- Fisiológicos ya que genera unas respuestas fisiológicas, como pueden ser el nerviosismo, sequedad bucal, aumento de las palpitaciones, etc.

Los síntomas más comunes en este trastorno son los siguientes (MayoClinic, 2018):

- Sensación de nerviosismo, de tensión o también de agitación
- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe
- Aumento del ritmo cardiaco
- Respiración acelerada, es decir, hiperventilación
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de debilidad o cansancio

- Problemas para conseguir mantener la concentración o la capacidad para pensar en otra cosa que no sea el tema actual de preocupación
- Problemas para conseguir conciliar el sueño
- Problemas gastrointestinales
- Déficit para controlar preocupaciones
- Necesidad de rehuir situaciones que provocan ansiedad

Centrándonos en los síntomas del trastorno de ansiedad por separación, los niños que padecen este tipo de trastorno suelen provenir de núcleos familiares donde existe un gran vínculo emocional, por lo que al alejarse del hogar o de estos sujetos, exponen un rechazo social, preocupación, nerviosismo, tristeza o dificultades para centrarse en el trabajo o juego. Dependiendo de la edad, los individuos pueden tener miedo a los animales, monstruos, oscuridad, fantasmas, ladrones, secuestradores, accidentes de vehículos, viajes en avión, y más situaciones que son recibidas como un peligro para su familia y para ellos mismos. Estas sensaciones las expresan a nivel corporal con dolor abdominal, dolores de cabeza o quejas somáticas.

Puede existir una negación en ir al colegio, provocando así problemas académicos y sociales.

Las niñas y los niños pueden lamentarse de que no hay nadie que les tenga aprecio o que les cuida y que habrá sujetos que quieren que estuvieran muertos. Cuando se les plantea la situación de separación se muestran alterados e inquietos y a veces pueden golpear a alguien que este obligando a que se produzca la separación.

Los sujetos que padecen este tipo de trastorno son caracterizados por ser exigentes e intrusivos además de demandar atención constantemente. Los niños exigen de forma continuada peticiones que generan habituales frustraciones con sus padres produciendo un resquemor y enfrentamientos familiares.

Este trastorno suele aparecer sobre los seis años de edad y puede eliminarse sobre los 12 años descartándose la posibilidad de que se desarrolle a los 18 años.

Por otro lado, estos niños también son caracterizados por mostrarse sensatos, obedientes y dispuestos a agrandar. El estado de ánimo que muestran es deprimido el cual puede padecerse a lo largo del tiempo contemplando un diagnóstico suplementario de trastorno

distímico o de trastorno depresivo mayor. También, el trastorno por separación puede dar lugar al crecimiento de un trastorno de angustia con agorafobia.

Tabla 1

Criterios de diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación recogidos en el DSM-5

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro autista, delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

EL trastorno de ansiedad puede presentar ciertas comorbilidades con otros trastornos. En primer lugar, hay que destacar que se valora que existe un 80% de sujetos con trastornos

de ansiedad que tienen una comorbilidad psiquiátrica con otros trastornos de ansiedad, con trastorno de depresión, con trastorno de bipolaridad, con trastorno de déficit de atención e hiperactividad y consumo de sustancias. Esta igualdad desarrolla consecuencias negativas sobre el avance clínico y la elección correcta del tratamiento a aplicar. Las enfermedades médicas y los trastornos por dolor suelen ser también habituales en los sujetos que tienen trastornos de ansiedad.

En este tipo de casos, se analiza un nivel elevado de discapacidad y disfunción, por lo que es necesario tener en cuenta la existencia de comorbilidad a la hora de llevar a cabo un diagnóstico y organizar y seleccionar el tratamiento.

En cuanto a los principales modelos que han pretendido explicar la naturaleza del trastorno encontramos los siguientes:

- **Modelo de la aprensión ansiosa de Barlow (1988)**, el cual percibe a la aprensión ansiosa como un transcurso existente en los trastornos de ansiedad como puede ser por ejemplo el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por ataques de pánico y las fobias (Velázquez Díaz et al., 2016).

Este proceso de aprensión ansiosa tiene su inicio cuando el sujeto recibe una situación estimular que le genera unas actitudes ansiosas que se van acumulando en la memoria a largo plazo, teniendo esto como consecuencia un desarrollo de estado de ánimo negativo el cual se caracteriza por una emoción difusa estando bajo sensaciones que no se pueden controlar, incapacidad, impredecibilidad y una activación del estado fisiológico. También tendrá como consecuencia una modificación en la atención donde el sujeto se va a centrar en el mismo y llevara a cabo autoevaluaciones, sobre todo a lo que respecto su fisiología, lo que hará que se eleve su activación de forma crónica. Estos altos niveles de activación desembocaran a un estrechamiento atención del sujeto hacia el mismo provocando un estado de hipervigilancia.

Por otro lado, Barlow (1988) afirma que de forma simultánea se activa el esquema cognitivo aprensivo donde se eleva la percepción de amenaza en el sujeto a la vez que se reduce la percepción de control, por lo que muestra en su percepción de incapacidad de afrontamiento. Como consecuencia a esto, el rendimiento del sujeto en las actividades que obliguen la aplicación de una atención sostenida y de concentración, disminuirá.

En resumen, este modelo considera la preocupación como patológica la cual es adquirida como una actividad que no se controla y que se produce tras la iniciación de un “esquema cognitivo de incapacidad” donde existen diferentes variables.

- **Modelo de la evitación cognitiva de Borkovec**, defiende que la preocupación se trata de un intento verbal-lingüístico que tiene como objetivo eludir las imágenes catastróficas que se refieren a situaciones fóbicas. También defiende que en el proceso de preocupación existe una interacción de ciertos sistemas humanos como son el conceptual, el imaginativo, el afectivo, el de atención, el de memoria representacional, el comportamental y, finalmente, el fisiológico.

Según este modelo, la preocupación es una motivación la cual surge de la necesidad de hacer frente a una amenaza recibida y de esta forma poder llegar a una solución al problema propuesto. A pesar de ello, la preocupación se analiza como patológica ya que, al preocuparse, el sujeto consigue rescatar de una forma fácil las imágenes aversivas que está intentando esquivar.

Por otro lado, este modelo propone que la preocupación patológica es caracterizada por ser un proceso que da lugar a una cohibición simpática del organismo ya que se eliminan los aspectos somáticos y fisiológicos los cuales son específicos de la vivencia ansiosa como puede ser el sudor o el aumento de la frecuencia cardiaca. Al no tratarse de un peligro, el organismo no elabora respuestas motoras.

También destacar, que, a lo largo de la preocupación patológica, se desarrolla una respuesta de evitación cognitiva interna, la cual es determinada como una respuesta conceptual formada por varios pensamientos que son incontrolables sobre de qué forma hacer frente a las posibles amenazas. Finalmente, hay que señalar que, según este modelo, la preocupación patológica estará presente ya que es reforzada de forma negativa por parte del individuo al no llegar a producirse las amenazas percibidas por este.

Por último, el origen de esta preocupación patológica, este modelo defiende que surge de los sujetos que tienen una inclinación a ver el mundo de forma alterada y difusa, observándolo como un sitio peligroso acompañado de convicciones de que no serán suficiente para enfrentar posibles amenazas futuras.

- **Modelo metacognitivo de la preocupación y del trastorno de ansiedad generalizada de Wells**. Este modelo de Wells (2006) defiende la preocupación patológica surge por la creación y sustento de creencias metacognitivas positivas

las cuales se refieren al proceso de preocupación. Estas creencias surgen como consecuencia de dos procesos anteriores:

1. Aprendizaje modelado por figuras parentales (preocupadizas).
2. Reforzamiento negativo que se manifiesta cuando después de la preocupación no se vive las amenazas.

En cambio, este modelo solicita que el trastorno de ansiedad generalizada es caracterizado por el surgimiento de un segundo tipo de meta-cogniciones, las cuales son nombradas como meta-preocupaciones. Se trata de una estimación de la preocupación como inmanejable y peligrosa, el sujeto se piensa que sus preocupaciones pueden llegar a hacerle daño por lo que genera una preocupación. Estas meta-preocupaciones tienen como resultado que el individuo trate de eludir preocuparse y son percibidas como pensamientos que se dar a ver de forma intrusiva. Esto lo que produce es un efecto paradójico, elevando la regularidad de preocupaciones, encaminando así al sujeto a creer que no es capaz de dominar la preocupación. Como resultado a esto, se aumentan las señales de ansiedad provocando así un sustento continuado de la meta-preocupación.

- **Modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas.** Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston (1998) enlazan la etiología y el sostenimiento de la preocupación desmesurada con la intolerancia a la incertidumbre, la cual se percibe como una construcción que reproduce hechos conductuales, cognitivos y emocionales negativos hacia los contextos y situaciones de incertidumbre.

Este modelo defiende la intolerancia a la incertidumbre como una propensión del sujeto a responder de forma negativa frente a una situación de carácter dudoso o desconocido.

Los autores defienden que los sujetos que tiene la intolerancia a la incertidumbre, el papel que juega la evaluación subjetiva va a ser determinante, ya que evaluarán una situación ambigua futura como algo perturbador o inaceptable.

También este modelo defiende que cuanto mayor sea el nivel de intolerancia a la incertidumbre, más será la cantidad de respuestas como, por ejemplo: una mayor activación emocional, hipervigilancia y un estado de evitación cognitiva en el cual se eliminan las imágenes catastróficas y amenazantes.

En cuanto a la preocupación patológica en los sujetos, este modelo defiende que existen dos variables responsables del surgimiento de dicha preocupación. La primera es la intolerancia a la incertidumbre ya que genera la aparición de

preguntas “¿y si...?” y la segunda es las creencias que el individuo tiene de la preocupación, como, por ejemplo, cuando se cree que al preocuparse conseguirá defender a sus sujetos más cercano y queridos o podrá ayudarlos a eliminar decepciones o encontrar una solución a los problemas.

Finalmente, otro aspecto importante de este modelo es la mala orientación del sujeto sobre el problema, la cual es explicada como una agrupación de procesos metacognitivos que muestran la pobre consciencia y la baja reflexión de los problemas cotidianos además de la poca facultad para poder resolverlos. Dentro de los procesos metacognitivos están incluidos los procesos de percepción, valoración y atribución que tiene el individuo frente al problema además de las creencias de su control personal.

- **Modelo de la preocupación perseverativa inducida por el estado de ánimo de Davey.**

Este autor determina que las teorías anteriormente explicadas, ofrecen una explicación del TAG y de la preocupación patológica destacando el papel que tienen los factores personales como el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre y la responsabilidad excesiva. además de esto, perciben la preocupación patológica como una oportunidad de resolución de problemas. En cambio, da a ver que el factor específico que marca una diferencia entre los sujetos preocupados no es solo la falta de habilidades para afrontar y solucionar un problema sino también la poca confianza que tienen para poder resolverlos.

Davey (2006) defiende que la esencial propiedad que determina a la preocupación patológica es una firmeza cognitiva disfuncional que ayuda a la poca autoconfianza y a la valoración positiva de las preocupaciones ya que las percibe como un transcurso de solución de problemas, desarrollándose un círculo vicioso. La perseverancia cognitiva, además de estar presente en trastornos de ansiedad como el TAG también lo está en trastornos como el de la depresión.

Por otro lado, el transcurso de preocupación perseverativa surge cuando el sujeto forma mentalmente un gran número de situaciones negativas que le obstaculizan en conseguir los objetivos y metas propuestas.

Finalmente, este modelo, defiende que los sujetos con preocupación patológica suelen llevar a cabo de forma frecuente, unas evaluaciones sobre la consecución de sus objetivos. Por otro lado, los individuos que tienen preocupación perseverativa traducirán un leve cumplimiento de estos, teniendo como

consecuencia que los sujetos lleguen a pensar que al no haber conseguido los resultados que estaban esperando respecto a las metas y objetivos propuestos, tendrán que centrarse más en las preocupaciones.

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son características compartidas durante la infancia y la adolescencia, cuya incidencia esta entre 4% y 32%. Donde tienen un impacto negativo es en la autoestima, en las relaciones sociales, en el rendimiento académico, en el ámbito familiar y en los logros futuros (Sociedad Colombiana de Pediatría, 2021).

Los trastornos de ansiedad se dan de forma simultánea con otros trastornos de estado de ánimo o de conducta siendo estos los precursores de la existencia de trastornos de ansiedad durante la etapa adulta.

Los trastornos de ansiedad no suelen ser diagnosticados de forma temprana, por lo que no son tratados provocando así una alteración en la vida de la niña o del niño o pueden incluso hacer intolerantes.

Según defienden los estudios de epidemiología de los trastornos de ansiedad, se dice que entre un 2,8% y un 32% de los niños y adolescentes padecen trastornos de ansiedad.

La incidencia de los trastornos de ansiedad pediátricos es mayor en las mujeres, según varios estudios. Esta prevalencia surge antes de la pubertad, por lo que es más pronto que el surgimiento de la depresión la cual es notoria en el género femenino durante la pubertad, menos el trastorno de ansiedad generalizada el cual tiene un comienzo más tarde parecido al del trastorno de depresión, siendo estos más habituales en los adolescentes.

En cuanto al comienzo del trastorno de ansiedad por separación, se trata de un comienzo más prematuro que el resto de los trastornos de ansiedad, como ya se ha mencionado anteriormente, este trastorno surge sobre los seis años. La frecuencia se va reduciendo con la edad. Tiene un impacto de entre un 3 y un 5 % en los niños y entre un 2 y 4 % en los adolescentes. En comparación, el trastorno de ansiedad social tiene una elevada frecuencia durante el periodo adolescente. (Ruiz y Lago, 2005).

Las fobias específicas han sido la certeza más importante en cuanto a la relación entre el estatus socioeconómico y la ansiedad pediátrica. Estas fobias se dan en aquellos estatus socioeconómicos bajos. En cuanto a los datos del resto de trastornos de ansiedad tienen

menor veracidad y los datos de las desemejanzas transculturales de los trastornos son, hoy en día, son débiles.

Los trastornos de ansiedad presentan unas características complicadas las cuales son resultantes de la interconexión de factores tanto de riesgo como predisponentes. Gracias a las numerosas investigaciones y a los avances que existen de estas, ha sido posible establecer una explicación neurobiológica sobre los diversos modelos etiológicos del trastorno.

Estos modelos están encaminados a un modelo Comprensivo del trastorno el cual se focaliza en cuatro diferentes factores:

- 1- Influencias genéticas y ambientales. Los estudios llevados a cabo sobre las familias y los gemelos han dado como resultado la existencia de una gran relación entre la ansiedad predominante en los padres y la de los hijos. La probabilidad de que esas influencias genéticas y ambientales interfieran de forma directa en los trastornos de ansiedad. Por otro lado, sí que existe una demostración de que hay una influencia genética en la limitación del miedo, el cual es el proceso mediante el cual se crea una relación entre el estímulo neutral y el nocivo.

También, existen investigaciones sobre los genes específicos. Dichas investigaciones se han centrado en un polimorfismo de la región promotora del gen transportador de la serotonina. Aquellos sujetos que tienen la forma corta del gen han desarrollado un mayor neuroticismo y un aumento de conductas evasivas hacia el peligro y la ansiedad que aquellos sujetos homocigotos para la variante larga.

En conclusión, los trastornos de ansiedad de forma general tienen un fuerte elemento ambiental. Se ha comprobado que los padres que desarrollan trastornos de ansiedad pueden usar normas y pautas para criar a sus hijos, que pueden llegar a influir en la probabilidad de que ellos también desarrollen ansiedad.

- 2- Circuitos neuronales responsables del procesamiento de emociones. Los mecanismos fisiológicos del procesamiento de emociones tales como el condicionamiento del miedo dan a ver la incidencia que tienen los genes y el ambiente en las diferentes zonas funcionales del cerebro las cuales están implicadas en el miedo y en la recompensa.

Las áreas que están conectadas entre sí y las cuales desarrollan un rol fundamental en la incorporación de experiencias emocionales externas e internas son las siguientes:

- Núcleo estriado
- Sistemas límbico y paralímpico
- Amígdala
- Corteza orbitofrontal
- Corteza del cíngulo anterior

3- Procesos fisiológicos. Hay varios estudios que valoran la agrupación entre los diferentes tipos de ansiedad y las funciones fisiológicas de procesamiento de información, tales como la atención y la motivación. Los resultados más resistentes plantean que de las características cognitivas que más relación tienen con la ansiedad y el miedo en los sujetos, están los sesgos atencionales para los estímulos relacionados con el peligro. Existen niveles semejantes de sesgo atencional en los diversos tipos de trastornos de ansiedad. A pesar de ello, también existen diferencias en los estímulos que generan los sesgos. Los niños que padecen trastornos de ansiedad tienen más probabilidad a entender los estímulos como amenazas.

4- Tendencias conductuales, incluido el temperamento. El impedimento conductual es un factor del temperamento el cual se puede medir a lo largo de los primeros años de vida. Los niños que tienen temperamentos cuya principal característica es la inhibición de la conducta, responden a las nuevas situaciones con suspicacia. La mayor parte de los niños con inhibición conductual no suelen padecer trastornos de ansiedad, pero si pueden tener un elevado peligro a poder desarrollarlos sobre todo la fobia social.

Centrándonos en el trastorno de ansiedad por separación, existen variabilidades a nivel cultural. Es necesario ver la diferencia entre este tipo de trastorno de ansiedad y el alto valor que ciertas culturas dan a una relación cercana de interdependencia entre los diferentes sujetos de la familia. Las muestras del trastorno varían según la edad. Existe una probabilidad de que los niños pequeños no den a ver sus miedos específicos de amenazas. según va avanzando la edad, los miedos suelen ser más específicos.

El trastorno de ansiedad por separación se da a ver sobre la mitad de la infancia. En cambio, los adolescentes, sobre todo los hombres, pueden llegar a denegar la ansiedad

por separación, pero esta se puede ver cuando el sujeto se encuentra negacionista en salir de casa o en la realización de una actividad independiente limitada.

En los individuos de mayor edad, este trastorno reduce en ocasiones la capacidad para enfrentarse a los posibles cambios de situaciones. En cuanto a los adultos que padecen este tipo de trastornos, suelen presentarse preocupados por sus hijos y esposo, reflejándose a largo plazo un elevado malestar cuando se separan de ellos.

El trastorno de ansiedad por separación suele ser igual de habitual en hombres y mujeres en poblaciones clínicas, en cambio, si se trata de una población epidemiológica, suele ser más habitual en mujeres. (DSM-IV)

La prevalencia del trastorno de ansiedad por separación es de un 4% en niños y jóvenes adolescentes

Desarrollo

Si los sucesos agobiantes siguen ocurriendo o perduran los pensamientos de miedo sobre la aparición de los síntomas, los trastornos de ansiedad pueden llegar hacerse permanentes. (Clínica Universidad de Navarra, 2020)

Comúnmente, el curso tiene carácter permanente con vaivenes y concretamente en el trastorno de ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo y fóbico cuyo comienzo es en la etapa infantil, el curso tiene muchas oscilaciones.

Si no se aplica el tratamiento adecuado y de forma temprana, la mayor parte de los sujetos seguirán teniendo síntomas durante mínimo tres años después del comienzo del trastorno.

Si la enfermedad es permanente puede llevar acompañada estados de depresión. Si se le aplica un tratamiento, la mitad no volvería a tener crisis de angustia.

Evaluación y criterios de diagnóstico

Los trastornos de ansiedad son unos de los trastornos psiquiátricos más predominantes en la infancia. En cambio, el trastorno de ansiedad desarrolla un aspecto común y normal y por eso las escalas de evaluación necesitan discriminar entre niños y adolescentes que padecen este trastorno. (Batlle, s.f.)

Las escalas usadas en la evaluación del trastorno brindan un importante uso para analizar la psicopatología de los niños y adolescentes además de los planes de tratamiento. En

cambio, no se pueden usar de forma casual e injustificada, por lo que, se debe revisar el problema que se va a estudiar, las características del sujeto, las propiedades de la escala y finalmente, los objetivos de la evaluación. Todos los instrumentos de evaluación revisados constan de defectos, pero también de habilidades. Las escalas de evaluación más antiguas constan de una falta de claridad, pero se nota la experiencia en el uso, en cambio, las escalas más nuevas están mejor construidas y son más adecuadas para los niños y adolescentes, pero no se han utilizado lo suficiente como para comprobar su validez. La mayor parte de estas escalas evaluativas tienen una versión para los padres.

Lo destacable de estos instrumentos es que permite una diferenciación entre el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo, pero, aun así, deben usarse varios tipos de escala para que la evaluación sea más completa y segura, ya que los trastornos de ansiedad y humor tienden a solapar los síntomas de uno con el otro.

La evaluación y la realización del diagnóstico tienen como principal objetivo recoger grandes cantidades de información por lo que para realizar una correcta evaluación es importante el uso de herramientas como entrevistas, cuestionarios, etc.

Las escalas más utilizadas en la evaluación de la ansiedad en la infancia y la adolescencia son:

- **Escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton (HARS):** Esta escala la suministra el profesional a los padres y a los adolescentes para conocer la puntuación de ansiedad del joven. Consta de ítems físicos y somáticos que replican los ítems adultos. Las propiedades psicométricas son adecuadas y la organización interna es correcta en lo que respecta a la ansiedad psíquica pero no a la ansiedad somática.

ANEXO 1: Escala ansiedad Hamilton

- **Cuestionario de ansiedad infantil (CAS) de John S.Gillis:** Este cuestionario está destinado para paciente de entre 6 a 8 años. Es una novedad la existencia de este tipo de test ya que por ahora no hay muchas pruebas que investigan sobre la ansiedad de un niño en los primeros cursos. Consta de 20 preguntas adaptadas a los problemas emocionales de los niños, también consta de una hoja de respuestas y una plantilla de corrección. consta también de baremos diferenciadores entre varones y mujeres y entre los cursos de 1º, 2º y 3º de EP.

ANEXO 2: Cuestionario de ansiedad infantil (CAS) de John S.Gillis

- **Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (C-MAS) de Reynolds y Richmond:** Esta escala es conocida también como “Lo que pienso y lo que Siento”. Evalúa los síntomas de la ansiedad además de medir las subescalas de la ansiedad, también tiene las escalas de mentiras para evaluar una respuesta de deseabilidad social. El C-MAS se ha demostrado como la escala de adecuación en niños y adolescentes, además de la sensibilidad que muestra para la evaluación de la ansiedad en diversas poblaciones y su uso en varias aplicaciones. También posee una validez para estudiar la ansiedad de los jóvenes. Es una escala cuyo uso ha sido aplicado tanto en escuelas, comunidades como en atención primaria.

ANEXO 3: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (C-MAS) de Reynolds y Richmond

- **Inventario de ansiedad de estado-rasgo para niños (STAIC), Spielberger:** También denominado como: “cuestionario de cómo me siento”, es aplicado a niños en edad escolar a partir de una escala de adultos. Es inventario estudia y evalúa la ansiedad global que cambia según ciertas situaciones (ansiedad de estado) y la ansiedad que es estable durante el tiempo y situaciones (Ansiedad de rasgo). La estabilidad y fiabilidad interna es superior en las subescalas de estado y de chicas, puntuando estas últimas, más alto en la subescala de rasgo. A pesar de que este inventario está destinado para una aplicación en niños, también puede tener uso para la evaluación de los adolescentes.

ANEXO 4: Inventario de ansiedad de estado-rasgo para niños (STAIC), Spielberger

- **Escala multidimensional de ansiedad para niños (MASC), March:** Esta escala está destinada más al estudio de los síntomas que al constructo de ansiedad. Sus cuatro factores principales se diferencian entre la edad y el género:
 1. Síntomas físicos
 2. ansiedad social
 3. evitación
 4. ansiedad de separación

Dos de cualquier de estos cuatro factores marcan los diagnósticos del DSM-IV de la fobia social y el trastorno de ansiedad por separación, en cambio la puntuación total de los cuatro factores marcan un trastorno de ansiedad generalizada. Una característica

destacable es que las subescalas anteriormente mencionadas y el índice de trastornos de ansiedad discrimina a jóvenes dependiendo de si tienen o no trastornos de ansiedad en un 88% de los casos.

ANEXO 5: Escala multidimensional de ansiedad para niños (MASC), March

- **Observación de la ansiedad infantil ligada a trastornos emocionales (SCARED), Birmaher:** Escala creada para aquellos jóvenes heterogéneos que desarrollaban trastornos de ansiedad y humor. Consta de 5 dimensiones las cuales se implantan a partir de los trastornos del DSM-IV:
 1. trastorno de ansiedad generalizada
 2. trastorno de ansiedad por separación
 3. fobia social
 4. fobia escolar
 5. somatizaciones o dolor

La fiabilidad de esta escala varía según la edad sobre todo siendo más altas en los niños que en los jóvenes. En cuanto a su validez es correcta, mantiene una relación con otras escalas como la MASC o la C-MAS. Esta escala ofrece ventajas entre ellas está la capacidad para discriminar entre la ansiedad y la depresión.

ANEXO 6: Observación de la ansiedad infantil ligada a trastornos emocionales (SCARED)

- **Escala de evaluación de la ansiedad pediátrica (PARS), Riddle:** Mide la ansiedad en tres áreas: ansiedad de separación, fobia social y ansiedad generalizada, cuyos ítems están derivados de los criterios del DSM-IV. La organización de esta escala tiene de base la escala de obsesiones y compulsiones de niños de Yale-Brown.

En primer lugar, los padres y los hijos visionan el cuestionario de síntomas formado por 50 ítems juntos o separados, dependiendo de si el síntoma se encuentra presente o no en la última semana. A continuación, el profesional va puntuando cada síntoma en siete dimensiones:

1. Número de síntomas
2. La frecuencia de estos

3. La severidad de los síntomas de ansiedad
4. La severidad de los síntomas físicos
5. La evitación
6. La interferencia en casa
7. Y, por último, la interferencia fuera de casa

Cada subescala consta de su propia escala de 6 puntos, permitiendo la evaluación de la frecuencia, severidad y deterioro de la ansiedad de separación, fobia social y ansiedad generalizada. La puntuación no cambia según la edad y el género. El PARS es aplicable tanto a niños como adolescentes ya que su uso se asocia con la habilidad para distinguir entre ansiedad y depresión además de contener una sensibilidad en los efectos del tratamiento.

- **Inventario de ansiedad y fobia social (SPAI-C) Beidel:** Este inventario estudia y evalúa los factores somáticos, de comportamiento y cognitivos. La evaluación de estos tres aspectos se lleva a cabo a través de tres subescalas: afirmación, encuentros sociales y actuación en público. Esta escala es muy fiable y su consistencia interna es excelente considerándola como la más alta de las subescalas de la mayoría de los test de evaluación de la ansiedad. Por otro lado, se determinan diferencias de género entre los niños, pero no entre los adolescentes, además de diferenciar los diferentes trastornos de ansiedad. El SPAI-C es la primera escala que incluye la fobia social y trastorno de ansiedad específico lo que le otorga una consideración importante.

ANEXO 7: Inventario de ansiedad y fobia social (SPAI-C) Beidel

- **Escala de ansiedad social para niños revisada (SASC-R) La Greca:** El SASC-R es una escala que tiene como base las hipótesis de que la ansiedad social desarrolla el comportamiento social inadecuado los cuales conducen a los trastornos de ansiedad. Esta escala examina la ansiedad social con relación al funcionamiento con amigos. Consta de tres subescalas relacionadas:
 1. Miedo a la evaluación negativa
 2. Evitación de situaciones sociales y ansiedad ante nuevos amigos o situaciones
 3. Ansiedad generalizada ante situaciones sociales.

La consistencia interna y la fiabilidad de las escalas y subescalas es muy buena, además de una discriminación entre niños con fobias simples y niños con o sin trastornos de ansiedad social. Esta escala lleva a cabo nuevas contribuciones sobre la investigación de la ansiedad infantil, distinguiendo dos formas de ansiedad social: Ansiedad social generalizada y evitación de situaciones sociales con ansiedad ante nuevos amigos o situaciones.

ANEXO 8: Escala de ansiedad social para niños revisada (SASC-R) La Greca

- **Escala de Afrontamiento de temores para niños-revisado (FSSC-R)**

Ollendick: Esta escala tiene como principal objetivo la evaluación del número de temores y la intensidad de estos. consta de cinco subescalas las cuales son invariables según el género y la edad. Estas son:

1. Temor al fallo y la crítica
2. temor a lo desconocido
3. temor a las lesiones y a los animales pequeños
4. temor al peligro y a la muerte
5. temores a los médicos

En cuanto a la consistencia interna y la fiabilidad son correctas y se encuentran bien establecidas. Las mujeres presentan los mismos temores que los hombres, pero muestran un aumento de intensidad en los temores. En cuanto a los niños más pequeños también padecen un mayor temor. Esta escala discrimina los niños fóbicos de los controles además de la diferenciación de varias fobias. Los chicos que desarrollan un trastorno de ansiedad no muestran temores diferentes a los de los chicos con trastorno disruptivos ni a chicos normales. Esta escala tiene varias aplicaciones. El FSSC-R actúa de forma parecida dependiendo de la etnia, cultura, religión y nacionalidad, aunque los valores de temor de los jóvenes pueden variar en un factor u otro.

ANEXO 9: Escala de Afrontamiento de temores para niños-revisado (FSSC-R)

Ollendick

- **Escala Obsesivo-Compulsivo para Niños de Yale-Brown (CY-BOCS),**

Goodman: Esta escala tiene como objetivo la evaluación de la importancia y los síntomas del TOC a lo largo de un periodo largo de tiempo. Consta de cinco bloques:

1. Instrucciones
2. listado de obsesiones
3. grados de importancia de las obsesiones
4. listado de compulsiones
5. nivel de intensidad de las compulsiones

Esta escala es otorgada por un especialista, la cual tiene una escala de autoinforme que se puede rellenar previa a la entrevista y así poder usarla como guía durante la entrevista.

Consta de una consistencia interna muy buena sobre todo para los jóvenes que para los niños. Su validez interna es buena sin embargo necesita una mayor experiencia para evaluar de forma más concreta dicha validez.

Esta escala se usa para la evaluación del TOC tanto en niños como en adolescentes, mostrando en ambos grupos sociales una sensibilidad al tratamiento farmacológico. Permite la evaluación de las obsesiones y compulsiones además de ser muy útil para examinar los resultados de los tratamientos.

A pesar de todas estas características, también presenta algunos inconvenientes, como la adecuación para los niños se ve dificultada por el factor de resistencia.

ANEXO 10: Escala Obsesivo-Compulsivo para Niños de Yale-Brown (CY-BOCS), Goodman

En el caso del trastorno de ansiedad por separación (TAS), aunque los síntomas pueden aparecer antes de los seis años, hay una limitada existencia de instrumentos de diagnóstico correctos para los niños/as en la edad preescolar. Los cuestionarios, inventarios y escalas, que se cuentan para la evaluación de este tipo de trastorno concreto los podemos dividir en instrumentos que evalúan este trastorno en general y que incluyen unas subescalas del trastorno de ansiedad por separación, como son:

- Escala de trastornos emocionales relacionados con la ansiedad infantil revisada (SCARED-R)
- Escala multidimensional de ansiedad para niños (MASC)
- Escala de ansiedad infantil de Spence (SCAS)
- Evaluación interactiva dominic (DIA)
- Escala de ansiedad preescolar de Spence (PAS)

Estas herramientas a nivel global son muy eficaces para realizar una criba epidemiológica y clínica ayudando así al profesional a especificar y afirmar el diagnóstico y las comorbilidades.

En cambio, para estudiar las diferencias del TAS son insuficientes por lo que son necesarias escalas más específicas como son (Cortés, 2019-20):

- Escala de evaluación de la ansiedad por separación (SAAS). Se trata de una escala que es aplicada para aquellos sujetos de entre 6 y 17 años, la cual evalúa los miedos hacia la soledad y el abandono, el malestar físico, la preocupación y finalmente, la seguridad y regularidad de los desastres. Es una escala que destinada también para los padres.
- Cuestionario de ansiedad por separación de inicio temprano (CASIT). Se trata de un cuestionario cuya edad abarca los 3-5 años cuya versión tiene como destinatarios a los padres. Evalúa la ansiedad por separación frente a la pérdida o frente al daño de un ser querido, la ansiedad para dormir y frente a las situaciones del día a día.
- Escala de ansiedad por separación para niños (SASC). Escala que abarca unas edades entre los 8 y 11 años cuya versión es destinada a los niños. Evalúa la inquietud, la incomodidad o la tranquilidad ante la separación.
- Inventario de síntomas de ansiedad por separación para niños (SASI-C). Abarca unas edades de entre los 6 y 10 años cuya versión es destinada a los niños. Evalúa la ansiedad por separación y el miedo a lo largo del periodo nocturno.
- Inventario de evitación de ansiedad por separación (SAAI). Escala cuyo estudio abarca las edades de entre 4 y 15 años y su versión es aplicada a niños, adolescentes y padres. Evalúa las situaciones de evitación a las que se enfrenta como son las de ir al colegio o dormir solo y las de estar o ir a casa solo.
- Escala de ansiedad por separación en la infancia (CSAS). Escala que está destinada para la evaluación de niños cuyas edades abarcan los 8 y 11 años y su versión es aplicada en niños. Evalúa la inquietud, la incomodidad, la tranquilidad y la contrariedad frente a la separación.

También encontramos las entrevistas como instrumento de evaluación del trastorno de ansiedad por separación:

- Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV (ADIS-IV). Destinada a edades de entre los 7 y 17 años.
- Entrevista de evaluación psiquiátrica para niños y adolescentes (CAPA). Destinada a niños y adolescentes de entre 9 y 18 años.
- Entrevista sobre esquizofrenia y trastornos afectivos para niños (K-SADS). Destinada a niños y adolescentes de entre 6 y 18 años.
- Entrevista diagnóstica para niños del instituto nacional de salud mental – versión IV (DISC.IV). destinatarios de entre 6 y 17 años.
- Entrevista para niños y adolescentes (ISCA). Destinada a edades de entre los 8 y los 17 años.
- Entrevista sobre síndromes psiquiátricos en la infancia (CHIPS). Destinada para edades entre los 6 y 18 años.
- Entrevista diagnóstica con niños y adolescentes (DICA). Destinatarios de entre 6 y 12 años, 13 y 17 y 6 y 17 años.
- Entrevista de evaluación psiquiátrica en edad preescolar (PAPA). Destinatarios de entre 2 y 6 años.

Finalmente, otra forma de evaluación es a través de la observación directa donde se evalúa la conducta posibilitando la recogida de datos de forma directa sobre la vida cotidiana en casa y en el colegio, realizada por los profesores y por los padres. Este tipo de análisis se llama observación participante ya que no solo se observa, sino que también se interviene.

Existen dos tipos de registros de conducta según Orenses (2015):

- Registro semanal de la ansiedad por separación (WRAS) cuyos destinatarios son los padres y los profesores. Se caracteriza por que recoge información sobre la potencia y la regularidad de las conductas de ansiedad que tiene el niño.
- Registro diario de ansiedad por separación (SADD) cuyos destinatarios son los padres y cuya versión es para niños de edades que abarcan los 7 y 14 años. Este registro recoge, a lo largo de ocho días, las situaciones que provocan ansiedad, los pensamientos y las conductas ansiosas del niño en cuestión.

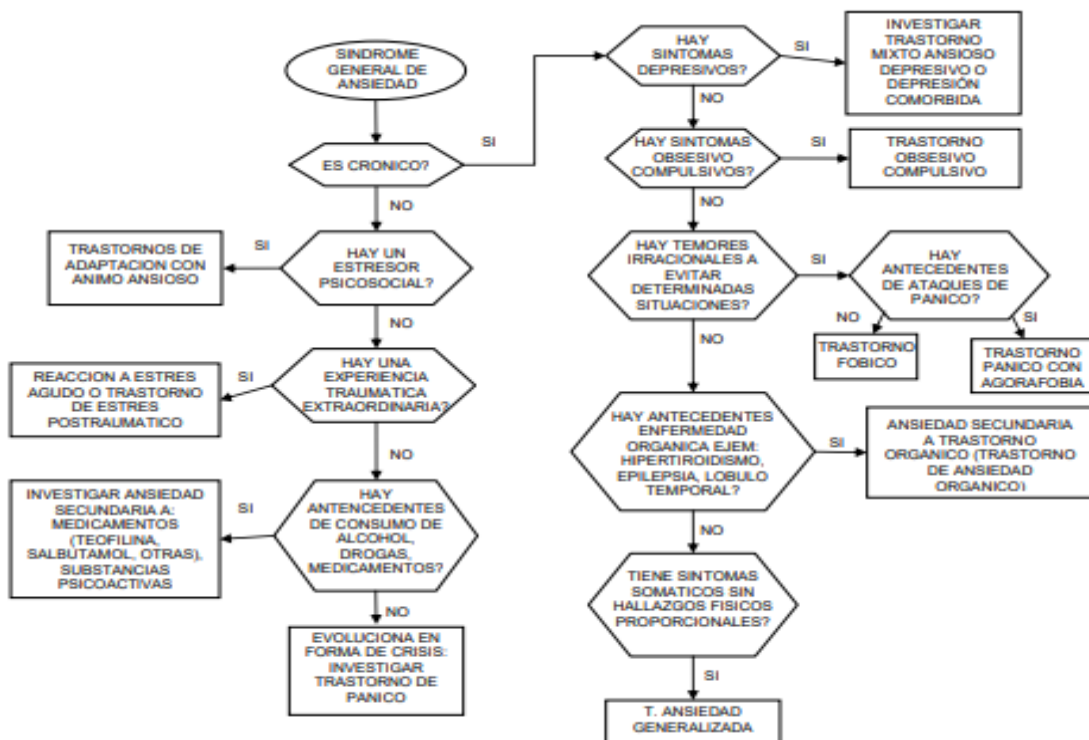
Además de estos dos registros, también hay un programa de observación dimensional de ansiedad destinado a edades preescolares de entre 3 y 6 años cuyo objetivo principal es la apresar las conductas de miedo y ansiosas.

En cuanto al diagnóstico del trastorno de ansiedad muestra ciertas complejidades ya que el cuadro clínico presenta un primer plano de los síntomas somáticos, mientras que los síntomas psiquiátricos aparecen cuando el médico los averigua. En otras ocasiones, este trastorno se encuentra hallado en una enfermedad orgánica o psiquiátrica.

Los sujetos que padecen este trastorno, a pesar de sus consecuencias de sufrimiento y discapacidad, suelen tener miedo a expresarlo ante un profesional, en cambio, el médico puede diagnosticarlo y tratar sin tener que acceder a técnicas sofisticadas, por ello es muy importante la existencia de una buena relación médico-paciente.

Para llevar a cabo un diagnóstico completo y eficaz hay que seguir los siguientes pasos:

- Escuchar la descripción que el paciente hace de sus síntomas
- Preguntar sobre el patrón que siguen los síntomas, la evolución, etc.
- Evaluar al paciente mediante un examen mental
- Explorar al sujeto a través de un examen físico
- Informar si padece síntomas de ansiedad y de la posibilidad de un desarrollo del trastorno.
- Concluir revisando toda la información recogida y estableciendo un diagnóstico determinado.



DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD
(Americo, s.f.)

En cuanto al diagnóstico diferencial que presenta trastorno de ansiedad por separación debemos tener en cuenta que este presenta características relacionadas a trastornos generalizados del desarrollo, a la esquizofrenia o a otros tipos de trastornos psicóticos. Si alguno de los síntomas predominantes en el trastorno de ansiedad por separación surge solamente en el desarrollo de uno de los trastornos anteriormente mencionados, no se hace el diagnóstico aislado de ansiedad por separación. (DSM-IV)

La diferencia que existen entre el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de ansiedad generalizada es que la ansiedad que existe en el primero se refiere a la separación del hogar y de las personas con gran afecto de vinculación. En niños y adolescentes que padecen el trastorno de ansiedad por separación el peligro de separación puede provocar una ansiedad externa o también llegar a desarrollar un trastorno de angustia. La ansiedad por separación no es responsable del absentismo escolar sino por un trastorno disocial, fobia social o trastorno del estado de ánimo.

Otra distinción importante que realizar es la del trastorno de ansiedad por separación con la ansiedad por separación ya que existen diferentes factores clínicos que los diferencian en su diagnóstico.

Variable	Ansiedad por separación	Trastorno de ansiedad por separación
Edad de aparición	Entre los 6 meses y 5-6 años	Entre los 3 y 18 años (no es absoluto) Preferentemente después de los 6 años
Desarrollo evolutivo	Ansiedad acorde al nivel de desarrollo mental Ansiedad que permite al niño desarrollarse Tiene carácter adaptativo	Ansiedad desproporcionada al nivel de desarrollo mental Ansiedad que retrasa el desarrollo emocional del niño Es desadaptativa
Intensidad de la ansiedad	La expresión de la ansiedad a la separación de la figura de apego es de intensidad similar a la ansiedad que ocurre en otras situaciones La ansiedad anticipatoria es de baja intensidad y mejor regulada	La expresión de la ansiedad a la separación de la figura vinculada es de gran intensidad y mayor a la ansiedad expresada situaciones habituales Intensa ansiedad anticipatoria y preocupaciones excesivas al alejamiento de la figura de apego
Pensamiento	Las ideas de daño o muerte en relación a las figuras de apego son menos intensas y más tolerables	Las ideas de daño o muerte a las figuras de apego son relevantes, perturbadoras y con respuestas catastróficas
Temperamento	El egocentrismo y las relaciones empáticas son mejor moduladas Autoestima bien regulada	Egocentrismo marcado, requiriendo constantemente la atención de los padres Tendencia a la baja autoestima
Estilos de apego observado	Estilo de apego seguro Vinculación sincrónica y armónica	Estilo de apego inseguro Vinculación asincrónica y disarmónica
Reacción de la diada a la separación	En la observación clínica, la diada madre-hijo se aprecia frecuentemente armónica y tranquila frente a la separación	En la observación clínica la diada madre-hijo en su conjunto se aprecia tensionada y sobrereactiva a situaciones de separación.
Padres y familia	Familias por lo general funcionales Padres contenedores Frecuentemente ausencia de psicopatología ansiosa en la familia	Familias con tendencia a ser aglutinadas Padres generalmente sobreprotectores o inseguros Probable psicopatología ansiosa en otros miembros familiares
Eventos vitales	Eventos de vida negativos infrecuentes	Presencia de eventos de vida negativos (experiencias o riesgos de separaciones traumáticas tempranas)
Efectos psicosociales	La ansiedad no interfiere en el funcionamiento del niño aunque lo puede tensionar o inquietar Sin deterioro en áreas importantes (colegio, relaciones sociales)	La ansiedad interfiere en el funcionamiento del niño y causa deterioro en al menos un área importante de su vida (colegio, relaciones sociales)
Escolaridad	El rechazo escolar está ausente, y si lo hay es transitorio	Rechazo escolar evidente y muchas veces infranqueable
Comorbilidad	Rara asociación a trastornos psiquiátricos	Con frecuencia se asocia comorbilidad psiquiátrica (otros trastornos de ansiedad y/o depresión)
Pronóstico	Tendencia a la regresión y remisión espontánea La resolución ayuda a la autonomía emocional y a las relaciones interpersonales seguras	El trastorno se inicia en la infancia y puede prolongarse hacia la adultez, pudiendo asociarse posteriormente a psicopatología de tipo ansioso o de ánimo depresivo

Tabla 2: Comparación entre el TAS y el AS según la revista chilena

En cambio, el trastorno de ansiedad en los adultos es diferente y no se tiene que implantar como diagnóstico suplementario si el miedo de separación se entiende mejor por la existencia de agorafobia dentro un trastorno de angustia con agorafobia o una agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Por otro lado, hay que destacar también que las alucinaciones que se observan en los trastornos psicóticos, en el trastorno de ansiedad por separación se suelen basar en una visión fallida de un estímulo que es real, esto solo pasa en ciertas situaciones, como, por ejemplo, cuando es de noche y son transformables frente la presencia de un sujeto vinculado.

En definitiva, es importante el uso de un juicio clínico que permita diferenciar los diferentes niveles de ansiedad por separación durante la etapa de desarrollo del individuo para conocer las preocupaciones que este padece por la separación, las cuales son clínicamente importantes y que se encuentran dentro del marco del trastorno de ansiedad por separación.

Curso y pronóstico

Los trastornos de ansiedad presentan un curso crónico, donde existen etapas de remisión y exaltación. Si los sujetos tienen un tratamiento correcto, las etapas críticas empiezan a disminuir. Un tercio de la mitad de los individuos que desarrollan este trastorno, lo padecen de forma permanente a pesar de recibir el tratamiento correcto. El otro tercio avanza progresivamente y mejora de forma adecuada.

Los trastornos de ansiedad se relacionan con elevados niveles de suicidio. También, encontramos el abuso de alcohol, de sustancias tóxicas y de automedicarse. La patología crece cuando existe cierta simultaneidad con otras enfermedades médicas y cuando no se trata de forma correcta y adecuada.

Varios sujetos que padecen este trastorno lo desarrollan con síntomas depresivos llevándolos a la existencia de un episodio depresivo mayor. También es posible que otros pacientes presenten una elevada repercusión de enfermedades psicosomáticas.

La mayor parte de los estudios tienen como resultado que los trastornos de ansiedad en general tienen un final longitudinal mayor que los específicos. Estos trastornos de ansiedad específicos, como el trastorno de ansiedad generalizada, tiene una relación fuerte con otros trastornos de ansiedad y con el trastorno de depresión mayor en la etapa adulta. En cambio, algunos resultados sobre el trastorno de ansiedad social y la fobia social defienden que son más inestables y menos conclusivos (Sociedad Colombiana de Pediatría, 2021).

En cuanto al trastorno de ansiedad por separación puede surgir después de haber vivido ciertas situaciones angustiosas o agobiantes como son la muerte de un familiar, la enfermedad de un familiar o niño, el cambio de colegio, etc. El comienzo puede darse de forma temprana durante la edad preescolar, aunque también se puede desarrollar antes de los 18 años a pesar de que no sea frecuente (DSM-IV).

La ansiedad y la evitación de ciertas situaciones que suponen una separación duran varios años.

Tratamiento

Antiguamente, los individuos que padecían ansiedad y no recibían tratamiento, eran destinados a la aplicación de una psicoterapia prolongada con guía reflexiva. Las investigaciones de hoy en día dan a ver cierta mejora con psicoterapia sobre todo las cognoscitivas, conductuales y con farmacoterapia (Escobar, s.f.). La unión de todas las terapias es el método más adecuado. Las diferentes aplicaciones terapéuticas para las cuales existen pruebas de su efectividad son:

- **Terapia cognoscitiva conductual (TCC) (psicoterapia).** En primer lugar, se lleva a cabo una evaluación inicial sobre el manejo global del sujeto, de su estado de ánimo y del nivel del trastorno centrando la atención en los pensamientos de suicidio. Hay diversos tipos de psicoterapia, pero el más usado es el TCC ya que está demostrada su gran validez. Si tras 6-8 semana no se observa una mejora, se aplicará medicación.

La TCC abarca diversos tratamientos, como son:

- La psicoeducación
- La vigilancia continuada de la angustia
- La reestructuración cognoscitiva
- La exposición in vivo

Se desconoce la eficacia completa de todos los elementos ya que depende del paciente, pero si es importante saber que el tratamiento aplicado debe ser conducido con respeto y no querer conseguir resultados pronto ya que eso provocaría la falta de comprensión hacia el enfermo provocando un abandono de la terapia.

Este tipo de terapia se trata de un método cuyo principal objetivo es el cambio del pensamiento distorsionado y la manera de recibir el mundo. Esto se consigue a través de la enseñanza y el aprendizaje de nuevas formas de pensamiento y de comportamiento para eliminar la actitud negativa de sí mismo, del mundo que les rodea y del futuro. Es una técnica que está orientada a los problemas de hoy en día y en la forma de resolverlos.

También existe una psicoterapia en grupo la cual es válida en ciertos sujetos. Un grupo de personas puede ofrecer un mayor apoyo que el profesional solo. Por otro

lado, la terapia en familia y de pareja también ofrecen ayuda en determinadas situaciones y circunstancias. La psicoterapia con inspección interna individual es el modo más habitual para el tratamiento en los pacientes de trastornos de ansiedad y varios médicos la tienen como opción inicial.

La participación de la familia ayuda en la disminución de síntomas ansioso

- **Farmacoterapia.** Desde hace años se cree que los trastornos de ansiedad son problemas psicológicos y a raíz de ellos, varios profesionales no ordenan el consumo de fármacos para aquellos sujetos que lo padecen. A pesar de ello, cada vez son más los estudios que defiende la eficacia de los fármacos. Son nombrados ansiolíticos los cuales están compuestos por varias sustancias como son:

- Benzodíacepinas (BZD)
- Antihistamínicos
- Agonista de la serotonina
- Betabloqueadores
- Antiepilépticos
- Antidepresivos ansiolíticos
- Neurolépticos

En cambio, solo se ha hallado la efectividad en cuatro grupos de fármacos:

1. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Son los más seguros y los que menos efectos negativos tiene.
2. Antidepresivos tricíclicos (ATC). Estos desarrollan efectos anticolinérgicos y cardiovasculares, efectos peligrosos para los sujetos pertenecientes a una población geriátrica y en sujetos con condiciones médicas implícitas.
3. Las BZD. Estos tienen una dificultad, la dependencia, abstinencia y la negativa de que no se pueden aplicar en aquellos sujetos que son adictos. A pesar de ello, tienen una ventaja la cual se trata de la rapidez de control de síntomas.
4. Los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Estos exigen una aplicación limitada como precaución ya que aquellos que tienen pensamientos suicidas son un gran peligro y ya que los puede llevar a una sobredosis.

La selección del medicamento tiene como base los efectos secundarios, la elección del profesional sobre el fármaco seleccionado y las preferencias del individuo. Además, la aplicación grupal de ansiolíticos y TCC ha generado evidencias contrarias.

Si a lo largo de unas seis-ocho semanas no hay avances significativos en la mejora del paciente, se tiene que reformular el diagnóstico ya que puede necesitar un tratamiento distinto o una combinación de varios. Si después de reformular el diagnóstico se decide continuar con el inicial, existe la posibilidad de realizar un cambio de medicamento ansiolítico por otro diferente. También nos podemos encontrar con el caso de la existencia de un paciente el cual tiene síntomas graves, también que muestre problemas sociales, la necesidad de la aplicación de diversos métodos diagnósticos o la existencia de pensamiento suicidas, es importante barajar la opción de una intervención psiquiátrica.

La etapa aguda del tratamiento dura unas doce semanas más o menos. A lo largo de este tiempo, muchos pacientes disminuyen las intervenciones de terapia cognoscitiva conductual incluso se puede llegar a suspender si el sujeto se presenta con una mayor estabilidad. En cuanto a la duración de los ansiolíticos suele ser de unos 12-18 meses de tratamiento. Una vez transcurridos estos meses, si el sujeto presenta una mejora significativa, se suspendería la aplicación del medicamento. Esto en ocasiones puede producir en un gran número de pacientes la recaída parcial o completa por lo que como soluciones se les aconseja un tiempo de tratamiento a largo plazo.

Para conocer la aplicación del tratamiento adecuado, es necesario e importante, hacer una evaluación médica general y psiquiátrica para conocer todas las características del paciente. A continuación, una vez hecho el diagnóstico, se comienza una intervención biopsicosocial, es decir, conocer si es necesario el uso de fármacos, de técnicas psicoterapéuticas y de la aplicación de socioterapia. Esta última, se trata de un tipo de cometido donde se involucran intervenciones psico socioculturales encaminadas a la comunidad, más concretamente a un ambiente escolar y laboral ya que los individuos pueden llegar a ser discriminados. La intervención social ayuda a una mejora del pronóstico y llegan a ser un apoyo para la rehabilitación psicosocial del paciente que padece trastorno de ansiedad.

En cualquier caso, la aplicación de cualquier tratamiento debe ser iniciado en un ambiente correcto y cómodo para el sujeto.

Al tratarse de un trastorno permanente es importante y necesario conocer los tratamientos aplicados anteriormente ya que no es correcto comenzar la misma terapia la cual no ha sido efectiva en un pasado.

El tratamiento en varias ocasiones es de mantenimiento, pero no siempre es así ya que los sujetos desarrollan un aumento de síntomas ansiosos cuando tienen que afrontar situaciones de estrés a nivel social por lo que es conveniente comenzar un tratamiento psicoterapéutico intenso para conseguir a lo largo de los días, información sobre ese estrés que hizo que recayera en la enfermedad.

La principal meta que se plantea con la aplicación de los tratamientos en los trastornos de ansiedad es reducir los síntomas del sujeto, intentando evitar las recaídas e intentando conseguir un adecuado manejo general ayudando así a un desarrollo correcto.

Es importante implantar una relación entre los tratamiento terapéuticos y psicoeducativos del sujeto, su familia y su entorno sobre el trastorno de ansiedad que padece. Hay que valorar los síntomas y a partir de ahí establecer el correcto seguimiento de los mismo. El medico en cuestión tiene que estar seguro de que el paciente acude de forma continuada para así poder conseguir el efecto planteado en la aplicación del tratamiento.

Diseño de intervención en el aula

Justificación

En primer lugar, definir el trastorno de ansiedad por separación (TAS) según el DSM-V el cual lo define como el miedo o ansiedad excesiva y persistente ante la separación real o imaginaria del hogar o de las figuras de apego. Es una respuesta desproporcionada para la edad y el nivel de desarrollo del niño (Duran Mosquera y Jaimes Durante, s.f.).

Al no existir un número elevado de herramientas e instrumentos fiables que permitan la evaluación en la etapa preescolar del paciente sobre los trastornos de ansiedad junto con la dificultad de distinguir si se trata de un trastorno de ansiedad o de simplemente la vivencia de una situación preocupante para el o ella o de miedo, o del simple desarrollo cognitivo y emocional, es necesario e importante atender a los síntomas que el paciente desarrolla, las características comportamentales, la edad de aparición, la duración, la frecuencia y el tratamiento correcto de aplicación.

Los trastornos de ansiedad son unos trastornos comunes y frecuentes, suelen surgir en situaciones de timidez, pero la mayor parte de las veces es algo complejo asegurar el momento concreto de surgimiento del trastorno.

En cuanto al avance del trastorno, es una de las causas por las que es necesario el diagnóstico junto a la intervención de una forma temprana. Es importante esto porque los niños que desarrollan ansiedad tienen un riesgo más elevado a padecer trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo en la etapa adolescente, trastorno por uso de sustancias, de ansiedad, de estado de ánimo y de suicidio durante la etapa adulta. Además de todas estas consecuencias negativas, también el desarrollo de síntomas ansiosos repercute directamente y también de forma negativa en el ámbito escolar, social y familiar.

Con relación a esto, el siguiente caso propuesto, se trata del caso de una niña la cual sufre una pérdida de un ser querido, en este caso, de su padre, y a consecuencia de ello, desarrollo un trastorno de ansiedad por separación, donde muestra síntomas ansiosos característicos de este, conductas y comportamientos en consecuencia y repercusiones negativas a nivel social y escolar. En el siguiente caso se presentará la situación de una niña a nivel familiar, personal y social, donde se plasmarán las diferentes características y situaciones que la llevan al desarrollo del TAS. A partir de esto, se expondrá la evaluación a seguir atendiendo a los diferentes cuestionarios, entrevistas y observaciones que se aplicarían para la recopilación de información, permitiendo así posteriormente, establecer el tratamiento acorde a las necesidades del sujeto en cuestión.

Finalmente, esta intervención tiene como objetivos enseñar diferentes formas de mejorar el TAS cuya causa es la pérdida de la figura paternal afrontando un duelo y destacar la utilidad de técnicas cognitivas y de conducta para la disminución y eliminación de síntomas ansiosos además de la modificación del comportamiento del sujeto consiguiendo unos efectos positivos personales, sociales, escolares y familias.

Contextualización

Julia (nombre ficticio) se trata de una niña de 10 años, la cual se encuentra cursando 4º de educación primaria en un colegio público de Málaga, lugar de residencia de ella y su familia, la cual está compuesta por el padre, la madre y su hermano mayor de 13 años.

El núcleo familiar tiene un buen ambiente, la relación entre los padres es correcta entre ellos y con los hijos, además de la existencia de una buena relación también con el hermano mayor, teniendo este un rol de protección sobre Julia.

Los padres de Julia han sido estrictos a nivel académico y en la consecución de objetivos y metas provocando así una autoexigencia en su cumplimiento, actitud que en ocasiones la ha generado una desconfianza en sí misma al no conseguirlos provocando así el desarrollo de una ansiedad por el no alcance de objetivos.

En el ámbito social, Julia ha padecido problemas desde muy pequeña también a raíz de un cambio de colegio cuya causa principal de mudanza fue el bullying, situación que no supo hacer frente.

Hace pocos meses, el padre de Julia enfermo en una patología clínica grave y un tiempo después falleció, siendo esta situación muy reciente. Esta separación ha provocado en Julia el desarrollo de un trastorno de ansiedad más concretamente ha desarrollado un TAS (Trastorno de ansiedad por separación).

SÍNTOMAS

Los síntomas que Julia ha desarrollado son:

- Dificultades para conciliar el sueño
- La negativa de dormir sola o estar sola
- Se resiste a ir al colegio por lo que genera problemas académicos
- Problemas sociales
- Pesadillas reiteradas con el tema de la separación con su padre
- Preocupación constante de las futuras situaciones que la tocara vivir tras la separación
- Problemas para afrontar el problema y preocupación constante por la separación
- Comportamiento ansioso

EVALUACIÓN

Para conocer concretamente el cuadro clínico de esta niña, es necesario llevar a cabo un proceso de exploración para saber más ampliamente las demandas de Julia, las necesidades que hay que abarcar y la aplicación del tratamiento correcto. En definitiva, llevar a cabo una evaluación completa nos ayuda a analizar los problemas de la niña además de los planes de tratamiento.

Para realizar la evaluación, se aplican unas escalas, cuestionarios, entrevistas registros, etc., los cuales, antes de su uso, es necesario conocer el problema que se va a estudiar, los objetivos de dicha evaluación, las características de Julia y las propiedades del instrumento que se va a aplicar para seleccionar el adecuado.

Es necesario que se incluya en la evaluación a más de un informador ya que dependiendo de la etapa en la que se encuentra Julia puede incapacitar la recogida de información de forma completa, por ejemplo, Julia al tener una edad inferior a los 12 es más segura la información recogida por parte de los padres, en este caso, de su madre ya que nos ofrece información sobre el desgaste producido por los síntomas del trastorno. En cambio, la evaluación de Julia nos ofrece datos sobre su preocupación interior.

En primer lugar, se llevará a cabo una entrevista clínica la cual va a determinar si se obedece a los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad por separación, ayudando al profesional a recabar información importante sobre la regularidad, la intensidad, la permanencia de los comportamientos y las respuestas somáticas. La entrevista que se va a aplicar a Julia es: Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV la cual está destinada para aquellos sujetos de edades comprendidas entre los 7 y los 17 años.

En el ámbito familiar, su madre también realizará unos cuestionarios sobre el comportamiento y la ansiedad de Julia frente a la separación con su padre. Además de conseguir información proveniente del núcleo familiar, es necesaria también la información del centro escolar. Esta información será recogida a través de la observación directa y natural. Se llevará a cabo a través del uso de registro semanal de la ansiedad por separación donde se recogerá información sobre la intensidad y la reiteración de los comportamientos ansiosos de Julia.

Para estudiar la ansiedad de Julia se aplicó la escala de evaluación de la ansiedad por separación destinada para aquellos sujetos de edades comprendidas entre los 6 y los 17 años donde se evalúa el miedo a estar sola, al abandono, la inquietud física, la intranquilidad por los posibles percances, los signos de seguridad y la continuidad de los percances.

Metodología

En cuanto a la metodología aplicada, se diferencian varias en cada sesión:

- En la primera sesión, se llevará a cabo la: **Relajación progresiva de Jacobson** (Banús Llord, 2020), la cual consiste en el aprendizaje de contraer y poner en tensión los músculos y posteriormente, relajarlos, consiguiendo así que el sujeto aprenda a diferenciar entre las sensaciones de tensión y de relajación. Una vez adquirido esto, ayuda al individuo a reconocer y afrontar las diversas situaciones del día a día que le provocan ansiedad, agobio, estrés, etc.

En cuanto a la segunda parte de la sesión se trabajará la: **Técnica de control de estímulos**, la cual se usa para la mejora de las dificultades del sueño que se presentan en este trastorno, cuyo principal objetivo es disminuir los estímulos que se interponen en el sueño y aumentar aquellos estímulos que producen consecuencias positivas, y la **técnica de “la cajita mágica”** cuyo objetivo principal es la reforma cognitiva centrando la atención en identificar las modificaciones de la cognición, es decir, en la modificación de las creencias disparatadas y pensamientos deformados para conseguir un análisis de la realidad del pensamiento y enseñar al sujeto, en este caso a Julia, la forma de eliminar esos errores y esas irregularidades.

- En la segunda sesión se aplicará la **técnica de modelado**, la cual consiste en, a partir de un modelo real o no, hacer afrontar a Julia la situación que la produce ansiedad sin que sufra consecuencias negativas. En este caso se aplicará el modelado participante (UNED, s.f.) el cual consiste en que el que observa, en este caso Julia, analiza la conducta que realiza el modelo y cuando este la desarrolla, Julia, deberá hacerlo también, ofreciéndola ayuda verbal y física si es necesario. En definitiva, este tipo de modelado mezcla modelado, apoyos verbales y físicos, practica de conducta y desensibilización in vivo.

Este modelado consta de tres pasos:

- 1- Exposición y actuación del modelo
 - 2- Aplicación de la conducta, incitación, desensibilización in vivo y moldeado.
Consiste en la animación del paciente para imitar la conducta.
 - 3- Finalmente, la eliminación progresiva de los instigadores
- En la tercera sesión se trabajarán las **emociones** a partir de un juego donde se la expondrá diferentes situaciones que la generen ansiedad y diferentes emociones y

sensaciones, las cuales deberá relacionar con cada situación, consiguiendo así el reconocimiento de emociones, en este caso negativas, y la causa que las genera. A continuación, se la propondrá diversas soluciones las cuales tendrá que relacionar con cada situación anteriormente propuesta y después, asociará emociones, ahora positivas, con la solución a cada situación estresante, consiguiendo así el aprendizaje de soluciones ante los problemas y adquiriendo el conocimiento de las emociones que desarrolla ante dicha solución.

- En la cuarta sesión se aplicará la **técnica de respiración diafragmática** la cual ayuda a respirar mediante el uso del diafragma y consiguiendo un ritmo más despacio teniendo como resultado una disminución de activación fisiológica y psicológica ocasionando una sensación de calma reduciendo así los síntomas de la ansiedad (Roca, 2015). Finalmente, se llevará a cabo un entrenamiento de la madre y de los agentes educativos con **técnicas operantes** para que sepan orientar a Julia y la premien por lo progresos que va teniendo, reforzando sus conductas y comportamientos adecuadas y que muestran un avance significativo.

Objetivos

- Generales
 1. Aplicar unas evaluaciones al paciente para conocer el grado de frecuencia, características y sintomatología del trastorno de ansiedad por separación.
 2. Pautar una intervención a nivel cognitivo y de conducta para el tratamiento de un trastorno de ansiedad por separación a través de actividades, técnicas y terapias.
 3. Disminuir las respuestas y actitudes ansiosas
- Específicos
 1. Conocer el grado de eficacia del tratamiento aplicado
 2. Establecer las características del trastorno de ansiedad por separación en relación con la potencia y la repetición para a partir de ahí poder establecer el tratamiento adecuado al problema
 3. Enseñar a la madre las conductas a seguir para la eliminación de los síntomas ansioso.
 4. Ofrecer unas pautas destinadas al colegio y a casa para el reforzamiento de la mejora de la conducta.

- Procedimiento de intervención

SESIÓN 1: Donde se trabajará los problemas para conciliar el sueño conociendo los momentos de nerviosismo o miedo

- Eliminar las pesadillas
- Conseguir conciliar el sueño sin tener preocupaciones ni temores para dormir sola
- Interiorizar los momentos de nerviosismo, miedo o enfado

SESIÓN 2: Donde se trabajará los problemas para afrontar el problema y el duelo de la separación del padre haciendo frente a las sensaciones sin evitarlas.

- Conseguir expresar los pensamientos
- Eliminar los deseos y pensamiento de miedo
- Afrontar la separación a partir de diferentes situaciones
- Otorgar soluciones

SESIÓN 3: Donde se trabajará los problemas sociales focalizando la actuación en las emociones

- Reanudar el hábito de ir al colegio
- Establecer relaciones sociales con sus iguales
- Regular las emociones

SESIÓN 4: Reducción de los síntomas físicos ansioso.

- Ofrecer al paciente apoyo familiar
- Otorgar normas para aplicarlas en casa con el objetivo de suprimir los síntomas ansiosos
- Interiorizar el proceso de relajación a través de la aplicación de una técnica de respiración
- Eliminar y/o paliar los síntomas ansiosos

Temporalidad

SESIONES	TEMPORALIDAD
SESIÓN 1	TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON: FASE 1→ 10- 15 minutos FASE 2→10-15 minutos FASE 3→10-15 minutos TÉCNICA DE CONTROL DE ESTÍMULOS: 30 minutos

SESIÓN 2	TÉCNICA DE MODELADO: 30 minutos
SESIÓN 3	EMOCIONES: 30-45 minutos
SESIÓN 4	TÉCNICA DE RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA: 5-10 minutos a lo largo del día realizarlo entre 2-4 veces.

Propuesta de intervención

- Actividades

SESION 1: Donde se trabajará los problemas para conciliar el sueño, conociendo los momentos de nerviosismo o miedo a través de técnicas de relajación.

En esta primera sesión, nos centraremos en trabajar los problemas para conciliar el sueño, el conocimiento personal de cómo se siente y la forma de tratarlo para poder conseguir tranquilidad.

Julia tiene que interiorizar y reconocer los momentos y las situaciones que la producen nerviosismo, ansiedad o miedo a nivel emocional y físico, ya que al identificar esas emociones la permitirá realizar las técnicas de relajación ayudándola a conseguir el control y la estabilidad de la situación.

La técnica que se va a aplicar para conseguir los objetivos propuestos es la relajación progresiva de Jacobson la cual se recomienda aplicarla por las noches así permite el concilio del sueño, justo antes de dormir. En el caso de que no sea posible, es importante que se realice en un momento tranquilo del día.

Esta técnica se aplica a lo largo de tres fases:

- 1- La primera fase se denomina: Tensión-relajación. En esta fase trabajaremos diferentes relajaciones y para ello es importante que Julia se encuentre cómodamente tumbada, con cierta inclinación hacia arriba, o sentada en un sillón o sofá. Durante la sesión de relajación se la otorgara unas instrucciones expuestas verbalmente para formar un contexto de calma. Se la irá preguntado sobre cómo se encuentra: “¿Te encuentras cómoda? ¿Estas relajada?” creando así un ambiente tranquilo y poder, posteriormente, darle normas más precisas atendiendo a las diferentes partes del cuerpo.
 - En primer lugar, se llevará a cabo una relajación de cara, cuello y hombros. Se le ira dando instrucciones para cada parte: “Julia, arruga durante unos segundos la frente y después, relaja de forma lenta. A continuación, abre

y cierra los ojos despacio. Ahora, arruga la nariz durante unos segundos y suéltala.” Después se pasará a la zona de la boca donde se la mandará que sonría y relaje de forma lenta mientras presiona la lengua contra el paladar y la relaja. Finalmente, se la indicara instrucciones para la zona del cuello y hombros: “Flexiona el cuello hacia atrás volviendo a la posición inicial después. Repite el ejercicio, pero ahora flexionando hacia delante. Por último, levanta los hombros lentamente, haciendo fuerza contra el cuello, y tras unos segundos relájalos”

- A continuación, se relajarán los brazos y las manos. Se la indicará instrucciones concretas de esas zonas: “Ahora, continua con el cuerpo relajado, mientras tanto centra la atención en la mano derecha, la cual cerraras lentamente y apretaras fuerte sintiendo y focalizando la atención en la tensión que tiene el brazo y la mano.” “Ahora, sin soltar el puño, encoge el brazo presionando hacia el hombro”. Una vez hecho esto, se le indicara que lo relaje de forma rápida y sin pensar cuando escuche la palabra “¡Suelta!”. De forma habitual, suelen colocar la mano encima de la pierna, esto significa que no han conseguido relajar el brazo ni mano, por lo que se repetirá cuantas veces sea necesario hasta que lo consiga. Una vez realizado, se la preguntará que diferencias ha notado y como se siente.
- Finalmente, se llevará a cabo una relajación de la zona del tronco. Estos últimos ejercicios se van a realizar sentados en un sofá, sillón o silla ya que se hacen de una forma más cómoda y correcta. En primer lugar, se trabajará la zona de la espalda colocando los brazos en cruz moviendo ligeramente los codos hacia atrás. Después se la pedirá que inspire y mantenga el aire a lo largo de unos segundos y posteriormente, que espire. Finalmente, deberá apretar el estómago hacia dentro durante unos segundos y después lo soltará para que vuelva a su sitio inicial.

Todas estas instrucciones a seguir tienen como principal objetivo que Julia sienta esa sensación de tensión y de malestar que genera la contracción de las diferentes partes del cuerpo, permitiéndola así conocer ese sentimiento y como consecuencia, aprender la forma de eliminarlo. Además, son siempre las mismas, es decir, las instrucciones siempre van a ser de contracción y relajación de las

diferentes partes del cuerpo conociendo los momentos de tensión y de des tensión permitiéndola conocer las diferencias.

2- La segunda: Repaso de las sensaciones.

En esta parte, Julia tendrá que recordar de forma individual y mental cada zona del cuerpo que ha trabajado y que ha puesto en tensión y después ha relajado permitiéndola así conocer las evidencias de la relajación a nivel muscular.

3- Y finalmente: La relajación mental

Por último, se la solicitará que deje la mente en blanco y que se concentre en las sensaciones a nivel corporal que ha experimentado.

Finalmente, se trabajará la mejora de la conducta cuando se va a dormir a partir de la aplicación de la técnica de control de estímulos. Se la creará un horario donde aparecen las horas a las que tiene que irse a dormir para poder levantarse pronto e ir al colegio, los momentos donde se puede ir implantando dormir en camas ajenas y la técnica de la “cajita mágica” en la cual, a partir de una caja de madera, Julia pondrá los pensamientos dispares y que la impiden conciliar el sueño. Una vez que los haya escrito, se comienza un proceso de reestructuración de pensamiento de los anteriormente apuntados en la caja, mediante la eliminación de ellos, borrando o lijando y sustituyéndolos por otros que la ofrezcan mayor posibilidad de dormir.

SESIÓN 2: Donde se trabajará las dificultades para afrontar el problema y el duelo de la separación del padre haciendo frente a las sensaciones sin evitarlas.

Para trabajarlo vamos a aplicar la técnica del modelado en la cual, la madre será el modelo para seguir y será quien deberá tomar la iniciativa en llevar a cabo ciertas actuaciones que posteriormente, Julia deberá realizar.

En primer lugar, se plantearán diferentes situaciones a imitar:

- 1- Estar con un grupo de niños y niñas de su edad y les venga a recoger su padre o se mencione la figura paternal. En esta situación la madre deberá actuar en consecuencia mostrándose fuerte y positiva ante la ausencia de la figura paternal.
- 2- Otra situación será la de afrontar la ausencia del padre a lo largo del día donde la madre tendrá que actuar realizando las tareas y las rutinas que se hacían antes de la separación.
- 3- Y finalmente, se propondrá la situación de llegar a casa y tener que afrontar la ausencia de nuevo de la figura paternal. En este caso, la madre realizara las rutinas

cotidianas en el hogar, deberes, tiempo libre, comidas, cenas, etc., haciendo participe en todas ellas a Julia, para mantenerla entretenida.

SESION 3: Donde se trabajará los problemas sociales focalizando la actuación en las emociones.

Julia al presentar problemas de socialización y de acudir al colegio, se trabajará con ella el afrontamiento de estos déficits sociales a través de los juegos manipulativos, además de focalizar la atención en el trabajo de las emociones cuando está en grupo.

En primer lugar, se la ofrecerá diferentes situaciones sociales que la produzca miedo o ansiedad y deberá relacionarlas con una emoción o sentimiento. Una vez hecho esto, se la ofrecerá diversas soluciones, de las cuales tendrá que seleccionar una de ellas para hacer frente a esa situación en concreto. Este proceso se realizará para todas las situaciones de miedo o ansiedad que la producen.

Una vez identificadas las emociones y las soluciones, tendrá que seleccionar la emoción que le genera tener una solución para afrontar una situación de miedo o ansiedad e interiorizar de forma “imaginaria” el momento de enfrentarse a ella con el objetivo de empatizar y adquirir la actitud y sensación que la puede producir.

Las situaciones propuestas son:

- Llegar al colegio donde se reencuentra con sus compañeros y ellos la preguntan
- Acudir a actividades extraescolares
- Relacionarse con sus iguales
- Mantener una conversación

SESION 4: Reducción de los síntomas físicos ansiosos/ intervención con la madre y educadores.

Esta última sesión, se centrará en la disminución de ansiedad a través de la aplicación de la técnica de respiración diafragmática. En primer lugar, se colocará a la niña sentada en una silla cómoda siempre teniendo en cuenta que la espalda este apoyada. Después, colocara una mano en el abdomen y otra en el pecho. A continuación, deberá inhalar por la nariz durante dos segundos, mientras realiza esta acción, deberá hacer fuerza con el abdomen hacia fuera empujando la mano. Luego expulsara el aire de forma lenta sin casi separar los labios a lo largo de cuatro segundos sintiendo que el estómago se va metiendo hacia dentro.

Finalmente, se la recomendará que realice esta técnica de respiración entre unos 5-10 minutos en el inicio y que lo haga entre 2 y 4 veces a lo largo del día, aumentando progresivamente el tiempo y las repeticiones.

Esta técnica también la vendrá bien realizarla antes de ir a dormir, para conciliar el sueño y mantenerlo.

Además, en esta última sesión, se llevará a cabo una evaluación del resto de sesiones de intervención con Julia, exponiendo las partes positivas y negativas de cada una de ellas, y los aprendizajes adquiridos con la aplicación de las diferentes técnicas.

Como recomendación se expone la aplicación continuada de las técnicas de relajación, respiración o de control de ansiedad.

También, en esta sesión se orientará a la madre y a los agentes educativos para el apoyo a Julia.

ANEXO 11: Tabla de registro de la técnica: Respiración diafragmática

Conclusiones

Como conclusión, la ansiedad por separación a nivel fisiológico no tiene por qué ser considerada peligrosa ya que es una forma de enfrentar a situaciones que requieren una supervivencia, en cambio, si esta ansiedad se trata de algo patológico desarrollando en el sujeto un malestar y su duración es prolongada, se trataría de algo perjudicial.

Las causas por las que surge dicho trastorno son tanto ambientales como genéticas provocando un aumento de la preocupación, de la ansiedad, del miedo, de conductas de los padres de sobreprotección, del miedo a la separación, etc.

La ansiedad por separación surge desde el comienzo de la infancia hasta los tres años aproximadamente, en el caso de que dicha ansiedad sea prolongada y cada vez más intensa, se desarrollaría el trastorno de ansiedad por separación, el cual suele aparecer sobre los seis años teniendo su duración hasta los doce años.

Por todo esto es importante la identificación temprana de la presencia de este problema para poder aplicar el tratamiento de intervención y conseguir paliar la gravedad de este trastorno y de otras posibles enfermedades mentales.

Es muy importante también la intervención de las familias ya que permite que las posibilidades de intervención sean más grandes además ofrecer una gran ayuda al niño que padece este trastorno. El trabajo común que se lleva a cabo por parte de los profesionales posibilita introducir las diversas formas terapéuticas como son por ejemplo el trabajo de la conducta, la relación entre madre e hijo, el apoyo familiar y el tratamiento farmacológico (Pacheco, 2009).

Por último, hay que destacar que existen muchos instrumentos de evaluación que permite conocer la sintomatología de los sujetos, pero en edades tempranas hay un déficit de herramientas de evaluación por lo que esto genera un desconocimiento de la presencia de ansiedad en los niños provocando así que esta no sea tratada de forma temprana y se convierta en algo perjudicial.

Referencias bibliográficas

- 04. *Terapias y técnicas de exposición - Psicología UNED*. (s. f.). UNED.
<http://psicologia.isipedia.com/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales/04-terapias-y-tecnicas-de-exposicion>
- 06. *Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales - Psicología UNED*. (s. f.). psicologia.isipedia.
<http://psicologia.isipedia.com/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales/06-tecnicas-de-modelado-y-entrenamiento-en-habilidades-sociales>
- A. (2016, 2 abril). *La ansiedad en la vida cotidiana*. Gabinet Psicològic Mataró.
<https://gabinetpsicologicmataro.com/la-ansiedad-en-la-vida-cotidiana/#:%7E:text=Es%20un%20mecanismo%20de%20defensa,son%20una%20amenaza%20para%20nosotros>
- Américo Reyes-Ticas, Dr. J. (s. f.). *TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO*. Trastorno ansiedad.
<http://sncpharma.com/wp-content/uploads/2018/01/Trastorno-ansiedad.pdf>
- *Ansiedad por separación: Diagnóstico Diferencial | Clínica de la Ansiedad*. (s. f.). Clínica de ansiedad. <https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-por-separacion/ansiedad-por-separacion-diagnostico-diferencial/>
- Caballo, V.E., Arias, B., Salazar, I.C., Calderero, M., Irurtia, M.J. y Ollendick, T.H. (2012). Una nueva medida de autoinforme para evaluar la ansiedad/fobia social en niños: el “cuestionario de ansiedad social para niños” (Caso-N24).
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/01.Caballo_20-3Esoa.pdf

- Clínica Universidad de Navarra. (s. f.). *Ansiedad. Síntomas, ataque de ansiedad, control y tratamiento*. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ansiedad#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20evolucionar%20la%20ansiedad%3F,y%20el%20temor%20a%20presentarla>
- Cortés Calvo, M. (2019-20). Trastorno de ansiedad por separación: psicopatología y evaluación. [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/21490/Trastorno%20de%20ansiedad%20por%20separacion%20psicopatologia%20y%20evaluacion.pdf?sequence=1#:~:text=Seg%C3%BAAn%20Orenes%2C%20M%C3%A9ndez%20y%20Garc%C3%ADa,para%20padres%20\(evaluaci%C3%B3n%20multifunte\).](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/21490/Trastorno%20de%20ansiedad%20por%20separacion%20psicopatologia%20y%20evaluacion.pdf?sequence=1#:~:text=Seg%C3%BAAn%20Orenes%2C%20M%C3%A9ndez%20y%20Garc%C3%ADa,para%20padres%20(evaluaci%C3%B3n%20multifunte).)
- default - Stanford Children's Health. (s. f.). Stanford Children's Health. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=separationanxietydisorder-90-P05692>
- DSM-IV. (s.f.). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- DSM-V: Trastornos de ansiedad. (s. f.). bibliopsi.org. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/psicoterapias/etchevers/1%20primer%20cuatri%202020/DSM%205%20-%20Trastornos%20de%20ansiedad.pdf>
- Duran Mosquera, A. y Jaimes Durante, J.J. (s.f.). Evaluación e intervención de ansiedad infantil desde el enfoque cognitivo conductual: un estudio de caso. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7850/130881.pdf?sequence=1>

- Escala de ansiedad infantil de Spence. (s.f.).
<https://www.scaswebsite.com/docs/spanish-euro-scas.pdf>
- ESCALA DE ANSIEDAD. (s. f) <https://docplayer.es/23324625-Escala-de-ansiedad-manifiesta-en-ninos-revisada-cmas-r-cecil-r-reynolds-bert-o-richmond.html>
- Escobar. F. (s.f.). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad.
<http://acnweb.org/guia/g5cap18.pdf>
- Escudero, M. P. C. (2021, 13 marzo). *¿Cuál es el origen de la Ansiedad?* Psicólogos en Madrid. <https://www.manuelescudero.com/texto-de-videos-psicologia/cual-es-el-origen-de-la-ansiedad/>
- Hernández-Guzmán, L. (s. f.). *Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)*. Scielo.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000100002
- <https://webs.ucm.es/info/psclinic/recursospat2/tansiedad.htm>
- León, F. A. M. (s. f.). *Caso clínico: evaluación e intervención en un caso de ansiedad por separación de una niña adoptada*. Scielo.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000300004
- Llort, S. B. (s. f.). *Técnicas relajación niños*. psicodiagnosis.
<https://psicodiagnosis.es/areageneral/otros-temas/tecnicas-de-relajacion-para-ninos/index.php#6265229f410ec070d>

- Master en Paidopsiquiatría. (s. f.).
http://www.paidopsiquiatria.cat/files/evaluacion_psicopatologica.pdf
- P, P. B. (2009). *Trastorno de ansiedad por separación*. Scielo.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062009000200002&script=sci_arttext&tlng=en
- Pacheco, P.B. y Ventura, W.T. (2009). Trastorno de ansiedad por separación.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v80n2/art02.pdf>
- Puerta, V. (2018, 1 diciembre). *La ansiedad en la historia*. AMADAG.
<https://amadag.com/la-ansiedad-en-la-historia/>
- Roca, E. (2015). *Técnicas para manejar la ansiedad y el pánico*.
<https://www.cop.es/colegiados/PV00520/Tecnicas%20ansiedad.pdf>
- Ruiz Sancho. A.M. y Lago Pita, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Sánchez, K. Y. (s. f.). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños - Segunda edición revisada*. ACADEMIA.
- Sánchez, K. Y. (s. f.). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños - Segunda edición revisada*. El Manual Moderno.
https://www.academia.edu/38119940/Escala_de_Ansiedad_Manifiesta_en_Ni%C3%B1os_Segunda_edici%C3%B3n_revisada
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A. y Sánchez-Arribas, C. (1999). Escala de ansiedad social para niños-revisada (SASC-R): Fiabilidad, validez y datos normativos.
https://www.researchgate.net/publication/39141208_Escala_de_Ansiedad_Social_para_Ninos-Revisada_SASC-R_Fiabilidad_validez_y_datos_normativos

- Scavone, G. (2020, 19 noviembre). *TRASTORNOS DE ANSIEDAD*. Lic. Graciela Scavone. <http://gracielascavone.com/trastornos-de-ansiedad/>
- Scavone, G. (2020b, noviembre 19). *TRASTORNOS DE ANSIEDAD*. Lic. Graciela Scavone. <http://gracielascavone.com/trastornos-de-ansiedad/>
- Science, C. F. L. (s. f.). *Health Advisor - Herramientas*. <https://www.healthsadvisor.com/es/guest/qs/echelle-des-obsessions-compulsions-ybocs/>
- Sociedad Colombiana de Pediatría (2021). Trastornos-ansiedad-1- . <https://scp.com.co/>
- *The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol* (1959). Escala de Hamilton para la ansiedad. <https://www.gestalt.cl/web/wp-content/uploads/2019/10/Hamilton-instructivo.pdf>
- *Tortella-Feliu, M.* (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Revista iberoamericana de psicopatología. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
- *Trastorno de ansiedad por separación - Síntomas y causas - Mayo Clinic.* (2018, 20 noviembre). MayoClinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/separation-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20377455>
- *Trastornos de ansiedad - Síntomas y causas - Mayo Clinic.* (2018, 20 noviembre). Mayo clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
- Trastornos de ansiedad. (2016, abril). https://www.siicsalud.com/pdf/gd_roem_trastor_ansiedad_40116.pdf

- *TRASTORNOS DE ANSIEDAD*. (s. f.). siicsalud.
https://www.siicsalud.com/pdf/gd_roem_trastor_ansiedad_40116.pdf

- *Tratamiento psicológico de la Ansiedad por Separación* (s. f.). Clínica de ansiedad. <https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-por-separacion/tratamiento-psicologico-de-la-ansiedad-por-separacion/>

- UNED (s.f.). Teorías sobre los trastornos de ansiedad.
<http://psicologia.isipedia.com/segundo/psicopatologia/psicopatologia-parte-2/04-teorias-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>

- Urbano, P. D. (2018, 3 agosto). *¿Qué es la ansiedad?, ¿qué pasa si no se trata?* Dessirée Urbano. <https://psicologaespecialistamalaga.com/que-es-la-ansiedad/>

- Velazquez Díaz, M., Martínez Medina, M.P., Martínez Pérez, M., Padrós Blázquez, F. M (2016). *MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO POR ANSIEDA GENERALIZADA Y DE LA PREOCUPACIÓN PATOLÓGICA*. Revista de Psicología GEPU.
https://www.researchgate.net/publication/320407314_Modelos_explicativos_del_Trastorno_por_ansiedad_generalizada_y_de_la_preocupacion_patologica

- Velázquez Díaz, M., Martínez Medina, M.P., Martínez Pérez, M., y Padrós Blázquez, F. (2016). Modelos explicativos del trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Psicología GEPU*, 7 (2), 001-242.
[\(PDF\) Modelos explicativos del Trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica \(researchgate.net\)](#)

Anexos

ANEXO 1: Escala ansiedad Hamilton

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

1. Humor ansioso (AP) Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad	0 1 2 3 4
2. Tensión (AP) Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar	0 1 2 3 4
3. Miedos (AP) A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud	0 1 2 3 4
4. Insomnio (AP) Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos	0 1 2 3 4
5. Funciones intelectuales (AP) (gnósicas). Dificultad de concentración. Mala memoria	0 1 2 3 4
6. Humor depresivo (AP) Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día	0 1 2 3 4
7. Síntomas somáticos generales (AS) (musculares) Dolor y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos. Sacudidas crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura	0 1 2 3 4
8. Síntomas somáticos generales (AS) (somáticos) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo	0 1 2 3 4
9. Síntomas cardiovasculares (AS) Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles	0 1 2 3 4
10. Síntomas respiratorios (AS) Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire	0 1 2 3 4
11. Síntomas gastrointestinales (AS) Dificultad para tragar. Meteorismo (hinchazón). Dispepsia (acidez). Dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborismos. Diarrea. Constipación	0 1 2 3 4
12. Síntomas genitourinarios (AS) Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia	0 1 2 3 4
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (AS) Sequedad de boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación	0 1 2 3 4
14. Comportamiento durante la entrevista (AP) (general) Tenso, incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular (fisiológico). Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20 min. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmia. Sudor. Mioclonias palpebrales	0 1 2 3 4

A.P. + A.S. = TOTAL

ANEXO 2: Escala de ansiedad social para niños revisada (SASC-R) La Greca

Cuestionario de ansiedad social para niños (CASO-N24) (Versión chicos) <i>(Caballo, Arias, Salazar, Calderero, Irurtia y Ollendick, 2012)</i>			
Iniciales del nombre: _____ Edad: _____ Colegio: _____ Curso: _____			
A continuación se describen algunas situaciones en las que podrías sentir temor, vergüenza o nerviosismo . Coloca una X en el número que mejor describa lo que tú sientes. No dejes ninguna pregunta sin contestar y hazlo de manera sincera; no te preocupes porque no existen respuestas correctas o incorrectas.			

Señala cuánto temor, vergüenza o nerviosismo te producen las siguientes situaciones	Nada	Poco	Bas- tante	Mucho
1. Tener que hablar con un profesor	1	2	3	4
2. Que me hagan una broma delante de los demás	1	2	3	4
3. Participar en una obra de teatro en el colegio	1	2	3	4
4. Estar con otros chicos que no conozco	1	2	3	4
5. Cantar en público	1	2	3	4
6. Salir a la pizarra	1	2	3	4
7. Jugar con un grupo de chicos que conozco poco	1	2	3	4
8. Hacer una pregunta en clase	1	2	3	4
9. Bailar delante de gente	1	2	3	4
10. Decirle a un amigo que no coja mis cosas sin mi permiso	1	2	3	4
11. Pedir algo a un compañero que casi no conozco	1	2	3	4
12. Hacer el ridículo delante de los demás	1	2	3	4
13. Iniciar una conversación con la chica que me gusta	1	2	3	4
14. Que me critiquen	1	2	3	4
15. Decirle a un compañero que no me ha gustado lo que ha dicho de mí	1	2	3	4
16. Empezar a hablar con chicos que no conozco	1	2	3	4
17. Decirle a una chica que me gusta algo de ella (por ejemplo, su sonrisa, su pelo, etc.)	1	2	3	4
18. Decirle a un compañero que no me moleste cuando estoy trabajando	1	2	3	4
19. Quedarme sin voz, tartamudear o que me tiemble la voz al hablar	1	2	3	4
20. Dar un beso por primera vez a la chica que me gusta	1	2	3	4
21. Que me pregunte el profesor en clase	1	2	3	4
22. Decirle a un compañero que no sea siempre el centro de atención	1	2	3	4
23. Tocar un instrumento musical en público	1	2	3	4
24. Pedirle salir a la chica que me gusta	1	2	3	4

Cuestionario de ansiedad social para niños (CASO-N24) (Versión chicas)

(Caballo, Arias, Salazar, Calderero, Iruña y Ollendick, 2012)

Iniciales del nombre: _____ Edad: _____ Colegio: _____ Curso: _____

A continuación se describen **algunas situaciones en las que podrías sentir temor, vergüenza o nerviosismo**. Coloca una X en el número que mejor describa lo que tú sientes. No dejes ninguna pregunta sin contestar y hazlo de manera sincera; no te preocupes porque no existen respuestas correctas o incorrectas.

Señala cuánto temor, vergüenza o nerviosismo te producen las siguientes situaciones	Nada	Poco	Bas- tante	Mucho
1. Tener que hablar con un profesor	1	2	3	4
2. Que me hagan una broma delante de los demás	1	2	3	4
3. Participar en una obra de teatro en el colegio	1	2	3	4
4. Estar con otras chicas que no conozco	1	2	3	4
5. Cantar en público	1	2	3	4
6. Salir a la pizarra	1	2	3	4
7. Jugar con un grupo de chicas que conozco poco	1	2	3	4
8. Hacer una pregunta en clase	1	2	3	4
9. Bailar delante de gente	1	2	3	4
10. Decirle a una amiga que no coja mis cosas sin mi permiso	1	2	3	4
11. Pedir algo a una compañera que casi no conozco	1	2	3	4
12. Hacer el ridículo delante de los demás	1	2	3	4
13. Iniciar una conversación con el chico que me gusta	1	2	3	4
14. Que me critiquen	1	2	3	4
15. Decirle a una compañera que no me ha gustado lo que ha dicho de mí	1	2	3	4
16. Empezar a hablar con chicas que no conozco	1	2	3	4
17. Decirle a un chico que me gusta algo de él (por ejemplo, su sonrisa, su pelo, etc.)	1	2	3	4
18. Decirle a una compañera que no me moleste cuando estoy trabajando	1	2	3	4
19. Quedarme sin voz, tartamudear o que me tiemble la voz al hablar	1	2	3	4
20. Dar un beso por primera vez al chico que me gusta	1	2	3	4
21. Que me pregunte el profesor en clase	1	2	3	4
22. Decirle a una compañera que no sea siempre el centro de atención	1	2	3	4
23. Tocar un instrumento musical en público	1	2	3	4
24. Pedirle salir al chico que me gusta	1	2	3	4

ANEXO 3: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (C-MAS) de Reynolds y Richmond

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	Sí	No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	Sí	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Sí	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien	Sí	No
5. Muchas veces siento que me falta el aire	Sí	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	Sí	No
7. Muchas cosas me dan miedo	Sí	No
8. Siempre soy amable	Sí	No
9. Me enojo con mucha facilidad	Sí	No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Sí	No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Sí	No
12. Siempre me porto bien	Sí	No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	Sí	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	Sí	No
15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	Sí	No
16. Siempre soy bueno(a)	Sí	No
17. Muchas veces siento asco o náuseas	Sí	No
18. Soy muy sentimental	Sí	No
19. Me sudan las manos	Sí	No
20. Siempre soy agradable con todos	Sí	No
21. Me canso mucho	Sí	No
22. Me preocupa el futuro	Sí	No
23. Los demás son más felices que yo	Sí	No
24. Siempre digo la verdad	Sí	No
25. Tengo pesadillas	Sí	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Sí	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Sí	No
28. Nunca me enojo	Sí	No
29. Algunas veces me despierto asustado(a)	Sí	No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir	Sí	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Sí	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir	Sí	No
33. Me muevo mucho en mi asiento	Sí	No
34. Soy muy nervioso(a)	Sí	No
35. Muchas personas están contra mí	Sí	No
36. Nunca digo mentiras	Sí	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Sí	No

Escala con puntuación en el CMASR-2

Escala	Número de reactivos
Escala de validez	
Índice de Respuestas Inconsistentes (INC) (nuevo) pares	9
Defensividad (DEF) (antes Mentira)	9
Escala de ansiedad	
Ansiedad Total (TOT)	40
Ansiedad Fisiológica (FIS)	12
Inquietud (INQ) (antes Inquietud -Hipersensibilidad)	16
Ansiedad Social (SOC) (antes Preocupaciones sociales-Concentración)	12

CUADRO 1.
Contenido de reactivos de las cuatro subescalas

I. Ansiedad fisiológica (10 reactivos)	II. Inquietud/hipersensibilidad (11 reactivos)	III. Preocupaciones sociales/concentración (7 reactivos)	Mentira (L) (9 reactivos)
1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	4. Todas las personas que conozco me caen bien
5. Muchas veces siento que me falta el aire	6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	8. Siempre soy amable
9. Me enojo con mucha facilidad	7. Muchas cosas me dan miedo	15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	12. Siempre me porto bien
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	23. Los demás son más felices que yo	16. Siempre soy bueno(a)
17. Muchas veces siento asco o náuseas	14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	20. Siempre soy agradable con todos
19. Me sudan las manos	18. Soy muy sentimental	31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	24. Siempre digo la verdad
21. Me canso mucho	22. Me preocupa el futuro	35. Muchas personas están contra mí	28. Nunca me enojo
25. Tengo pesadillas	26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo		32. Nunca digo cosas que no debo decir
29. Algunas veces me despierto asustado(a)	30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir		36. Nunca digo mentiras
33. Me muevo mucho en mi asiento	34. Soy muy nervioso(a)		
	37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase		

ANEXO 4: Inventario de ansiedad de estado-rasgo para niños (STAIC), Spielberger

Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC) (adaptación Española) (Seisdedos, 1990).

Nombres y Apellidos _____ Edad _____

PRIMERA PARTE

1	Me siento calmado	1	2	3
2	Me encuentro inquieto	1	2	3
3	Me siento nervioso	1	2	3
4	Me encuentro descansado	1	2	3
5	Tengo miedo	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Estoy preocupado	1	2	3
8	Me encuentro satisfecho	1	2	3
9	Me siento feliz	1	2	3
10	Me siento seguro	1	2	3
11	Me encuentro bien	1	2	3
12	Me siento molesto	1	2	3
13	Me siento agradable	1	2	3
14	Me encuentro atemorizado	1	2	3
15	Me encuentro confuso	1	2	3
16	Me siento animoso	1	2	3
17	Me siento angustiado	1	2	3
18	Me encuentro alegre	1	2	3
19	Me encuentro contrariado	1	2	3
20	Me siento triste	1	2	3

SEGUNDA PARTE

1	Me preocupa cometer errores	1	2	3
2	Siento ganas de llorar	1	2	3
3	Me siento desgraciado	1	2	3
4	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6	Me preocupo demasiado	1	2	3
7	Me encuentro molesto	1	2	3
8	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3

11	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12	Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16	Me preocupa lo que los otros piensen de mí	1	2	3
17	Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18	Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19	Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20	Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

ANEXO 5: Escala multidimensional de ansiedad para niños (MASC), March

Factor	Ítem
Ataque de Pánico/Agorafobia	13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna. (0.56) (0.56)
	21. De repente empiezo a temblar sin razón. (0.69) (0.68)
	28. Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro. (0.62) (0.62)
	30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, parques). (0.50) (0.49)
	32. De repente me siento muy asustado(a) sin razón. (0.68) (0.67)
	34. De repente me siento mareado(a) sin razón. (0.66) (0.67)
	36. De repente mi corazón late muy rápido sin razón. (0.69) (0.70)
	37. Me preocupa sentirme asustado(a) de repente sin que haya nada que temer. (0.27)
	39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados, como túneles o cuartos pequeños. (-0.01) (0.58)
Ansiedad de Separación	5. Me daría miedo estar solo(a) en casa. (0.59) (0.62)
	8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres. (0.61) (0.64)
	12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia. (0.49) (0.60)
	15. Siento miedo si tengo que dormir solo(a). (1.22) (0.58)
	16. Antes de ir a la escuela me siento nervioso(a) y con miedo. (0.43)
	44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa. (0.52) (0.55)
Fobia Social	6. Me da miedo presentar un examen. (0.52) (0.52)
	7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos. (0.44) (0.47)
	9. Tengo miedo de equivocarme enfrente de la gente. (0.68) (0.70)
	10. Me preocupa hacer un mal trabajo en la escuela. (0.48) (0.49)
	29. Me preocupa lo que otras personas piensen de mí. (0.49)
	35. Me da miedo tener que hablar frente a mi salón. (0.48) (0.46)
Miedo al Daño Físico	2. Me da miedo la oscuridad. (0.65) (0.58)
	18. Me dan miedo los perros. (0.18)
	23. Me asusta ir al doctor o al dentista. (0.49) (0.49)
	25. Me asustan los lugares altos (como montañas, azuleas, etc.) o los elevadores. (0.52) (0.60)
	33. Me dan miedo los insectos o las arañas. (0.49) (0.51)

Trastorno Obsesivo-Compulsivo	14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave). (0.51) (0.48)
	19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas. (0.46) (0.44)
	27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo. (0.43) (0.41)
	40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en cierto orden). (0.39)
	41. Me molestan pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi mente. (0.57) (0.56)
42. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo. (0.50) (0.48)	
Ansiedad Generalizada	1. Hay cosas que me preocupan. (0.46) (0.46)
	3. Cuando tengo un problema siento raro en el estómago. (0.26) (0.22)
	4. Siento temor. (0.54) (0.57)
	20. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte. (0.45) (0.41)
	22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme. (0.66) (0.64)
24. Cuando tengo un problema me siento nervioso(a). (0.57)	

ANEXO 6: Observación de la ansiedad infantil ligada a trastornos emocionales (SCARED)

NOMBRE..... FECHA.....

Marca con una X la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

1. Hay cosas que me preocupan.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. Me da miedo la oscuridad.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. Tengo miedo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. Me da miedo hacer un examen.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente..	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo..	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. Me da miedo dormir solo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. Soy bueno en los deportes.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. Me dan miedo los perros.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. Soy una buena persona.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
31. Me siento feliz.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Me gusta como soy.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escribe qué es..... ¿Con qué frecuencia te pasa?.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

ANEXO 7: Inventario de ansiedad y fobia social (SPAI-C) Beidel

Factor 1. Hablar en público/Interacción con profesores							
15. Hacer una pregunta en clase*	79	3	4	15	4	7	0,37
9. Salir a la pizarra*	79	2	4	-1	14	7	0,34
39. Que me pregunte el profesor en clase*	76	8	25	13	5	11	0,47
32. Preguntar aparte alguna duda al profesor	72	4	2	35	2	12	0,40
26. Hablar delante de toda la clase	70	13	15	16	2	26	0,48
34. Practicar o hacer educación física delante de los demás	69	-3	-11	39	6	-1	0,27
2. Tener que hablar con un profesor*	64	13	4	16	14	-3	0,37
19. Saludar a mi profesor cuando me lo encuentro fuera del colegio	49	1	-12	32	18	6	0,27
Factor 2. Interacción con el sexo opuesto							
38. Dar un beso por primera vez a la chica que me gusta*	-5	82	18	5	10	13	0,45
8. Que una chica me pida que sea su novio	4	79	17	-3	14	15	0,49
25. Iniciar una conversación con la chica que me gusta*	20	79	6	11	16	4	0,53
43. Pedirle salir a la chica que me gusta*	-8	78	25	-5	9	19	0,43
33. Decirle a una chica que me gusta algo de ella (p. ej., su sonrisa, su pelo)*	3	78	16	3	12	11	0,47
14. Mirar a los ojos a una chica que me gusta	18	77	10	12	18	4	0,54
1. Quedarme a solas con una chica que me gusta	8	75	11	6	17	-3	0,45
Factor 3. Quedar en evidencia o en ridículo							
22. Hacer el ridículo delante de los demás*	-5	26	71	-4	17	22	0,46
27. Que me critiquen*	0	12	67	26	8	12	0,44
31. Tropezar o caerme delante de la gente	2	10	65	3	27	19	0,45

3. Que me hagan una broma delante de los demás*	13	16	65	8	5	16	0,45
13. Que me regañe mi profesor	17	16	64	19	12	-9	0,45
37. Quedarme sin voz, tartamudear o que me tiemble la voz al hablar*	-1	23	60	9	14	19	0,45
10. Equivocarme delante de los demás	53	7	53	-1	18	5	0,50
Factor 4. Expresión asertiva de molestia o enfado							
29. Decirle a un/a compañero/a que no me ha gustado lo que ha dicho de mí*	29	6	11	71	11	2	0,41
41. Decirle a un/a compañero/a que no sea siempre el centro de atención*	9	7	29	71	2	15	0,40
35. Decirle a un compañero/a que no me moleste cuando estoy trabajando*	45	-3	-5	66	19	0	0,35
17. Decirle a un/a amigo/a que no coja mis cosas sin mi permiso*	29	-3	6	61	22	-5	0,32
23. Quejarme a algo por mandar mucho a los demás	23	20	24	61	2	3	0,43
Factor 5. Interacción con desconocidos							
6. Estar con otros chicos/as que no conozco*	12	28	16	2	73	9	0,50
30. Empezar a hablar con chicos/as que no conozco*	13	24	24	16	71	17	0,58
12. Jugar con un grupo de chicos/as que conozco poco*	19	23	15	9	70	10	0,51
18. Pedir algo a un/a compañero/a que casi no conozco*	7	14	30	27	57	22	0,53
24. Ir a una fiesta o cumpleaños donde conozco a pocas personas	15	27	22	20	53	29	0,56
Factor 6. Actuar en público							
16. Bailar delante de gente*	-1	18	12	4	4	71	0,33
7. Cantar en público*	-14	27	30	-3	12	71	0,36
4. Participar en una obra de teatro en el colegio*	25	3	-4	-6	22	67	0,32
42. Tocar un instrumento musical en público*	21	9	18	15	7	59	0,41
21. Salir disfrazado	23	-2	22	6	19	51	0,37

ANEXO 8: Escala de ansiedad social para niños revisada (SASC-R) La Greca

	Correlación item- subescala	R ²	Coefficien- te alfa
FNE			
2. Que me tomen el pelo	0,46	0,25	0,85
4. Que habien de mi a mis espaldas	0,50	0,34	0,85
6. Me preocupa lo que piensen de mí	0,68	0,54	0,83
7. Caer mal a otros chicos	0,69	0,51	0,83
9. Que hablen de mí	0,74	0,58	0,82
11. No gustar a otros chicos	0,67	0,52	0,83
13. Que se burlien de mí	0,53	0,36	0,85
14. No caer bien a otros	0,53	0,30	0,85
SAD-G			
12. Estar callado ante otros chicos	0,50	0,25	0,64
15. Miedo a que rehusen una invitación	0,46	0,23	0,65
17. Timidez ante chicos conocidos	0,46	0,23	0,65
18. Pedir que jueguen conmigo	0,53	0,28	0,61
SAD-N			
1. Hacer cosas nuevas ante otros chicos	0,45	0,22	0,71
3. Timidez ante chicos desconocidos	0,51	0,29	0,69
5. Evitar chicos no conocidos	0,46	0,31	0,70
8. Nerviosismo ante chicos poco conocidos	0,62	0,47	0,66
10. Nerviosismo ante nuevos chicos	0,64	0,51	0,65
16. Nerviosismo ante ciertos chicos	0,44	0,25	0,71

Nota: FNE = fear of negative evaluation, SAD-G = social avoidance and distress-general, SAD-N = social avoidance and distress-specific to new peer. Los items se describen de forma abreviada.

I	Correlación tem- subescala	R ²	Coefficien- te alfa
FNE-O			
2. Que me tomen el pelo	0,47	0,24	0,81
7. Caer mal a otros chicos	0,67	0,48	0,74
9. Que hablen de mí	0,70	0,50	0,74
11. No gustar a otros chicos	0,66	0,50	0,75
13. Que se burlien de mí	0,46	0,23	0,80
SAD-O			
1. Hacer cosas nuevas ante otros chicos	0,42	0,19	0,65
3. Timidez ante chicos desconocidos	0,50	0,30	0,62
5. Evitar chicos no conocidos	0,30	0,21	0,71
10. Nerviosismo ante nuevos chicos	0,51	0,30	0,62
12. Estar callado ante otros chicos	0,53	0,29	0,61

Nota: FNE-O = fear of negative evaluation (escala original), SAD-O = social avoidance and distress (escala original). Los items se describen de forma abreviada.

ANEXO 9: Escala de Afrontamiento de temores para niños-revisado (FSSC-R) Ollendick

Elemento	Factores						
	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>	<i>VI</i>	<i>VII</i>
Factor 1: Miedo al peligro y a la muerte							
N15 Ser secuestrado	.75	-.02	.11	-.00	.10	.09	.04
45 Ser atropellado por un automóvil o camión			.73	.12	.23	.06	.08 .14 .02
17 ataques con bombas: ser invadido	.72	-.04	.15	.11	.04	-.03	-.02
N6 Ser asesinado o asesinado	.68	.13	.03	.06	.08	-.01	-.03
32 Fuego: quemarse	.66	.08	.17	-.00	.19	.14	.15
50 terremotos	.66	.09	.31	.00	.05	.08	.01
N61 Yo mismo muriendo		.66	.15	-.03	-.16	-.02	.03 .17
53 Un ladrón irrumpió en nuestra casa	.66	.17	.07	.07	.17	.06	-.03
N57 SIDA	.64	-.02	-.15	.17	.01	.02	.14
38 Cayendo de lugares altos	.64	.26	.11	.10	-.08	.21	-.09
Drogas N76	.63	.27	.18	.09	-.00	.14	.05
35 No poder respirar	.62	.16	.08	-.01	.04	.15	.10
39 Perderse en un lugar extraño	.61	.26	.09	.13	.10	.04	.13
24 Recibir una descarga eléctrica	.60	.09	.14	-.06	.15	.14	.06
N75 Ser violado	.60	.05	-.22	.15	.09	.05	.21
12 pistolas	.57	.12	.23	.02	.20	.08	-.07
N71 guerra nuclear	.56	.07	.03	.16	-.19	.04	-.01
N25 Huracanes, maremotos o inundaciones	.55	.20	.36	-.01	.06	-.01	-.02
R21 Ahogamiento	.53	.08	.13	-.03	.04	.13	.08
N58 Ser perseguido o seguido	.53	.11	-.14	.17	.11	.05	.24
Tiburones N68	.52	.11	.16	.18	.23	.16	-.08
8 gérmenes o contraer una enfermedad grave		.49	-.02	.13	.02	.08	.18 .17
28 serpientes	.47	.09	.14	.05	.41	.14	-.02
70 Muerte o personas muertas	.47	.33	.06	-.08	.20	.08	.12
R40 Extraños o personas de aspecto extraño	.43	.25	.33	.14	.29	.05	.10
N33 Miembro de la familia muriendo		.42	.15	-.17	-.01	.02	.18 .07
52 Tener que ir al hospital	.42	.17	.34	.11	.17	.17	.10
Factor 2: Miedo a lo desconocido							
83 Estar en una pelea	.42	.15	.25	.04	.23	.10	.25
R4 Animales salvajes grandes (p. Ej., Osos, lobos, cerdos salvajes, caballos)		.41	-.07	.28	.12	.37	.07 .01
Pandillas N1	.37	.02	-.02	.32	.09	.00	.04
R81 Parecer tonto (p. Ej., Ser visto sin ropa, la ropa no combina)	.34	.18	-.05	.14	.18	.18	.33
43 lugares oscuros	.15	.77	.08	.08	.06	.06	.02
74 cuartos oscuros o armarios	.11	.74	.08	.09	.10	.09	.02
42 Acostarse en la oscuridad	-.07	.72	.10	-.01	.04	.00	.05
29 Pesadillas	.23	.53	.17	.03	.07	.16	.06
R72 Fantasmas o cosas espeluznantes (p. Ej., Brujas, obake, pesadillas, dama de blanco, bola de fuego)			.31	.52	.03	.04	.30 .12 .03
N82 Estar solo en casa	.24	.52	.22	.12	.15	-.05	.16
R9 Lugares espeluznantes (p. Ej., Cementerios, casas encantadas, heiaus)	.33	.51	.10	.14	.22	.16	-.02

46 Estar solo	.19	.48	.03	.15	.12	.08	.32		
R2 película de misterio o película de terror		.dieciséis		.44	.18	–	.02	.24	.05
79 lugares altos	.22	.36	.14	.32	–	.07	.18	–	.16
R67 Objetos afilados (p. Ej., Cuchillos)		.35	.36	.32	.04	.12	–	.01	.10
R47 Lugares cerrados (por ejemplo, ascensores, habitaciones pequeñas)		.dieciséis		.31	.24	.16	.16	.08	.1
R13 Ruidos fuertes (p. Ej., Sirenas, gritos, animales por la noche)		.11	.26	.20	.18	.24	.15	–	.04
Factor 3: preocupaciones									
11 Enfermarse en la escuela	.13	.12	.55	–	.03	.02	.27	.19	
16 Conseguir una picadura de abeja			.17	.24	.52	–	.04	.22	.17
6 Estar en una gran multitud		.25	.dieciséis		.48	.24	.06	–	.08
R73 Tormentas o relámpagos	.14	.39	.45	.14	.25	.04	–	.00	
44 Tener que comer alimentos que no me gustan			.15	.05	.45	.12	.12	.08	.11
63 Tener que ir a la escuela	– .21	–	.00	.41	.31	–	.01	.15	– .01
26 murciélagos o pájaros		.23	.19	.41	.14	.39	.02	.10	
84 Jugando juegos rudos	.30	.27	.39	.14	.21	.07	.22		
51 Quedarse en casa con una niñera	.03	.24	.37	–	.01	.06	.05	.21	
19 La vista de la sangre	.24	.22	.30	–	.01	.28	.17	.07	
Factor 4: Miedos sociales anticipatorios									
77 Obtener una boleta de calificaciones			– 0,10	–	0,01	–	0,09	0,59	0,11
14 Hacer una prueba	– .12	–	.09	.00	.52	.09	.19	.18	
R69 Tener que hacer un recital (es decir, dar una actuación en solitario)		.19	.04	– .07	.51	.03	.06	.10	
GK65 Tener que hablar frente a mi clase	.14	.06	.05	.50	.02	.00	.20		
62 Conocer a alguien por primera vez	.19	.03	.18	.46	–	.04	–	.13	.39
34 Ir al médico	– .03	.08	.16	.45	.20	.05	.15		
5 Ser llamado por el profesor	.03	.11	.15	.44	.11	.12	.14		
22 Ir al dentista	.01	.10	.14	.44	.10	.13	– .06		
18 atracciones en montaña rusa o carnaval		.02	.33	– .05	.39	–	.01	.00	.01
55 Haciendo algo nuevo	.13	.06	.19	.35	.03	–	.06	.27	
66 Volar un avión	.12	.21	.16	.28	.03	–	.05	.01	
Factor 5: Miedos a los animales									
59 Gusanos o caracoles		.09	.14	.13	.07	.63	.05	.07	
R30 Ratas, ratones o mangostas		.17	.10	.18	.15	.63	.09	.07	
Lagartos R48 (p. Ej., Lagartijas)			.00	.11	.10	.02	.60	.12	.04
R54 Arañas o cucarachas	.03	.27	– .14	.15	.59	.08	.15		
R37 Perros extraños o de aspecto mezquino (p. Ej., fosa toros)		.31	.15	.13	.17	.47	.03	.04	
Factor 6: Miedos sociales aversivos									
64 Ser castigado por mamá	.19	.12	.15	.02	.04	.62	.17		
20 Reprobar una prueba			.13	.00	– .03	.36	.13	.55	.08
49 Ser castigado por mi padre	.21	.11	.24	.12	.06	.55	.07		
27 Sacar malas notas	.19	.03	– .03	.31	.13	.53	.11		

R56 Mis padres me critican (p. Ej., Ser llamado feo, estúpido o un fracaso)	.27	.14	.14	-.15	.03	.45	.41	
23 Siendo enviado al director	.32	.08	.14	.21	.19	.44	-.02	
78 Que mis padres discutan	.36	.dicciséis	.08	.01	.11	.44	.24	
GK36 Recibir una inyección de una enfermera o médico	.19	.29	.20	.25	.12	.41	.04	
Factor 7: Miedos a la conformidad social								
31 Tener que llevar ropa diferente a la otros	.06	-	.01	.11	.21	.00	-	0,00 0,61
R41 Ser objeto de burlas (p. Ej., Sobre mi nombre, cómo I Mira)	.04	.07	.11	.14	.22	.22	.57	
N80 Avergonzar a mi familia o ser avergonzado por mi familia	.28	.14	.11	.15	-.01	.17	.50	
7 Cometer errores	-.10	.03	.04	.31	.01	.11	.48	
10 Ser criticado por otros	.16	.11	.20	.20	.16	.23	.44	
3 Cortarse o lesionarse	.12	.06	.12	.10	.16	.21	.21	

ANEXO 10: Escala Obsesivo-Compulsivo para Niños de Yale-Brown (CY-BOCS), Goodman

1 - TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS

- Nada
- Menos de 1h/día o pensamientos ocasionales
- 1 a 3 h/día o frecuentes
- Mas de 3 y hasta 8 h/día o presentación sumamente frecuente
- Mas de 8 h/día o presentación casi constante

2 - INTERFERENCIA DEBIDO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS

- Nada
- Ligera interferencia con actividades sociales o de otro tipo, pero el desempeño global no se ve alterado
- Interferencia definitiva con el desempeño social u ocupacional, pero sigue siendo manejable
- Provoca deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional
- Incapacitante

3 - MALESTAR ASOCIADO CON PENSAMIENTOS OBSESIVOS

- Nada
- No son demasiado inquietantes
- Son Inquietantes, pero siguen siendo manejables
- Sumamente inquietantes
- Inquietud casi constante e incapacitante

4 - RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES

- Trato de resistirme todo el tiempo
- Trato de resistirme la mayor parte del tiempo
- Hago cierto esfuerzo por resistirme
- Me rindo ante todas las obsesiones sin tratar de controlarlas, aunque con cierta renuncia
- Me rindo completa y gustosamente a todas las obsesiones

5 - GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS

- Control Absoluto
- Usualmente logro detener o distraer las obsesiones con algo de esfuerzo y concentración
- En ocasiones logro detener o distraer las obsesiones
- Raras veces tengo éxito para detener o distraer las obsesiones, únicamente logro distraer mi atención con dificultad
- Las obsesiones son completamente involuntarias, raras veces logro alterar, aunque sea momentáneamente, los pensamientos obsesivos

6 - TIEMPO EMPLEADO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS

- Nada
- Menos de 1 h/día, o desempeño ocasional de comportamientos obsesivos
- De 1 a 3 h/día, o desempeño frecuente de comportamientos compulsivos
- Mas de 3 y hasta 8 h/día, o desempeño muy frecuente de comportamientos compulsivos
- Mas de 8 h/día, o desempeño casi constante de comportamientos compulsivos (demasiado numerosos para contarlos)

7 - INTERFERENCIA DEBIDA A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS

- Nada
- Ligera interferencia con actividades sociales o de otro tipo, pero el desempeño global no se ve alterado
- Interferencia definitiva con el desempeño global no se ve alterado
- Provoca deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional
- Incapacitante

8 - DISTRÉS ASOCIADO A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS

- Nada
- Tan solo ligeramente ansioso si me impiden mis compulsiones
- La ansiedad se agudizaría, pero seguiría siendo manejable si me impidieran mis compulsiones
- Aumento notorio y sumamente inquietante de la ansiedad si mis compulsiones son interrumpidas
- Ansiedad incapacitante a causa de cualquier intervención tendiente a modificar la actividad

9 - RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES

- Trato de resistirme todo el tiempo
- Trato de resistirme la mayor parte del tiempo
- Hago cierto esfuerzo por resistirme
- Me rindo ante todas las compulsiones sin tratar de controlarlas, aunque con cierta renuncia
- Me rindo completa y gustosamente a todas las compulsiones

10 - GRADO DE CONTROL SOBRE LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS

- Control absoluto
- Presión para llevar al cabo el comportamiento, pero suelo ser capaz de ejercer un control voluntario sobre este
- Presión intensa por llevar al cabo el comportamiento, lo puedo controlar con dificultad
- Impulso muy intenso por llevar al cabo el comportamiento, debo efectuarlo hasta su conclusión, solo lo puedo retardar con dificultad
- El impulso por llevar al cabo el comportamiento se experimenta como algo completamente involuntario e irresistible, raras veces soy capaz de retardar, aunque sea momentáneamente, la actividad

ANEXO 11: Tabla de registro de la técnica: Respiración diafragmática

Día y hora	Facilidad para respirar (0-10)	Concentración durante la respiración (0-10)	Relajación al finalizar (0-10)