

# Intervención cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil<sup>1</sup>

## *Cognitive-behavioral intervention in child anxiety disorders*

Alejandra Viridiana Gutiérrez García<sup>2</sup>, Cecilia Méndez Sánchez<sup>3</sup>,  
Angélica Riveros Rosas<sup>4</sup> y Mariana Gutiérrez Lara<sup>5</sup>

*Citación:* Gutiérrez García, A.V., Méndez Sánchez, C., Riveros Rosas, A. y Gutiérrez Lara, M. (2021). Intervención cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil. *Psicología y Salud*, 31(1), 37-49. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2674>.

### RESUMEN

Los trastornos de ansiedad infantil han encabezado las estadísticas mundiales de prevalencia, por lo que se requiere hacer énfasis en la necesidad de diseñar y aplicar tratamientos eficaces y oportunos que puedan hacer frente a esta situación. En este trabajo se evaluó y diferenció la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual en niños escolares, de entre 8 y 11 años de edad, bajo tratamiento farmacológico y diagnosticados con trastornos de ansiedad en un hospital público especializado de la Ciudad de México. El diseño utilizado fue de línea base A-B, con seguimiento para diez réplicas, cada una dividida en tres fases. Para identificar los efectos del tratamiento psicológico se llevó un registro del inicio de la ingesta de los medicamentos y de los lapsos en los cuales ocurrían esos efectos. En los resultados obtenidos se observó una reducción de la sintomatología en la gran mayoría de los pacientes, contingente con el inicio y desarrollo de la intervención, lo que denota un efecto positivo de este tipo de terapia en los trastornos de ansiedad infantil. No obstante, los resultados también muestran la necesidad de realizar más estudios con controles experimentales más rigurosos que contribuyan a identificar las condiciones y momentos en que resultan más favorables los tratamientos para atender condiciones clínicas específicas.

**Palabras clave:** Terapia cognitivo-conductual; Niños escolares; Trastornos de ansiedad; Tratamiento farmacológico.

### ABSTRACT

*Anxiety disorders in children have frequently led the worldwide statistics of prevalence in mental health problems, hence the emphasis on designing and testing effective and opportune treatments. The present study evaluated and differentiated the effect of a cognitive behavioral treatment in schoolchildren, aged 8 to 11, diagnosed with anxiety disorders in a specialized public institution in Mexico City. The design involved a baseline A-B comparison scheme with ten clinical individual replications and follow-up. The protocol consisted of four phases: 1) Pre-evaluation, 2) Cognitive-behavioral treatment, 3) Post-evaluation, and 4) Follow-up. In an attempt to isolate the effects of the prescribed treatment time span and specific times of medication, these variables were recorded, as well as the periods in which they produced effects. Results showed that eight of ten participants showed reduction of symptoms, and the improvement was specifically contingent to the intervention. This type of therapy showed symptom improvement when applied to this disorder, as shown in phase II, in comparison to phase I, and maintained improvement in phase III. Nevertheless,*

<sup>1</sup> Este estudio se realizó como parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con beca de posgrado del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

<sup>2</sup> Unidad Adolescentes Mujeres, Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", San Buenaventura 86, Col. Belisario Domínguez Secc. 16, Del. Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: alejandragtzg@hotmail.com. Artículo recibido el 2 de agosto de 2019 y aceptado el 4 de febrero de 2020.

<sup>3</sup> Departamento de Psicología, Edif. 212, Cubículo 1, 2o Piso, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Av. Universidad 940, Ciudad Universitaria, 20131 Aguascalientes, Ags., México, correo electrónico: ceciliams2002@yahoo.com.mx.

<sup>4</sup> Facultad de Contaduría y Administración, División de Investigación, Universidad Nacional Autónoma de México, Cubículo 31, Circuito Exterior s/n, Ciudad Universitaria, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: ariveros@fca.unam.mx.

<sup>5</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Edif. C., Cubículo 36, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: marianagutierrezlara@gmail.com.

*further studies will be necessary to clarify under what conditions and moments is better to select both treatments as a whole, or only one of them, during care of specific clinical conditions.*

**Keywords:** Cognitive-behavioral therapy; School children; Anxiety disorders; Pharmacotherapy.

Desde hace algún tiempo ha llamado la atención que los trastornos de ansiedad ocurran generalmente en las etapas tempranas de la vida de una persona, aunque se observan cada vez más en la población infanto-juvenil (Beesdo-Baum y Knappe, 2012; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015) a través de síntomas tales como la preocupación persistente por el futuro, el desempeño académico o la imagen positiva ante los demás, entre otros, así como síntomas físicos como sudoración excesiva de manos, dolores de estómago y dificultades para dormir (American Psychiatric Association [APA], 2013; American Psychological Association, 2015; Reynolds y Richmond, 2012). Polanczyk et al. (2015) detectaron en un metanálisis que de 13.4% de los niños que presentan algún trastorno mental en el mundo, 6.5% de ellos cursa uno de ansiedad generalizada, ocupando este padecimiento el primer lugar de prevalencia en dicha población.

En México, en el año 2014 esta alteración resultó ser la cuarta causa de consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la Ciudad de México, llegando a atenderse hasta 103 niños de entre 5 y 14 años de edad (Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, 2014). La cantidad de niños atendidos con el mismo diagnóstico y en el mismo rango de edad disminuyó a 79 en el año 2017, ubicándose como el quinto padecimiento más frecuente; no obstante, esta disminución, se sigue manteniendo dentro de los primeros diez trastornos que se atienden en la institución (Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, 2017).

Estos datos requieren poner la atención de las ciencias psiquiátricas y psicológicas en el diagnóstico y el tratamiento oportunos a fin de reducir su número y cronicidad en la etapa adulta. En lo general, se sabe que alrededor de 5% de los niños cumplen con los criterios para un diagnóstico de

trastorno de ansiedad, que en la mayoría de los casos comienza entre la segunda infancia y la adolescencia media; por ejemplo, alrededor de los 7 u 8 años en el caso del trastorno de ansiedad por separación, y entre los 10 o 12 años en el de ansiedad generalizada (Rapee, 2018).

Respecto al tratamiento, de acuerdo con la medicina basada en evidencia, o MBE, diversos hallazgos muestran que los tratamientos con un enfoque terapéutico cognitivo-conductual (TCC en lo sucesivo) permiten la reducción de la sintomatología (Creswell, Waite y Cooper, 2014; Sawyer y Nunez, 2014; Seligman y Ollendick, 2011), especialmente cuando incluyen técnicas de respiración diafragmática profunda, imaginación guiada, solución de problemas y participación activa de cuidadores primarios entrenados y supervisados (Aydin, 2014; Creswell et al., 2014; James et al., 2013).

En nuestro país, las intervenciones TCC en niños con ansiedad documentadas han sido principalmente para tratar la fobia social, donde han tenido como resultado una reducción significativa de la sintomatología (Gil y Hernández, 2009; López, 2012; Peña y Ramos, 2009), aunque se ha cuestionado el que no se incluyan otros trastornos de ansiedad, que los hallazgos no sean recientes y que no sean generalizables al tratarse de estudios de caso único.

Algunas investigaciones señalan que cuando la TCC se acompaña de un tratamiento farmacológico cuidadosamente prescrito los resultados son notoriamente positivos en los trastornos de ansiedad, específicamente con el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), tales como la sertralina y la fluoxetina (Creswell et al., 2014; Ipser, Stein, Hawkridge y Hoppe, 2009; Sawyer y Nunez, 2014). A pesar de ser evidente el efecto positivo del consumo de fármacos asociados a la TCC, algunos autores destacan la preocupación relativa a los síntomas secundarios que se activan ante su ingesta, tales como los de ataxia, irritabilidad, desinhibición, agitación muscular, tensión y déficit de atención con hiperactividad (Black y Andreasen, 2015; Reid et al., 2015), considerándose en estudios recientes como tratamientos más invasivos por los efectos secundarios asociados. Por este motivo, se ha hecho énfasis en ciertas líneas de acción a seguir, las cuales requie-

ren comenzar por tratamientos que minimicen los síntomas secundarios, como el uso de la TCC como única alternativa, y solo cuando la psicoterapia genere una mejoría parcial acompañarla con el uso de fármacos (Creswell et al., 2014; Creswell y Waite, 2016). Este criterio aún no se considera de modo generalizado como parte de los protocolos de atención en las instituciones psiquiátricas especializadas de la Ciudad de México.

Por lo anterior, el objetivo del presente análisis fue evaluar la efectividad clínica de la TCC en niños de 8 a 11 años de edad con trastornos de ansiedad, todos ellos atendidos en el área de psicología del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la Ciudad de México, al acompañarse, en distintos momentos, del tratamiento farmacológico.

## MÉTODO

### Diseño

Se realizó un diseño de línea base A-B con seguimiento para diez réplicas. Cada caso estuvo dividido en tres fases: Fase I: Evaluación; Fase II: Tratamiento Cognitivo Conductual, y Fase III: Posintervención o Seguimiento. El muestreo fue de tipo no probabilístico accidental.

### Participantes

En el estudio se incluyeron diez niños (nueve varones y una mujer) de 8 a 11 años de edad ( $\bar{x}$ = 9.5 años), pacientes del citado hospital; todos ellos se encontraban bajo régimen medicamentoso psiquiátrico indicado por su doctor tratante desde su ingreso a la institución por haber sido diagnosticados con trastorno de ansiedad. Todos los participantes tenían un nivel socioeconómico medio-bajo, cursaban la primaria en el año escolar correspondiente a su edad (un paciente en el sexto grado, cinco en el quinto, dos en el cuarto y dos en el tercero) y vivían con sus familiares, principalmente sus padres y hermanos (un participante vivía también con su abuela). Asimismo, participaron en el estudio los cuidadores primarios de los niños (principalmente la madre, ambos padres o la abuela); en el caso de la participante del sexo femenino, su madre sufría

una condición médica psiquiátrica particular, pues estaba diagnosticada con un cuadro de depresión mayor.

Los principales medicamentos que ingerían los participantes fueron sertralina, fluoxetina y metilfenidato o atomoxetina, estos últimos para nueve casos que presentaban comorbilidad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, o TDAH.

El reclutamiento de los pacientes se realizó en un periodo de ocho meses mediante un muestreo no probabilístico accidental con los siguientes criterios de inclusión: ser pacientes del hospital, tener un diagnóstico de algún trastorno de ansiedad según el médico paidopsiquiatra tratante, tener entre 8 y 11 años de edad, contar con la firma del formato de consentimiento informado de los cuidadores de los niños y del asentimiento de estos. Por su parte, en los criterios de exclusión se consideró el sufrir un trastorno de base comórbido al de ansiedad, siendo el primero más predominante y de mayor importancia, así como el no acudir regularmente a las consultas con el médico paidopsiquiatra tratante.

Para el análisis de los resultados, y como una forma de controlar el tratamiento farmacológico, a los pacientes incluidos en el estudio se les asignó a tres grupos distintos según el momento en el que este surtía efecto (nueve de los diez pacientes tratados con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina [ISRS], cuyo impacto ocurría entre cuatro y seis semanas posteriores a su ingesta, y solamente un paciente con esquema farmacológico a base de metilfenidato y risperidona). Dichos grupos fueron, a saber: Grupo A. Pacientes en los que el efecto del ISRS surgió durante la Fase I (Evaluación). Grupo B. Pacientes en los que el efecto del ISRS surgió durante la Fase II (Tratamiento cognitivo-conductual). Grupo C. Pacientes cuyo efecto del medicamento (ISRS para dos pacientes, o metilfenidato y risperidona para un paciente) se mantuvo sin modificación a lo largo de las tres fases del proceso.

### Herramientas

La medición de la sintomatología ansiosa se llevó a cabo a través de un carnet de registro conductual diario (RCD) que los cuidadores llenaban con

base en la observación del menor. Este registro conductual se elaboró *ex profeso* para esta investigación. En dicho formato, diseñado como una manera práctica de contabilizar los momentos de ansiedad ocurridos y facilitar el recuerdo de los mismos, los cuidadores escribían la fecha del o los episodios de ansiedad y su descripción, así como la frecuencia con que sucedían.

Adicionalmente, en diferentes momentos del proceso, se utilizaron materiales adaptados a cada caso para lograr los objetivos terapéuticos, los cuales estaban orientados en todos los casos a reducir la sintomatología ansiosa mediante la adquisición de estrategias de tipo cognitivo-conductual, entre las que se hallan los juegos de estrategia y agilidad mental, específicamente graduados por orden de dificultad: “*Brick by Brick*” y “*Shape by Shape*” de la marca ThinkFun, “El Lince”, de la marca Montecarlo, “Torre de Hanoi”, construida con monedas de 50 centavos y de 1, 2, 5 y 10 pesos, y rompecabezas de madera para formar un cubo. Se utilizaron imágenes impresas de los personajes de la película *Intensa-Mente* y rostros de asaltantes obtenidas de Internet en papel blanco, negro o de color; además, hojas blancas, lápices, colores y disfraces (collar, diadema de reno, rebozo y peluca blanca). Estos materiales se seleccionaron específicamente según la sintomatología ansiosa que cada paciente manifestaba y sus respectivos estímulos disparadores.

Se empleó también una bitácora clínica diaria en la que la terapeuta tratante escribía la fecha de la sesión llevada a cabo con cada paciente, un resumen de la sesión, la técnica abordada y los datos clínicamente relevantes ocurridos durante el proceso.

## Procedimiento

Se siguió el protocolo institucional de derivación de casos, el cual consiste en una cita de primera vez en el hospital para la valoración médica y el inicio de la farmacoterapia, seguido de la asignación de citas médicas subsecuentes para observar la evolución. De manera particular, a aquellos casos que mostraban mejoría parcial o cuando esta no era notoria se les canalizaba al servicio de Psicoterapia de la misma institución.

Los casos canalizados que cumplían con los criterios de inclusión se incorporaban al estudio, implementado por una psicóloga especialista en TCC infantil en las instalaciones del propio hospital. El proceso de intervención tuvo una duración total de diecinueve sesiones de 60 minutos cada una y una periodicidad semanal. Como condición previa al inicio del tratamiento, a todos los candidatos que eran enviados para participar en la investigación se les proporcionaba el formato de consentimiento informado para ser firmado por el cuidador primario, y se obtenía asimismo el asentimiento del menor para participar en el estudio. Una vez que se les explicaba el procedimiento a seguir y se aclaraban sus dudas, se procedía a dar comienzo a la Fase I.

*Fase I:* Evaluación (tres sesiones: 1-3). En la primera sesión se realizó una entrevista semiestructurada a los cuidadores primarios en ausencia del menor para identificar los factores que influían o se asociaban con las manifestaciones sintomáticas, los momentos en los cuales el menor se mostraba ansioso, el cómo se comportaba, cuándo sucedía, cuáles eran los factores precipitantes, la evolución de los síntomas, el manejo que se iba a llevar a cabo y la fecha de inicio. Se les explicó y proporcionó el RCD para comenzar con el registro y la descripción de los episodios de ansiedad (este carnet se utilizó durante todas las sesiones hasta el alta del programa). La información registrada en el RCD durante la Fase I sirvió para que la terapeuta pudiera establecer la línea base de la frecuencia de los episodios de ansiedad, así como para identificar las condiciones en que sucedían, las formas en que se manifestaban y la evolución de las mismas.

Las sesiones segunda y tercera se hacían únicamente con el niño para, a través de una entrevista semiestructurada y varias actividades lúdicas, establecer el *rapport* e identificar los estímulos generadores de ansiedad con sus componentes cognitivos (creencias) asociados mediante preguntas como las siguientes: “¿Qué pasa por tu cabeza cuando te encuentras en... (situación específica)?”, “¿Qué te imaginas que puede suceder?”, “¿Reconoces algo que haya sucedido a partir de lo cual hayas comenzado a pensar en eso?” o “¿Cómo te das cuenta que estás ansioso?”, entre otras preguntas relacionadas para esclarecer los datos.

*Fase II:* Tratamiento cognitivo-conductual (catorce sesiones: 4-17). En la cuarta sesión se instrumentaron procedimientos de psicoeducación para los cuidadores primarios, sin la presencia de los niños, con contenidos sobre el padecimiento, las bases generales de la TCC a modo de resumen (por ejemplo, el papel de los pensamientos en la generación de emociones y la importancia del modelamiento para los niños). Al finalizar la sesión psicoeducativa se pedía a los cuidadores primarios que expresaran con sus propias palabras los aprendizajes adquiridos; de este modo la terapeuta identificaba la comprensión de la información y la necesidad de volver a explicar algún contenido si fuese necesario.

En las sesiones 5-14 se dedicaban los primeros diez minutos para trabajar de manera conjunta con el cuidador primario y el niño con el fin de identificar los sucesos ocurridos durante la semana respecto a los episodios de ansiedad, se revisaba el RCD y se anotaban todos los datos clínicamente relevantes en la bitácora clínica. Los cuarenta minutos siguientes se dedicaban exclusivamente al niño, durante los cuales se le entrenaba en el uso de estrategias expresamente orientadas al manejo de la ansiedad, según lo reportado en la literatura (Aydin, 2014; Beck, 2000; Creswell et al., 2014; Ellis y Grieger, 1981; James et al., 2013). Estas estrategias se elegían en función de las necesidades particulares de cada caso. Si bien fueron usadas con la mayoría, no todos las aprendían en el mismo número de sesión. En la bitácora clínica diaria, además de un breve resumen de la sesión y de los resultados obtenidos, se escribía la técnica empleada en cada caso.

Entre las estrategias utilizadas destacan la identificación de reacciones emocionales, especialmente la ansiedad y sus funciones principales. Lo anterior se efectuaba usando como ejemplos a los personajes de la película *Intensa-Mente* (Rivera, Docter y Del Carmen, 2015), de quienes se detallaban sus características y manifestaciones y los momentos en los que participaban, haciendo énfasis en “Temor” y en un personaje *ad hoc* inventado, “Ansiedad”, que tenía relación con aquel. Se les entrenaba también en el llamado “Circuito de falsa alarma” como un mecanismo que explica el funcionamiento de la ansiedad y de cómo los pensamientos negativos generan reacciones fisio-

lógicas para después actuar mediante la lucha o la huida. Se utilizó además la identificación de pensamientos positivos y negativos, realistas o no, y se les dotaba de estrategias para su modificación, tales como la experimentación, la búsqueda de evidencias para confirmar o descartar un pensamiento, o la búsqueda en la *web* para confirmar alguna información, entre otras. De igual forma, se les entrenaba en técnicas como la respiración diafragmática para disminuir la activación fisiológica propia de la ansiedad y de relajación autógena con sensaciones de frío y calor para regular la sudoración de las manos por medio de la imaginación guiada ante eventos disparadores de ansiedad. Igualmente, se recurrió al uso de las técnicas de modificación de pensamientos, como el uso del humor mediante el dibujo festivo del estímulo disparador de ansiedad, por ejemplo el “Monstruo de la Oscuridad”. También aprendieron la importancia de emplear la palabra “Alto” (“*stop*”) como una forma de detención del pensamiento, y el uso de autoafirmaciones positivas y de autoinstrucciones para sustituir sus pensamientos disfuncionales y mejorar así su regulación emocional. Por último, se emplearon técnicas de exposición, inundación y rol fijo usando disfraces y ejecutando acciones divertidas para experimentar la ansiedad que surge ante situaciones sociales, y así “descatastrofizar” las creencias relativas a la opinión y el juicio de los demás.

Los últimos diez minutos de cada sesión se dedicaban nuevamente al cuidador primario y al niño para el cierre de la misma, concluir los aprendizajes y encargar tareas para la casa, que generalmente consistía en aplicar la estrategia aprendida en al menos una situación cotidiana. Además, lo tratado con el niño durante la sesión se le explicaba brevemente al cuidador para que de este modo él pudiera monitorear su aplicación en casa.

*Fase III:* Seguimiento (dos sesiones: 18-19). Estas sesiones se programaron al mes y a los dos meses de haber concluido la Fase II a fin de verificar que los resultados obtenidos en la misma se mantuvieran a través del tiempo sin la presencia e intervención de la terapeuta tratante. Ambas sesiones se llevaron a cabo tanto con el cuidador como con el niño, y en ellas se revisaba el RCD, se monitoreaba la evolución mediante informes verbales y se resolvían las dudas o se les daba una

guía para afrontar situaciones en las que se habían tenido dificultades, buscando idear junto con el niño las estrategias que le permitieran recordar y practicar lo aprendido, como elaborar un fichero de las técnicas utilizadas. Al término de la segunda sesión de seguimiento se hacía el cierre general del proceso terapéutico y se procedía al alta de la intervención.

Como parte del análisis de los resultados, y de acuerdo con el diseño metodológico planteado por el estudio, se calculó la media aritmética de frecuencia ( $\bar{x}(f)$ ) durante la Fase I de cada uno de los casos por medio de la fórmula:  $\bar{x}(f) = \sum fr/n$ , donde  $\sum fr$  corresponde a la sumatoria de cada una de las frecuencias de episodios de ansiedad obtenidas en cada semana de la Fase I por el paciente, y  $n$  corresponde al total de semanas incluidas en esta misma fase. El resultado de lo anterior se comparaba con los episodios de ansiedad contabilizados por semana en las Fases II y III, y así se monitoreaban los cambios clínicos con base en la fórmula  $\bar{x}(f)$  empleada como punto de referencia.

Asimismo, se compararon cualitativamente la frecuencia de los episodios de ansiedad y su correspondencia con el procedimiento llevado a cabo en cada una de las sesiones, así como los momentos en los cuales se esperaba que los distintos medicamentos hicieran efecto en los pacientes.

## RESULTADOS

Todos los participantes concluyeron el proceso hasta consumarlo con su alta terapéutica. El análisis de los resultados se hace de acuerdo a los grupos establecidos según el tiempo en que los medicamentos ingeridos por los pacientes surtieron efecto.

*Grupo A.* (Efecto del ISRS durante la Fase I). Grupo conformado por seis casos, todos los cuales habían ingerido fluoxetina, hidroxicina, escitalopram o sertralina para contrarrestar los síntomas de ansiedad, o bien metilfenidato o atomoxetina para los de TDAH. Entre las características que exhibían estaba el temor a hacer el ridículo ante los demás, a la obscuridad o a ser asaltados, así como preocupaciones excesivas respecto al bienestar de sus familiares o a padecer una enfermedad orgánica.

La Figura 1 muestra los resultados obtenidos por cada uno de los seis participantes de acuerdo

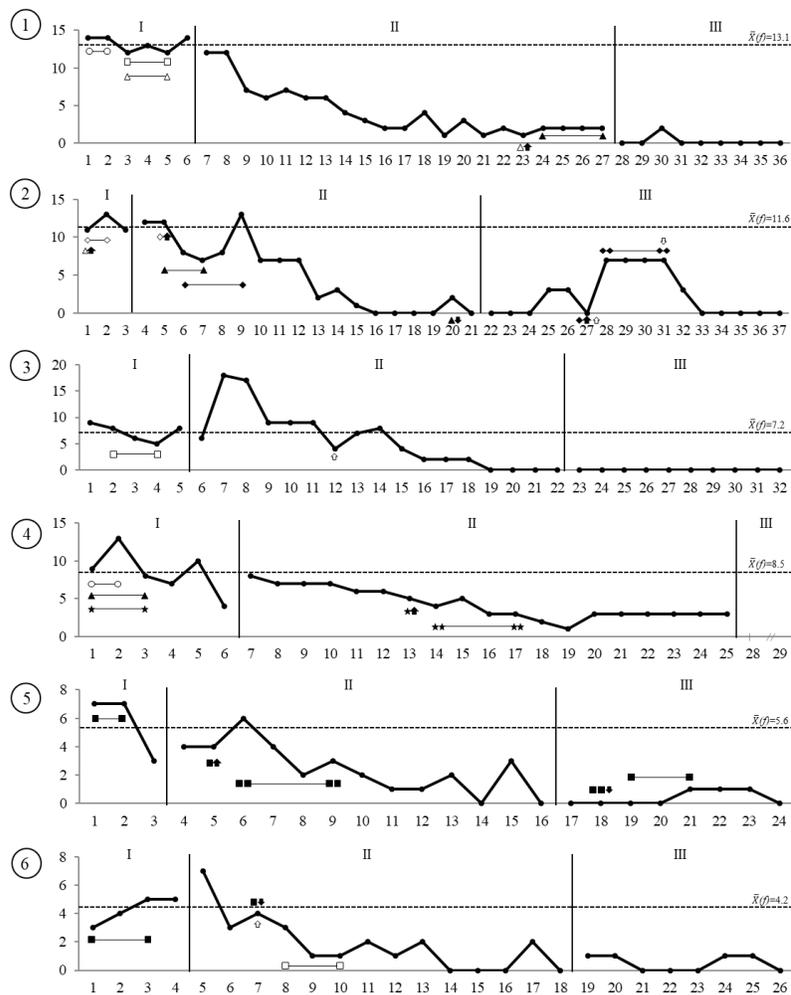
al número de semanas a lo largo de las tres fases del proceso y su respectiva frecuencia de ansiedad.

En dicha figura se ilustra con una línea punteada transversal la  $\bar{x}(f)$  calculada para cada uno de los participantes durante la Fase I a fin de que sea más sencillo apreciar si las frecuencias de episodios de ansiedad en las Fases II y III superaron o no este nivel.

En la imagen es posible observar una disminución gradual de la frecuencia de episodios de ansiedad a lo largo de las semanas, en comparación con la Fase I (línea base) de cada uno de los casos. En comparación con su respectiva  $\bar{x}(f)$ , los participantes mostraron una reducción de los síntomas en la mayor parte de las semanas, obteniendo cero o un episodio semanal de ansiedad durante la Fase III. Los participantes 1 y 4 mantuvieron una tendencia constante a la baja durante la Fase II, y el participante 1 durante la Fase III, sin superar en ninguna semana su  $\bar{x}(f)$ ; no obstante, ambos recibieron un aumento de dosis del medicamento (hidroxicina para el participante 1, y escitalopram [ISRS] para el participante 4) durante la Fase II, cuando la mejoría ya había sido registrada. A pesar de que los medicamentos surtieron efecto en la Fase I, el participante 1 aún manifestaba altos niveles de síntomas de ansiedad durante las primeras semanas de la Fase II. Conforme avanzaba la TCC, los síntomas comenzaron a mostrar una tendencia a la baja que se mantuvo en la Fase III, concluyendo el proceso en cero episodios semanales. Por su parte, el participante 4 mostró variabilidad en los síntomas aun después de haber tenido efecto el medicamento; conforme avanzaban las sesiones de intervención psicoterapéuticas, la ansiedad iba disminuyendo, mostrando una tendencia hacia el mantenimiento en un episodio durante las últimas semanas de la Fase II. Debido a una enfermedad médica de la madre, no fue posible registrar los episodios ansiosos durante la Fase III, por lo que se desconoce si los cambios se mantuvieron a través del tiempo.

Los participantes 2, 5 y 6 rebasaron el valor de la  $\bar{x}(f)$  durante las primeras semanas de la Fase II, aun cuando el medicamento que estaban ingiriendo había surtido efecto durante la Fase I. Por esta razón, al participante 2 se le indicó un incremento de dosis de fluoxetina, que se vinculó con el efecto de la dosis inicial de hidroxicina. En

**Figura 1.** Resultados obtenidos a través del proceso para el Grupo A.



*Nota:* Cada gráfica corresponde a un participante, cuyo número se señala en la esquina superior izquierda. El eje de las X en cada una representa el número de semana a lo largo del proceso, más no el número de sesión llevada a cabo, pues algunos participantes faltaban a las citas programadas debido a circunstancias personales. Por este motivo, todos cuentan con momentos de inicio y término distintos. El eje de las Y representa la cantidad de episodios de ansiedad ocurridos por semana. Los diferentes íconos representan un medicamento específico, y para expresar las semanas durante las cuales surtió efecto se trazó una línea entre dos íconos iguales. Un ícono sin relleno significa el efecto de la dosis inicial de ingesta; un ícono rellenado, el efecto de un primer aumento de dosis, y dos íconos iguales rellenos indican el efecto de un segundo aumento de dosis. La flecha rellena hacia arriba muestra el momento en el que se aumentó la dosis, y la flecha rellena hacia abajo indica su reducción; ambas se acompañan de un ícono específico del lado izquierdo, que representa el medicamento modificado. La línea punteada transversal indica la media de frecuencias  $\bar{X}(f)$  obtenida mediante la fórmula  $\bar{X}(f) = \Sigma fr/n$ , en donde  $\Sigma fr$  significa la sumatoria de los episodios de ansiedad obtenidos durante las semanas correspondientes a la Fase I, y  $n$  el número total de semanas en la misma. El seguimiento del caso número 4 muestra diagonales en el eje de las X (//) en virtud de que la madre no pudo registrar por haber sido hospitalizada.

- Atomoxetina
- Sertralina
- △ Hidroxicina
- ★ Escitalopram
- ◇ Fluoxetina
- ⊕ Incremento de metilfenidato (efecto inmediato)

las semanas en que se esperaba el efecto de ambos medicamentos, hubo una tendencia al alta, que para la novena semana rebasó incluso el valor de la  $\bar{X}(f)$ ; sin embargo, en la semana siguiente, posterior al efecto de la fluoxetina, se registró una disminución de los síntomas que se mantuvo en una baja constante hasta el término del tratamiento psicoterapéutico. En la Fase III hubo un ligero

aumento: dos episodios de ansiedad en la cuarta y quinta semana del seguimiento, que probablemente puede explicarse por una recaída normal y esperada al término del proceso terapéutico. Sin embargo, hubo un incremento de la dosis de fluoxetina, cuyo efecto coincidió con un aumento aún mayor de los síntomas ansiosos. Luego de ello, concluyó el proceso en cero episodios semanales.

En cuanto al participante 5, tras el efecto de fluoxetina se observó una reducción de los síntomas, pero en las semanas posteriores, y en el inicio del tratamiento psicoterapéutico, hubo nuevamente un aumento gradual que incluso superó la  $\bar{X}(f)$ . A razón de esto, se le indicó un incremento de dosis del ISRS, observándose una reducción sintomatológica gradual que, si bien en la decimoquinta semana registró un ligero acrecentamiento que no superó el valor de la  $\bar{X}(f)$ , culminó la Fase II en cero episodios semanales y que se mantuvo durante las cuatro semanas posteriores en la Fase III. Debido a que la TCC ya estaba en curso, no es posible diferenciar si el fármaco por sí mismo hubiera podido obtener este alcance. Debido a la disminución de los episodios de ansiedad, se indicó una reducción del medicamento, apreciándose un ligero incremento, pasando de cero episodios a un episodio semanal durante tres semanas que no alcanzó el nivel de la  $\bar{X}(f)$ .

Respecto al participante 6, a pesar de experimentar el efecto de la sertralina, los síntomas se manifestaron en niveles elevados en las semanas subsecuentes, llegando a superar el nivel de la  $\bar{X}(f)$  por aproximadamente tres puntos durante la primera semana de la Fase II, pero al proporcionar la primera sesión de la intervención terapéutica, reflejada en la sexta semana, se registró una reducción considerable de los síntomas. Después de ello, se indicó una disminución en la dosis de medicamento, pero el curso de los síntomas se mantuvo con una tendencia a la baja, continuando con el proceso psicoterapéutico y concluyendo en cero o solo un episodio semanal, incluso durante la Fase III.

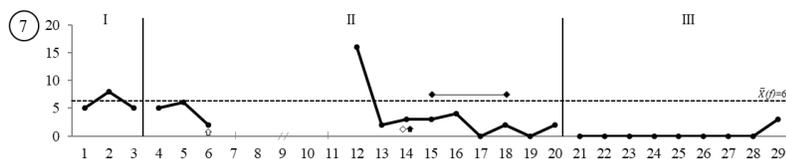
Por último, el participante 3 mostró variabilidad en la manifestación de los síntomas ansiosos al inicio de la Fase II, aun cuando el medicamento había surtido efecto en las semanas anteriores, observándose que superó el valor de la  $\bar{X}(f)$  a lo largo de las cinco semanas posteriores al inicio del tratamiento psicoterapéutico. A partir de la octava semana, y conforme avanzaba la TCC, los síntomas se redujeron hasta desaparecer en la Fase III.

De acuerdo con la bitácora clínica de la terapia tratante, se aprecia que la reducción de síntomas asociada al avance de la TCC, como ocurrió en los participantes 1, 3, 4 y 6, se vincula con el abordaje de la psicoeducación respecto a la ansiedad, el entrenamiento en respiración diafragmática y en autoinstrucciones y autoafirmaciones cognitivas positivas.

*Grupo B.* (Efecto del ISRS durante la Fase II). Este grupo estuvo conformado por solamente un caso (participante 7), quien ingería fluoxetina para contrarrestar los síntomas ansiosos, y metilfenidato para los síntomas de TDAH. El paciente manifestaba preocupaciones excesivas relacionadas al bienestar de su madre, el temor a ser asaltado y a exponerse a situaciones sociales, mostrando sudoración de manos y onicofagia.

La Figura 2 muestra la frecuencia de los episodios de ansiedad respecto a la semana que estaba cursando a lo largo de las tres fases planteadas. Entre las sesiones 6 y 12 se colocaron dos líneas diagonales en el eje de las abscisas para señalar el periodo durante el cual la madre no pudo registrar dicha frecuencia debido a la enfermedad que padecía. Al igual que lo ocurrido con el Grupo A, se señala con una línea horizontal punteada el valor correspondiente a su  $\bar{X}(f)$ , calculado en la Fase I.

**Figura 2.** Resultados obtenidos a través del proceso para el grupo B.



*Nota:* El número ubicado en la esquina superior izquierda de la gráfica corresponde al único paciente que conformó este grupo. El eje de las X representa el número de semana a lo largo del proceso, más no el número de sesión llevada a cabo, pues en algunas ocasiones faltó a las citas programadas debido a circunstancias personales. El eje de las Y representa la cantidad de episodios de ansiedad ocurridos por semana. La flecha rellena hacia arriba, acompañada de un rombo sin relleno, corresponde a un primer aumento en la dosis de fluoxetina, y los rombos rellenos unidos por una línea entre sí significan el periodo semanal durante el cual ese incremento hizo efecto. La flecha hacia arriba sin relleno corresponde a un incremento en la dosis de metilfenidato (efecto inmediato). Las diagonales ubicadas en el eje de las X (//) señalan las semanas durante las cuales no se registró la frecuencia debido a una enfermedad de la madre. La línea punteada transversal indica la media de frecuencias  $\bar{X}(f)$ , obtenida mediante la fórmula  $\bar{X}(f) = \sum f_i / n$ , en donde  $\sum f_i$  significa la sumatoria de los episodios de ansiedad obtenidos durante las semanas correspondientes a la Fase I, y  $n$  el número total de semanas en esta misma fase.

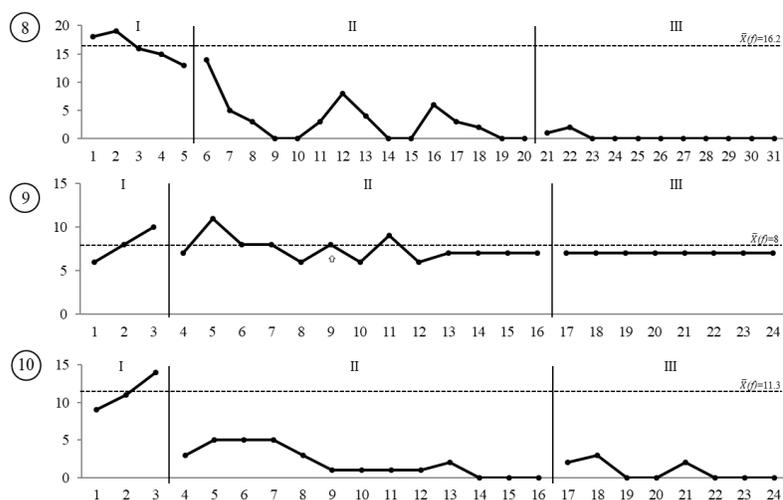
En la figura anterior es posible advertir que la frecuencia de ansiedad durante la línea base osciló entre cinco y ocho episodios semanales de ansiedad (con una  $\bar{X}(f)$  de 6), a pesar de que el paciente ya llevaba dos meses ingiriendo fluoxetina para contrarrestar los síntomas. Durante las tres primeras semanas de la Fase II se observa una reducción de los síntomas que no rebasó el nivel de la  $\bar{X}(f)$ , pero debido a la enfermedad de la madre y la falta de registros durante esas semanas no fue posible identificar su evolución. En la semana 12 se aprecia una complicación en los síntomas de ansiedad, rebasando por 10 puntos el valor de  $\bar{X}(f)$ , asociado a las condiciones médicas de la madre. Al retomar el tratamiento psicológico y particularmente el entrenamiento en respiración diafragmática y autoafirmaciones cognitivas positivas, los síntomas mostraron una disminución abrupta a un episodio, manteniéndose en una frecuencia menor de cuatro episodios de ansiedad semanal, sin superar el valor de la  $\bar{X}(f)$ , y llegando en la Fase III a cero episodios (si bien en la última sesión de esta fase hubo tres episodios registrados, no superaron el valor de la  $\bar{X}(f)$ ). Cabe señalar que el aumento de las dosis de fluoxetina le fue indicado luego de haberse reducido considerablemente los síntomas, por lo

que la disminución puede atribuirse a la TCC y no al tratamiento farmacológico.

**Grupo C.** (Efecto del medicamento sin modificación a lo largo de las tres fases del proceso). Este grupo estuvo conformado por tres casos (participantes 8, 9 y 10). Los medicamentos ingeridos para contrarrestar los síntomas de ansiedad fueron la fluoxetina y la sertralina; en el caso del paciente 8, había suspendido la ingesta de sertralina un año antes por indicación de su médico psiquiatra; además de tomar metilfenidato para los síntomas de TDAH, ingería risperidona. El paciente 10 tenía tres meses tomando sertralina antes del proceso. La paciente 9 mostró el efecto de la fluoxetina dos semanas antes del inicio de la Fase I. Todos ellos manifestaban temor a la separación de su cuidador primario, preocupaciones respecto al bienestar propio y el de sus seres queridos y miedo a ser asaltado, así como ansiedad por su desempeño académico.

La Figura 3 ilustra la frecuencia de ansiedad obtenida en cada una de las semanas en las distintas fases del proceso. Al igual que en los Grupos A y B, la línea punteada transversal representa el valor de la  $\bar{X}(f)$  calculado desde la Fase I de cada uno de los participantes.

**Figura 3.** Resultados obtenidos a través del proceso para el grupo C.



*Nota:* Cada gráfica corresponde a un participante, cuyo número se señala en su esquina superior izquierda. El eje de las X en cada una representa el número de semana a lo largo del proceso, más no el número de sesión llevada a cabo, pues algunos participantes faltaban a las citas programadas debido a circunstancias personales. Por este motivo, todos tienen momentos de inicio y término distintos. El eje de las Y representa la cantidad de episodios de ansiedad ocurridos por semana. El caso 9 únicamente presentó un incremento de la dosis de metilfenidato (efecto inmediato), mostrado mediante la flecha ascendente sin relleno. El resto se mantuvo en dosis estables del medicamento. La línea punteada transversal ubicada en cada gráfica corresponde a la media de frecuencias  $\bar{X}(f)$ , obtenida mediante la fórmula  $\bar{X}(f) = \Sigma fr/n$ , en donde  $\Sigma fr$  significa la sumatoria de los episodios de ansiedad obtenidos durante las semanas correspondientes a la Fase I, y  $n$  el número total de semanas en esta misma fase.

Es posible observar en la figura que los tres participantes exhibían una alta frecuencia de episodios ansiosos en la línea base. En el participante 8, la tendencia pareciera que disminuía, a pesar de que un año antes le habían indicado suspender la sertralina. En su gráfica, es posible observar que, cuando inició la TCC, los síntomas se redujeron de manera considerable, y si bien durante algunas semanas la frecuencia fue fluctuante, en ninguna rebasó el valor de la  $\bar{x}(f)$ , concluyendo la Fase III en cero episodios semanales de ansiedad. Por el contrario, la línea base de los participantes 9 y 10 iba en aumento, no obstante el efecto del ISRS; en el caso 10, es notoria la reducción de síntomas a partir del inicio de la TCC, y si bien en la Fase III hubo variabilidad de dos y tres episodios ansiosos por semana, no alcanzó el valor de la  $\bar{x}(f)$ . En cuanto al caso 9, a partir de la TCC se observa una fluctuación de la frecuencia de la ansiedad durante las primeras semanas, llegando incluso al valor de la media, y en ocasiones a rebasarlo; sin embargo, en las últimas semanas de la Fase II y en toda la Fase III se vio que los síntomas se mantuvieron por debajo de la media. En este caso, es importante tomar en consideración el trastorno depresivo mayor que la madre de la paciente cursaba durante el proceso, pues si bien la paciente acudió a todas las sesiones programadas, llenaba el RCD minutos antes de ingresar, según recordaba, además de que no realizaba las tareas de casa indicadas por la terapeuta tratante, lo que dificultó que los síntomas disminuyeran como se hubiera esperado.

De acuerdo con lo reportado en la bitácora clínica de la terapeuta tratante, los elementos de la intervención cognitivo-conductual que se vinculan con la reducción sintomatológica de los participantes de los tres grupos corresponden a la psicoeducación impartida tanto a los cuidadores primarios como a los niños, así como a la descatastrofización de los errores académicos.

De forma global, nueve de los diez participantes mostraron una reducción de los síntomas de ansiedad y, según el reporte verbal dado a la terapeuta por los cuidadores primarios y por los niños, en los momentos en los cuales empezaban a sentirse ansiosos procedían a respirar de modo diafragmático y profundo, hacían uso de los ejercicios de imaginación, cambiaban sus pensamientos negativos por positivos y empleaban el humor

para descatastrofizar la ocurrencia de los eventos negativos. En otras ocasiones, empleaban técnicas de reexperimentación para fundamentar sus creencias y así comenzar a reestructurarlas. Todo ello lo aplicaban en sus situaciones habituales, mostrando una regulación emocional mayormente funcional y adaptativa, lo que sugiere que incluso después de dos meses de haber concluido la Fase II del procedimiento llevado a cabo, los resultados alcanzados se mantenían e incluso se generalizaban a su vida cotidiana. El participante 9 fue un caso particularmente complejo debido a la condición mental de su cuidadora primaria, por lo que no disponía de redes de apoyo que enfatizaran el uso y la práctica de las estrategias aprendidas, lo que propició que los síntomas solamente se estabilizaran, pero sin reducirse.

## DISCUSIÓN

Este estudio permitió observar la efectividad clínica de la TCC en combinación con el tratamiento farmacológico en diez niños escolares de 8 a 11 años de edad con trastornos de ansiedad.

Debido a que los participantes eran pacientes de un hospital psiquiátrico se encontraban bajo tratamiento farmacológico a base de sertralina, fluoxetina, escitalopram e hidroxicina prescrito por un psiquiatra, así como atomoxetina o metilfenidato para los nueve casos que presentaron comorbilidad con TDAH; sin embargo, en todos los participantes únicamente se observó una mejoría parcial en su padecimiento, pues a pesar de ya haber tenido efecto el medicamento durante la Fase I o meses atrás, o bien por no haberlo ingerido, todavía mostraban una frecuencia elevada de los síntomas que generaban un malestar emocional importante, una variabilidad en su manifestación y, en algunos casos, incluso su incremento. De este modo, se hace evidente lo que Sawyer y Nunez (2014) señalan al respecto de la mejoría parcial como resultado de que se empleen únicamente tratamientos basados en la medicación, lo que hace suponer que los síntomas de los pacientes se hallaban aún por arriba de lo obtenido en su media de frecuencias durante la línea base; no obstante, dichos medicamentos no lograron eliminar por completo su malestar psicológico.

En razón de lo anterior, se eligió la TCC como complemento, la cual ha mostrado eficacia en diversos estudios para el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil (Creswell et al., 2014; Sawyer y Nunez, 2014; Seligman y Ollendick, 2011), observándose por tanto que los pacientes experimentaron más cambios contingentes al inicio y evolución del proceso psicoterapéutico, toda vez que se instrumentaron estrategias como la psicoeducación respecto a la ansiedad, el entrenamiento en respiración diafragmática y las autoinstrucciones y autoafirmaciones cognitivas positivas, así como la reestructuración cognitiva, en particular la descatastrofización de los errores académicos, por lo que los pacientes mejoraron su condición, registrándose un decremento mayor de los síntomas. De acuerdo con el reporte verbal, los pacientes y sus cuidadores indicaron abordar estas técnicas de manera voluntaria cuando la situación así lo requería, necesitando a veces la guía de sus familiares, o bien haciéndolas por sí solos, lo que da cuenta de una generalización de los aprendizajes al contexto cotidiano, objetivo que se buscaba mediante el entrenamiento durante las sesiones psicoterapéuticas.

Lo anterior sustenta las bases teóricas de Ellis y Grieger (1981) y Beck (2000), quienes afirman que, al modificar creencias irracionales o distorsionadas sustituyéndolas por otras más realistas y basadas en hechos, la ansiedad perturbadora disminuye en frecuencia, intensidad y duración hasta llegar a niveles adaptativos. Así, cuando los niños comenzaron a sustituir sus creencias, el malestar emocional, en efecto, comenzó a reducirse. Estos hallazgos son además congruentes con los de James et al. (2013), Aydín (2014) y Creswell et al. (2014), en el sentido de que los síntomas ansiosos se reducen considerablemente cuando se implementan dichas técnicas.

Sin embargo, en dos de los participantes se observó que, pese al abordaje cognitivo-conductual, la disminución de los síntomas se vinculó asimismo con el tratamiento farmacológico, pues a pesar de seguir el mismo eje terapéutico, la reducción ocurrió inmediatamente después del inicio o del aumento de las dosis del medicamento, insuficiente sin embargo para eliminar los síntomas por completo; por ello, no es posible asegurar que, de no llevarse a la par un tratamiento psicoterapéu-

tico, dejando al paciente solamente con aquel, los resultados hubieran alcanzado niveles muy bajos o inexistentes de episodios semanales de ansiedad durante la Fase III. Todo lo anterior sugiere que la combinación del tratamiento farmacológico y la TCC puede ser más efectiva para mejorar los síntomas (Creswell et al., 2014; Ipser et al., 2009; Sawyer y Nunez, 2014).

Los resultados de este estudio hacen posible analizar el efecto de los medicamentos, el curso de la TCC y la manifestación de los síntomas en los pacientes, por lo que llama la atención que a dos de ellos se les aumentara la dosis del ISRS cuando ya se había registrado una mejoría y no superaban el valor de su media de frecuencias. Además, si bien en ocasiones los pacientes presentaron ligeros incrementos de episodios ansiosos en la Fase III, no se considera un agravamiento debido a que no superaron sus medias de frecuencias, considerando que el objetivo del proceso terapéutico y de cualquier tipo de tratamiento para la ansiedad es reducirla mas no eliminarla, pues como apuntan Reynolds y Richmond (2012) esta tiene elementos funcionales que permiten a la persona mantenerse fuera de peligro y proteger su vida, por lo que será importante considerar con sumo cuidado de qué elementos se dispone para considerar una modificación de las dosis farmacológicas. En ello radica la importancia de contar con herramientas sensibles que hagan posible el monitoreo constante de la manifestación y evolución de los síntomas, empleadas tanto por el médico psiquiatra como por el terapeuta tratantes para una toma de decisiones más acertadas en aras del bienestar del paciente.

El RCD usado en este estudio cumplió con el objetivo de ser una herramienta útil para el monitoreo de los síntomas a lo largo de las tres fases del proceso, pues facilitó a los cuidadores primarios la tarea de registrarlos; sin embargo, es una herramienta subjetiva y sensible a la deseabilidad social, lo que puede sesgar la información arrojada. Tal fue el caso de la cuidadora de la participante 9. Debido a su condición psiquiátrica se esperaba que su apego al registro de los síntomas de su hija no fuera el adecuado y lo dejara a la memoria, llenándolo minutos antes de iniciar la sesión, por lo que los resultados que proporcionó no fueron confiables. Se intentó disminuir tal sesgo por medio de la capacitación que previamente

se daba a los cuidadores respecto a la ansiedad, su manifestación y el llenado del RCD, brindada desde la primera consulta y a lo largo de todas las sesiones. Aun así, se recomienda que en estudios posteriores se agreguen al RCD otros instrumentos válidos y confiables que favorezcan la objetividad de los resultados.

Es importante considerar también el momento de inicio y la combinación de ambos tratamientos, pues los participantes de los grupos B y C empezaron el tratamiento psicoterapéutico cuando el efecto del medicamento había sucedido semanas o meses antes de la Fase I, por lo que los pacientes tuvieron que tolerar todavía su malestar emocional en espera de un servicio psicoterapéutico, y así los resultados de estos grupos en la Fase III, en comparación con los del Grupo A, fueron los mismos. Por consiguiente, de acuerdo con este análisis, se sugiere comenzar con el proceso psicoterapéutico basado en TCC al inicio del tratamiento farmacológico, o incluso cuando este surta efecto, de modo que el paciente se pueda beneficiar de ambos abordajes sin mantener su sintomatología durante más tiempo. Así, con base en su evolución y el monitoreo de síntomas, puede considerarse un aumento de las dosis farmacológicas. Con algunos pacientes, sobre todo aquellos cuyos síntomas ansiosos se manifiestan en menor intensidad, magnitud y frecuencia, puede considerarse empezar la TCC en cuanto que sus métodos son menos invasivos, después observar los resultados y valorar si es conveniente el inicio de la farmacoterapia, tal como lo indican Creswell y Waite (2016) en su propuesta de elección de tratamientos

para la ansiedad. Sin embargo, es probable que este protocolo no pueda ponerse en práctica en los pacientes del hospital en que se llevó a cabo este estudio debido a que en su gran mayoría manifiestan trastornos graves, razón por la que son admitidos en la institución.

Asimismo, si bien es de destacarse que los medicamentos ayudaban a los pacientes a reducir sus síntomas, es importante considerar con sumo cuidado su prescripción en virtud de la preocupación que hay respecto a sus efectos secundarios, tales como ataxia, irritabilidad, agitación muscular, tensión y síntomas de TDAH (Black y Andreasen, 2015; Reid et al., 2015), los cuales fueron reportados también por los pacientes a lo largo de las sesiones terapéuticas, sin olvidar los costos que implican y que afectan la economía familiar y la hospitalaria.

El presente estudio también permitió identificar que la TCC es eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil incluso al reducirse la ingesta de medicamento, así como para lograr cambios cuyo efecto clínico permanece hasta dos meses después de término del tratamiento psicológico. Sin embargo, esto no es suficiente para generalizar los hallazgos, por lo que se recomienda que en futuros estudios se implemente de manera inmediata a la primera ingesta del medicamento prescrito por el médico psiquiatra a fin de evaluar su efectividad y corroborar los resultados. Se sugiere también prolongar la Fase III con el propósito de valorar el mantenimiento de los cambios durante más de dos meses, que fue el periodo utilizado en este estudio.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2015). *Anxiety*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing. Recuperado de <http://www.apa.org/topics/anxiety/>.
- Aydin, A. (2014). Parental involvement in cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Turkish Journal of Psychiatry*, 25(3), 181-189.
- Beck, J. (2000). Introducción. En J. Beck: *Terapia cognitiva* (pp. 17-30). Barcelona: Gedisa.
- Beesdo-Baum, K. y Knappe, S. (2012). Development epidemiology of anxiety disorders. *Child Adolescence Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 457-478. Doi: 10.1016/j.chc.2012.05.001.
- Black, D. y Andreasen, N. (2015). Psicofarmacología y terapia electroconvulsiva. En D. Black, N. Andreasen, J. R. Palacios M. y J. L. Morales S. (Eds.): *Texto Introductorio de Psiquiatría* (Trad. J. Palacios) (s.pp.). México: El Manual Moderno.

- Creswell, C. y Waite, P. (2016). Recent developments in the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Evidence Based Mental Health*, 19(3), 65-69.
- Creswell, C., Waite, P. y Cooper, P. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 99, 674-678. Doi: 10.1136/archdischild-2013-303768.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva* (v. 1). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Gil B., F. y Hernández G., L. (2009). Tratamiento cognitivo conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología*, 40(1), 89-104.
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (2014). *Morbilidad de Consulta Externa, Enero-Diciembre*. México: Autor.
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (2017). *Morbilidad de Consulta Externa, Enero-Diciembre*. México: Autor.
- Ipsier, J., Stein, D., Hawkrige, S. y Hoppe, L. (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD005170), 555-628. Doi: 10.1002/14651858.CD005170.pub2.
- James, A., James, G., Cowdrey, F., Soler, A. y Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(CD004690), 1-104. Doi: 10.1002/14651858.CD004690.pub3.
- López F., A. (2012). *Tratamiento cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro* (Tesina de Licenciatura). México: UNAM.
- Peña, A. y Ramos, L. (2009). *Ansiedad infantil: Presentación de un caso y su tratamiento*. Tesis Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, L., Caye, A. y Rohde, L. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- Rapee, R.M. (2016). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: naturaleza, desarrollo, tratamiento y prevención (Trad. M. Irarrázaval y M.T. Stefan). En J. M. Rey (Ed.): *Libro electrónico de IACAPAP de salud mental en niños y adolescentes*. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes.
- Reid, A., McNamara, J., Murphy, T., Guzick, A., Storch, E., Geffken, G. y Bussing, R. (2015). Side-effects of SSIRs disrupt multimodal treatment for pediatric OCD in a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 71, 140-147. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.10.006.
- Reynolds, R.C. y Richmond, O.B. (2012). *CMASR-2: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada* (Trad. G. Vélez). México: El Manual Moderno.
- Rivera, J. (Prod.) y P. Docter, y R. Del Carmen (Dir.) (2015). *Intensa-Mente* [Película]. Richmond, CA: Pixar Animation Studios y Walt Disney Pictures.
- Sawyer, M. y Nunez, D. (2014). Cognitive-behavioral therapy for anxious children: from evidence to practice. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 11(1), 65-71.
- Seligman, L. y Ollendick, T. (2011). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 217-238. Doi: 10.1016/j.chc.2011.01.003.