

6º Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva. 2º Congreso Latinoamericano de Neuropsiquiatría. VII Jornadas de la Enfermedad de Alzheimer y otros trastornos cognitivos. Sociedad Argentina de Neuropsiquiatría, CABA, 2004.

# Abordaje cognitivo-comportamental del Trastorno de Ansiedad Infanto-Juvenil.

Sebastián Urquijo.

Cita:

Sebastián Urquijo (Septiembre, 2004). *Abordaje cognitivo-comportamental del Trastorno de Ansiedad Infanto-Juvenil. 6º Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva. 2º Congreso Latinoamericano de Neuropsiquiatría. VII Jornadas de la Enfermedad de Alzheimer y otros trastornos cognitivos. Sociedad Argentina de Neuropsiquiatría, CABA.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/67>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pfN5/Aeu>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*



# Abordajes cognitivo-comportamentales de los trastornos de ansiedad infanto juveniles

---

*Sebastián Urquijo*

Grupo de Psicología Cognitiva y Educacional  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional de Mar del Plata  
CONICET

e-mail: [urquijo@mdp.edu.ar](mailto:urquijo@mdp.edu.ar)

# PSICOTERAPIA COGNITIVA

---

- Es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje.
- Se aprende a descubrir y modificar pensamientos e ideas que hacen sufrir. Modificando distorsiones cognitivas
  - 1) sobre sí mismo,
  - 2) sobre el entorno vital,
  - 3) sobre el futuro.
- La percepción y la estructura de las experiencias determinan emociones y conductas



# PSICOTERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

---

- Intenta modificar la conducta desadaptativa alterando interpretaciones, suposiciones y formas de comportarse de las personas.
- Objetivo: que el paciente PIENSE diferente y HAGA cosas diferentes.
- Trata de modificar la racionalidad, a través de la exposición a eventos que lo indisponen, demostrando que es posible manejar esas situaciones.
- Se trata de generar cambio cognitivo a través de técnicas conductuales.

# TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

---

- Conducta aprendida como formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas.
- Aspectos cognitivos, afectivos y conductuales interrelacionados, regulados por esquemas cognitivos representan la organización de cada persona sobre su experiencia, los otros y el si mismo.
- El paciente debe tomar conciencia de como sus significados disfuncionales o irracionales están sesgando su experiencia y produciéndole trastorno emocional. Luego se ponen a prueba los significados disfuncionales para comprobar su validez, a través de procedimientos cognitivos y conductuales.

# TERAPIA FAMILIAR RACIONAL EMOTIVA

---

## **OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**

1. Eliminar el problema.
2. Eliminar las soluciones fallidas mantenedoras.
3. Modificar las reglas o creencias irracionales familiares.
4. Facilitar la cooperación de los padres en sus tareas de desarrollo y socialización.
5. Facilitar el desarrollo de habilidades de resolución de problemas, funcionales, conectados a creencias racionales con objetivos adaptativos.

**1º Negociación de la forma y frecuencia del tratamiento**

**2º Transformar el problema presentado**

**3º Dar tareas conductuales**

**4º Tratar las resistencias a las tareas**

**5º Ayudar al paciente a resolver problemas de forma independiente.**

**6º Terminación de la terapia**

# TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVAS

---

- **CUESTIONAMIENTO DE PENSAMIENTOS CATASTROFICOS:** Cambio de pensamientos negativos, comprobación de evidencias y búsqueda de soluciones.
- **USO DE LA IMAGINACIÓN** de situaciones amenazantes y formas de afrontamiento con autoinstrucciones de autocontrol.
- **INOCULACIÓN AL ESTRÉS:** Identificar y modificar diálogos internos antes-durante-después de enfrentarse a estímulos ansiógenos, por autoinstrucciones, relajación y prevención de la evitación.
- **IDENTIFICACIÓN DE SUPUESTOS PERSONALES:** asociados a las anticipaciones negativas. Cuestionamiento. Generar alternativas racionales y conductuales. Entrenamiento asertivo.
- **BÚSQUEDA DE EVIDENCIAS Y ALTERNATIVAS A PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y SUPUESTOS PERSONALES:** Balance de ventajas-desventajas. Generación de pensamientos alternativos creíbles, Petición de evidencias. Puesta a prueba con experimentos personales.
- **DEBATE DE CREENCIAS IRRACIONALES Y DISFUNCIONALES.**

# TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVAS

---

- **ANULACIÓN DE PROFECÍAS AUTOCUMPLIDORAS:** con tareas de exposición.
- **FACILITACIÓN DE LA EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTAS:** Se explica el problema y se facilita la ruptura de "círculos viciosos" por exposición-prevención.
- **EXPOSICIÓN CON PACIENTES CON IDEAS SOBREALORADAS:** Detección de predicciones cognitivas y se contratan con la tarea de exposición-prevención.
- **FACILITACIÓN Y REEVALUACIÓN DE PENSAMIENTOS INTRUSIVOS DURANTE LA EXPOSICIÓN**
- **TRABAJO CON LOS ESQUEMAS COGNITIVOS:** De reatribución causal y alternativas cognitivas.
- **FACILITACIÓN DEL TRABAJO CON RUMIACIONES POR PREVENCIÓN COGNITIVA:** Se provocan rumiaciones, de menor a mayor malestar asociado, y se cuestionan los pensamientos automáticos asociados.

# TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COMPORTAMENTALES

---

Se aplican tras reformular el problema o tratar las creencias irracionales. Se trata de no potenciar las soluciones fallidas. Se basan en condicionamiento operante; y proporcionan un "feedback corrector".

## **A) OBJETIVO: MEJORAR LA CONDUCTA DEFICIENTE**

- *CONTROL DE ESTÍMULOS*: Se presentan estímulos como señales discriminativas para ejecutar la respuesta adecuada. Se refuerza diferencialmente la conducta.
- *MODELADO Y PARTICIPACIÓN DIRIGIDA*: para enseñar habilidades y enfrentar miedos situacionales. Un modelo ejecuta la conducta, el niño observa e imita; se refuerza por ejecución.
- *MOLDEAMIENTO*: para incrementar la frecuencia de una conducta
- *INSTRUCCIONES VERBALES Y AYUDAS FÍSICAS*: Guía verbal y física para ejecutar conductas. Se utiliza combinada con modelado y moldeamiento.

# TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COMPORTAMENTALES

---

- **ENTRENAMIENTO ASERTIVO:** Dirigido a aumentar la habilidad de autoafirmación del sujeto y la reducción de inhibiciones conductuales.
- **ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN:** Se enseña al sujeto a manejar y distraerse de su ansiedad mediante el aprendizaje de respuestas incompatibles con la ansiedad.
- **TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN:** Consiste en jerarquizar las situaciones fóbicas y en exponer al sujeto a ellas de modo que se prevengan las respuestas de evitación y hasta que disminuya la ansiedad en ellas.
- **ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:** El terapeuta identifica las situaciones relacionadas donde el sujeto se muestra incompetente, la representa con el sujeto, y modela alternativas que va reproduciendo el paciente y le va dando feedback al respecto. Este proceso puede potenciarse si en cada paso se identifican las cogniciones asociadas a la conducta incompetente y las posibles cogniciones alternativas al ensayo de nuevas habilidades.

# ANSIEDAD GENERALIZADA

## OBJETIVOS Y PROCESO

---

1. Reducción de frecuencia, intensidad y duración de activación autonómica/ ansiedad.
2. Reducción de evitación, huida o inhibición.
3. Facilitación para adquisición de habilidades de afrontamiento de ansiedad.
4. Identificación y modificación de la base cognitiva del trastorno: distorsiones y esquemas cognitivos que lo hacen vulnerable a padecer ansiedad.

### PROCESO DE INTERVENCIÓN

1. Socialización del paciente en el modelo cognitivo.
2. Elicitación de pensamientos automáticos.
3. Evaluación de la validez de los pensamientos automáticos.
4. Identificación de Supuestos personales y examen de validez.

# FOBIAS ESPECÍFICAS

---

- La ansiedad se asocia a una predisposición en el procesamiento de información referente al peligro-amenaza que implica determinado objeto o situación. El sujeto teme la anticipación de consecuencias. Los esquemas de peligro pueden desarrollarse por experiencias traumáticas, modelado social o miedos preparados filogenéticamente. Se relacionaría con distorsiones cognitivas:

**1- Inferencia arbitraria-Visión catastrófica**

**2- Sobregeneralización de consecuencias**

**3- Maximización de riesgo - Minimización de recursos**

**4- Personalización y peyorativización de su situación actual**

## **OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**

- 1- Disminuir ansiedad ante la situación fóbica.
- 2- Generar exposición a la situación evitada.
- 3- Modificar cogniciones anticipatorias.

# FOBIAS ESPECÍFICAS

---

## PROCESO DE INTERVENCIÓN

- 1º Evaluación: Se trata de detectar situaciones fóbicas, el tipo de conducta de evitación y el componente cognitivo mediador (anticipaciones negativas), así como el grado de ansiedad asociado (componentes situacionales-cognitivos-afectivos-conductuales).
- 2º Socialización del sujeto en el modelo de trabajo: relación pensamiento-afecto-conducta, papel de las anticipaciones y conducta de evitación como forma de no contrastar sus predicciones.
- 3º Preparar al sujeto para enfrentar las situaciones evitadas y así poder modificar sus predicciones de anticipación de consecuencias negativas y no control. Papel de los "experimentos personales".

# FOBIA SOCIAL

---

## MODELO COGNITIVO

- El sujeto habría desarrollado esquemas cognitivos referentes a significados y valores amenazantes sobre el hecho de ser desaprobado, criticado o rechazado por su actuación en una situación social. Esos esquemas se activarían en las situaciones sociales y producirían distorsiones cognitivas como **Visión catastrófica, Maximización-minimización y Personalización**. Estas distorsiones cognitivas interaccionarían con los círculos viciosos "sintomáticos" de tipo fóbico.

## OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- 1º) Lograr exposición a situaciones sociales evitadas reduciendo o eliminando su tendencia a experimentar ansiedad y conductas de evitación en las mismas.
- 2º) Desarrollar competencias cognitivas-conductuales que le permitan afrontar las situaciones sociales evitadas.
- 3º) Hacer menos vulnerable al sujeto a las situaciones sociales, modificando su tendencia a procesar de modo amenazante las situaciones sociales y sus actitudes (esquemas) hacia las mismas.

# FOBIA SOCIAL

---

## PROCESO DE INTERVENCIÓN

- 1º Evaluación y conceptualización de los problemas.** Especial atención al componente situacional, cognitivo y conductual: Situaciones sociales evitadas, cogniciones amenazantes y de no afrontamiento y conductas (asertiva, inhibición, evitación).
- 2º Socialización terapéutica:** Explicación de la relación pensamiento-afecto- conducta, objetivos de la terapia y procedimiento de autorregistro.
- 3º Modificación de las interacciones problemáticas:** habilidades cognitivas y conductuales para romper o interferir el círculo vicioso.
- 4º Modificación de los supuestos personales que hacen vulnerable al sujeto.** Alteraciones cognitivas-conductuales.
- 5º Terminación:** Prevención y seguimiento.

# TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO

---

## **EL MODELO COGNITIVO DEL TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO: EL MODELO DE SALKOVSKIS Y WARRICK (1988)**

El sujeto aprende una serie de esquemas cognitivos relacionados con reglas referentes a la conducta correcta y a la responsabilidad. Estos esquemas se activan a partir de eventos específicos relacionados, que llevan a desarrollar una obsesión normal acerca de su responsabilidad que, al persistir disparan una serie de pensamientos automáticos negativos. Intenta neutralizar los pensamientos negativos con obsesiones y/o compulsiones.

### **OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**

- 1º Reducir o eliminar la intensidad/frecuencia de los síntomas obsesivos y/o compulsivos y el malestar asociados a ellos.
- 2º Desarrollar en el sujeto una serie de habilidades cognitivas-conductuales para que este afronte sus obsesiones-compulsiones.
- 3º Modificación o flexibilización de las reglas rígidas sobre la moralidad y responsabilidad subyacentes y que hacen vulnerable al sujeto a este trastorno (esquema cognitivo).

# TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

---

## PROCESO DE INTERVENCIÓN

**1º Evaluación y conceptualización de los problemas:** *Evaluación de obsesiones:* Claves externas-Objetos o situaciones productoras de malestar. Claves internas- Imágenes, pensamientos o impulsos molestos. Sensaciones corporales de malestar. Ansiedad. Consecuencias anticipadas de las claves internas/ externas. Amenaza percibida. *Evaluación del sistema de evitación conductual:* Elaboración de una jerarquía de rituales y grado de ansiedad que generan. Detectar conductas de evitación pasiva.

**2º Socialización terapéutica:** Se explica la relación entre pensamiento, conducta y estado emocional

### **3º Intervención:**

*FASE INTENSIVA:* se emplea la exposición en vivo o encubierta.

*FASE DE DESARROLLO:* Dedicadas a modificar el estilo de vida rígido del sujeto, tras desaparecer los síntomas, a trabajar otros problemas asociados y a mantener los logros (exposiciones a nuevos problemas).

# TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

---

**CUESTIONAR PROBABILIDADES DEL TEMOR:** suele confundir posibilidad con probabilidad. Se explica la diferencia y se utiliza como tarea.

## **CONSECUENCIAS DE MANTENER EL TEMOR**

**TÉCNICAS DISTRACTORAS:** Parar obsesiones y pensar en otras cosas

## **REATRIBUCIÓN DE LA CULPA**

**EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTAS:** Exposición encubierta relatando escenas relacionadas a componentes obsesivos. El sujeto adopta postura relajada y se describe la escena. Cada 5 minutos se interroga por nivel de ansiedad. La prevención implica no evitar la escena.

## **IMPEDIR EVITACIONES PASIVAS**

**SUPUESTOS PERSONALES TÍPICOS:** Es común la búsqueda de seguridad y responsabilidad absolutas. Un sistema de pensamiento sin límites y fin en su alcance. La finalidad del terapeuta es enseñar al sujeto:

- a) Imposibilidad de seguridad absoluta sobre cualquier acontecimiento futuro.
- b) La improductividad e inutilidad de la culpa, así como el empleo de la reatribución causal en todo acto no intencionado.