



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROBLEMAS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES Y
SU RELACIÓN CON VARIABLES COGNITIVAS
DISFUNCIONALES

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

LIDIA VALDERRAMA MARTOS

Dirigida por:

Dr. D. ANTONIO GODOY ÁVILA


Málaga, 2016





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Lidia Valderrama Martos

 <http://orcid.org/0000-0002-8953-9832>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



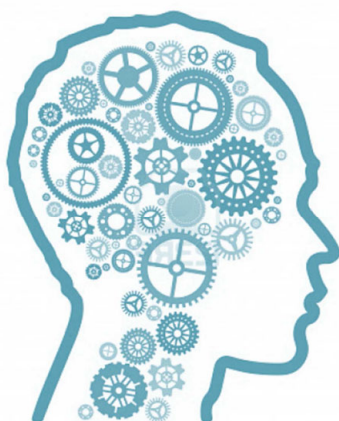
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Programa de doctorado:

Investigación en procesos básicos e intervención en Psicología Clínica y de la Salud



**PROBLEMAS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON
VARIABLES COGNITIVAS
DISFUNCIONALES**

TESIS DOCTORAL

LIDIA VALDERRAMA MARTOS

Dirigida por:

Dr. D. ANTONIO GODOY ÁVILA

Málaga, 2016



D. Antonio Godoy Ávila, con DNI 24814869P, Catedrática de Universidad del Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico, certifica que D^a. **Lidia Valderrama Martos**, con DNI 25697331Y, ha realizado la Tesis Doctoral titulada "*Problemas de ansiedad en niños y adolescentes y su relación con variables cognitivas disfuncionales*" bajo mi dirección.

Asimismo, certifico que dicho trabajo de investigación cumple los requisitos necesarios para someterse a defensa pública para la obtención del título de doctor.

En Málaga a 09 de noviembre de 2015



Fdo. Dra. Antonio Godoy Ávila

Catedrático de Universidad del Departamento de Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológico.
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Campus Universitario de Teatinos. 29071 Málaga. Tlf.: 952 13 25 32. Fax: 952 13 11 01.



Agradecimientos

Muchas han sido las personas que, de una forma u otra, más o menos directa o indirectamente, me han ayudado durante este largo trayecto. Me cuesta creer que haya llegado el momento de cerrar esta etapa, supone acabar una época en la que me he sentido acogida y en la que he invertido esfuerzo y tiempo.

Mi primer agradecimiento va dirigido a Antonio, mi director de tesis, ya que sin sus conocimientos y su apoyo, el camino hubiera sido mucho más largo y difícil. Me resulta difícil expresar con palabras lo agradecida que le estoy por todo, lo que ha hecho por mí, por acogerme, por su disponibilidad, por ayudarme, por apoyarme, por aguantarme, por enseñarme tantas cosas. Ha sido un gran privilegio trabajar a su lado Antonio Godoy.

A Carolina Quintero también le estaré muy agradecida por su paciencia, por su generosidad y por todo lo que me ha enseñado.

También quiero dar las gracias a profesores y compañeros de trabajo, alumnos y amigos, porque sin ellos, sin su generosidad y paciencia al completar miles de cuestionarios, no hubiera podido obtener tantos datos.

Por último, quiero dar las gracias a los míos: a mis padres, que me han ayudado, incondicionalmente, atendiendo a mis hijos en los momentos que así lo he necesitado; a mi marido, por su gran apoyo, por su ayuda, por su aguante, y por haber sufrido conmigo día a día este proceso, gracias por estar siempre ahí con tu sonrisa; y cómo no, a mis dos “granujillas”, Hugo y Marcos, que aunque han sido un fortísimo elemento distractor para mí, también han sido mi gran motivación para continuar con el esfuerzo y conseguir llegar al final.

¡Gracias!



*A tí, siempre a tí,
estés donde estés,
Mónica.*



Índice

Abreviaturas y siglas, 14

Marco teórico, 17

1. Problemas de ansiedad en niños y adolescentes, 18
 - 1.1. *Delimitación conceptual*, 19
 - 1.2. *Importancia de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*, 22
 - 1.3. *Incidencia/Prevalencia de los problemas/trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Diferencias entre chicos/chicas y según la edad*, 29
 - 1.4. *Qué tipos de problemas/trastornos de ansiedad se distinguen en niños y adolescentes. Descripción de cada uno de ellos: en qué consisten, importancia y prevalencia*, 30
2. Modelos explicativos de los problemas de ansiedad (en niños y adolescentes), 36
 - 2.1. *Modelos e hipótesis explicativas generales*, 36
 - 2.2. *Componentes de la ansiedad en la Infancia y la adolescencia*, 46
 - 2.3. *Modelos explicativos de casos específicos*, 47
 - 2.4. *Otros conceptos relacionados con el trastorno de ansiedad*, 61
3. Trastorno de ansiedad, sexo, edad y clase social, 67
 - 3.1. *Diferencias de género y ansiedad*, 67
 - 3.2. *Edad y ansiedad*, 69
 - 3.3. *Clase social y ansiedad*, 70
4. Trastorno de ansiedad y factores emocionales asociados, 71
 - 4.1. *Ansiedad rasgo y sensibilidad a la ansiedad*, 71
 - 4.2. *Trastornos de ansiedad y creencias disfuncionales específicas de cada trastorno*, 72

Marco empírico, 77

Método, 78

5. Participantes, 78
6. Variables e instrumentos, 79
 - 6.1. *SCAS*, 79
 - 6.2. *INDICE DE HOLLING SHEAD*, 79
 - 6.3. *ASIC*, 80
 - 6.4. *STAIC*, 80
 - 6.5. *OBQ-44*, 80
 - 6.6. *NJRE-Q-R*, 81
 - 6.7. *TAFQ-A*, 82
 - 6.8. *MPS*, 82
 - 6.9. *CDI-S*, 82
 - 6.10. *PSWQ*, 83
7. Procedimiento, 84

8. Resultados, 85

- 8.1. *Medias, diferencias entre varones-mujeres, correlación con la edad y clase social, 85*
- 8.2. *Trastornos de ansiedad y factores emocionales asociados, 87*
- 8.3. *Trastornos de ansiedad y creencias disfuncionales, 88*
- 8.4. *Relación entre los trastornos de ansiedad y las variables cognitivas disfuncionales detrando la varianza explicada por la depresión, 92*

Discusión, 95

Bibliografía, 105

Tablas

- Tabla 1.* Clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia, 22
- Tabla 2.* Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-V y CIE-10, 31
- Tabla 3.* Cuadro comparativo de las teorías de Williams y cols. y Mogg y Bradley. Sesgo atencional, 42
- Tabla 4.* Descripción de la muestra utilizada, 78
- Tabla 5.* Medias y desviaciones típicas de chicos y chicas en los distintos tipos de síntomas de ansiedad, 85
- Tabla 6.* Diferencias entre chicos y chicas en los distintos tipos de síntomas de ansiedad, 86
- Tabla 7.* Correlaciones de los distintos tipos de síntomas de ansiedad con la edad y con la clase social, 86
- Tabla 8.* Correlación entre sensibilidad a la ansiedad y ansiedad rasgo, 87
- Tabla 9.* Correlaciones de los distintos tipos de síntomas de ansiedad con sensibilidad a la ansiedad y ansiedad rasgo, 87
- Tabla 10.* Correlaciones parciales entre los distintos tipos de síntomas de ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad una vez se ha detraído la varianza explicada por la ansiedad rasgo, 88
- Tabla 11.* Correlaciones de los distintos tipos de síntomas de ansiedad con las creencias disfuncionales de tipo obsesivo, 89
- Tabla 12.* Correlaciones de los distintos tipos de síntomas de ansiedad con la frecuencia y la severidad de las Experiencias Not Just Right, 90
- Tabla 13.* Correlaciones de los distintos tipos de síntomas de ansiedad con las creencias de fusión pensamiento-acción, 91
- Tabla 14.* Correlaciones de los distintos tipos de síntomas de ansiedad con las creencias de perfeccionismo, 91
- Tabla 15.* Correlaciones de los distintos tipos de síntomas de ansiedad con preocupaciones acerca de asuntos de la vida cotidiana, 92
- Tabla 16.* Correlaciones parciales entre los distintos tipos de síntomas de ansiedad y las creencias disfuncionales de tipo obsesivo detrando la varianza explicada por los síntomas de depresión, 93



- Tabla 17.* Correlaciones parciales entre los distintos tipos de síntomas de ansiedad y las sensaciones Not Just Right detraído la varianza explicada por los síntomas de depresión, 93
- Tabla 18.* Correlaciones parciales entre los distintos tipos de síntomas de ansiedad y las creencias de fusión pensamiento-acción detraído la varianza explicada por los síntomas de depresión, 93
- Tabla 19.* Correlaciones parciales entre los distintos tipos de síntomas de ansiedad y las creencias perfeccionismo detraído la varianza explicada por los síntomas de depresión, 94
- Tabla 20.* Correlaciones parciales entre los distintos tipos de síntomas de ansiedad y las preocupaciones por asuntos de la vida cotidiana detraído la varianza explicada por los síntomas de depresión, 94

ANEXO. Modelo del cuadernillo de evaluación, 127

Abreviaturas y siglas

APA	<i>American Psychological Association</i> (Asociación Americana de Psicología)
ASIC	Índice de Sensibilidad a la Ansiedad
CDI-S	<i>Children's Depression Inventory-Short</i> (Inventario de depresión Infantil, versión corta).
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5</i> (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición)
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV</i> (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª edición)
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR</i> (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª edición revisado)
ESEMeD-E	Estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales en España.
MPS	<i>Multidimensional Perfectionism Scale</i> (Escala Multidimensional de Perfeccionismo)
NJR	Not Just Right
NJREQ-R	<i>Not Just Right Experiences Questionnaire – Revised</i> (Cuestionario Revisado de Experiencias <i>Not Just Right</i>)
OBQ-44	<i>Obsessive Beliefs Questionnaire - children version</i> (Cuestionario de Creencias Obsesivas, versión infantil)
OCCWG	<i>Obsessive Compulsive Working Group</i> (Grupo de investigadores del TOC)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PSWQ	<i>Penn State Worry Questionnaire</i> (Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pensilvania)
SA	Sensibilidad a la ansiedad
SCAS	<i>Spence Children's Anxiety Scale</i> (Escala de ansiedad infantil)
STAIC	<i>State-Trait Anxiety Inventory for Children</i> (Inventario de Ansiedad de Estado – Rasgo para niños)
TAF	Fusión Pensamiento-Acción

TAFQ-A	<i>Thought-Action Fusion Questionnaire for adolescents</i> (<i>Cuestionario Fusion Pensamiento Acción para adolescents</i>)
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TDAH	Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad
TOC	Trastorno Obsesivo Compulsivo





MARCO TEÓRICO



La presente investigación pretende analizar los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes de Málaga y su provincia, así como su relación con variables cognitivas disfuncionales importantes en el origen y mantenimiento de dichos trastornos. La muestra utilizada ha estado compuesta por un total de 1.483 niños y adolescentes de la población general, y la evaluación, se ha realizado mediante la utilización de 10 pruebas psicológicas.

En el marco teórico se realiza una revisión teórica sobre las investigaciones y estudios existentes actualmente sobre la temática, de la cual surgen una serie de hipótesis que intentamos comprobar con el análisis de los resultados obtenidos en las pruebas utilizadas (marco empírico). Empezamos con la revisión teórica a continuación.

1. PROBLEMAS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los síntomas y trastornos de ansiedad son de los problemas psicológicos más comunes en niños y adolescentes (Orgilés, Espada y Méndez, 2008; Suárez, Polo, Chen y Alegría, 2009). Dichos trastornos producen en ellos malestar, sufrimiento y desadaptación, siendo la adolescencia una etapa evolutiva particularmente crítica y vulnerable para el desarrollo de estos trastornos, pudiendo interferir de forma significativa en el desarrollo normal del niño, y convirtiéndose, por lo tanto, en un factor de riesgo para desarrollar en la edad adulta diferentes trastornos psicopatológicos, como puede ser depresión, problemas escolares y familiares y abuso de sustancias (Bados, Reinoso y Benedito, 2008; Esbjørn, Hoeyer, Dyrborg, Leth y Kendall, 2010; Irurtia, Caballo y Ovejero, 2009; Markarian et al., 2010). En esta línea, los autores Sandín y Chorot (1995) señalan como edad media de comienzo para cualquier trastorno de ansiedad los 15 años. Por todo ello, se ve necesario estudiar los problemas de ansiedad en estas edades para poder desarrollar tratamientos efectivos/preventivos que minimicen las consecuencias negativas de los mismos en edades más avanzadas.

En este apartado se tratará de dar una visión generalizada del problema de ansiedad en estas edades, señalando la importancia que tiene el mismo, la tipología de



trastornos que actualmente se reconocen, así como su incidencia, prevalencia y comorbilidad con otros trastornos psicológicos.

1.1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Para empezar, se hace necesario establecer una delimitación conceptual entre miedo, ansiedad funcional y ansiedad patológica, diferenciando y caracterizando cada uno de ellos.

Siguiendo a Pelechano en su trabajo monográfico, *Miedos infantiles y terapia familiar natural*, “*los miedos son algo universal y que tienen un valor de supervivencia, biológicamente enraizado, filogenéticamente justificable y psicológicamente útil*” (1981, pp.12), por lo que se consideran un fenómeno psicológico normal para el ser humano y especialmente en los niños.

En la misma línea, los autores Morris y Kratochwill (1983) hablan de los miedos “evolutivos” como un componente del desarrollo normal del niño, puesto que les proporciona recursos de adaptación a variados estresores vitales. Siguiendo esta definición los miedos se definen como reacciones emocionales adaptativas ante estímulos o situaciones que entrañan un peligro real, reacciones normales que pueden producirse ante estímulos contruidos por los niños, bien porque son directamente amenazantes o porque están asociados a ciertos estímulos amenazadores (Bragado, 1994).

Los miedos no son igualmente relevantes en las distintas edades, ya que muchos miedos evolucionan de acuerdo con un proceso madurativo del niño (Jersild y Holmes, 1935; Peña del Agua, 1995; Méndez y cols. 2003). Estudios y trabajos realizados sobre los miedos durante edades tempranas (Bamber, 1979; King, Hamilton y Ollendick, 1994; Miller, 1983; Wenar, 1994) indican una relación entre la edad y miedos asociados a la infancia y adolescencia, siendo en la pre-adolescencia (11-13 años) los miedos más comunes los de tipo escolar, social, político, económico y de autoimagen

(comienzan a adquirir relevancia), mientras que en la adolescencia los temores sociales, los miedos sexuales y las relaciones con la autoidentidad y el rendimiento personal (inadecuación personal, aspecto personal, temores al fracaso, ser incompetente, no ser popular, parecer loco/a...), asimismo los miedos de tipo académico, económico y político sufren un desarrollo destacado.

La ansiedad es considerada como una actitud cognitiva emocional desarrollada a partir del miedo (emoción primaria), como un sistema de procesamiento de informaciones amenazantes que permite movilizar anticipadamente acciones preventivas. Consiste en un proceso que mejora el rendimiento y la capacidad de adaptación, es decir, tiene una importante función, como es la de movilizar recursos frente a situaciones de posible amenaza o preocupantes, de tal manera que hagamos todo lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

Tanto el miedo como la ansiedad experimentados por un sujeto están desencadenados por situaciones que puedan ocasionar de alguna manera un daño a la persona. La diferencia es que, mientras en el miedo, esta situación puede dañar directamente a la persona (existe un peligro real), en la ansiedad son reacciones aprendidas y anticipadas de amenaza para el sujeto (el peligro puede llegar a darse, pero todavía no es real). La reacción de ansiedad es el significado personal, o más exactamente, la interpretación anticipadora de la situación que hace la persona. Por consiguiente, la ansiedad implica componentes de naturaleza cognitiva, mientras que el miedo puede ser considerado de naturaleza cuasi automática (Barlow, 1988).

Hay que diferenciar entre **ansiedad normal y patológica** que, aunque tenga la misma raíz psicológica, son diferentes las consecuencias que conllevan cada una de ellas en una persona. La cuestión sería saber cuándo esta ansiedad, considerada adaptativa para el sujeto, se convierte en trastorno o problema (ansiedad patológica).

Sandín (1997) considera la ansiedad patológica como la respuesta anticipatoria a una amenaza, que se caracteriza por sensaciones afectivas de nerviosismo, tensión,

aprensión y alarma, acompañadas de manifestaciones conductuales visibles y de cambios fisiológicos asociados a hiperactivación del sistema nervioso autónomo. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR, 2001), consiste en la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión (el foco del peligro anticipado puede ser interno o externo).

Dando respuesta a la cuestión señalada al comienzo de este apartado, la ansiedad, tanto en el niño como en el adulto es una emoción, un sentimiento desagradable de tensión o recelo que da lugar a modificaciones fisiológicas (incremento de la sudoración, agitación, la sequedad de boca y los síntomas gastrointestinales) que se convierte en *desadaptativa* si es excesiva o inapropiada (según la etapa de desarrollo) y causa alteraciones funcionales significativas, en cuyo caso se puede considerar un trastorno de ansiedad (Fong y Garralda, 2006).

Dicho de otra manera, tanto el miedo como la ansiedad pueden ser adaptativos (cuando existe proporcionalidad entre el peligro real –miedo- o esperado –ansiedad-) y la reacción comportamental que desencadena; o desadaptativos, en cuyo caso no existe dicha proporcionalidad entre el peligro real del estímulo o la amenaza que representa y la reacción comportamental. Cuando una situación que no es objetivamente amenazante o peligrosa desencadena la misma reacción psicológica que una situación realmente peligrosa o amenazante, se considera que constituye un problema psicológico, pero si, además, dicha reacción psicológica problemática produce un fuerte malestar subjetivo y/o interfiere fuertemente en la vida ordinaria de la persona se considera como trastorno clínico.

Partiendo de estas diferenciaciones conceptuales habría que distinguir los tipos de problemas o trastornos de ansiedad más comunes en estas edades. Aunque más adelante se desarrollan más detenidamente, en la siguiente tabla se resumen brevemente:

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia. Psicopatología infantil (Jiménez, 1997)

I.	<i>Trastornos de ansiedad con inicio en la infancia o adolescencia</i>
	● Trastorno por ansiedad de separación
II.	<i>Trastornos de ansiedad</i>
	● Trastorno de pánico sin agorafobia
	● Trastorno de pánico con agorafobia
	● Agorafobia sin historia de trastorno de pánico
	● Fobia específica
	● Fobia social
	● Trastorno obsesivo-compulsivo
	● Trastorno de estrés postraumático
	● Trastorno de estrés agudo
	● Trastorno de ansiedad generalizada
III.	<i>Trastornos no incluidos entre los de ansiedad, y la ansiedad es un aspecto fundamental</i>
	● Trastorno mixto de ansiedad y depresión
	● Terrores nocturnos
	● Trastorno adaptativo con ansiedad

Hay que tener en cuenta que algunos trastornos de ansiedad, como la ansiedad por separación, son específicos de la niñez, mientras que otros como la agorafobia no parecen ser frecuentes en los niños (Fong y Garralda, 2006). No obstante, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en la última edición (DSM-5), se reconoce la ansiedad por separación en adultos (se analiza detenidamente más adelante).

1.2. IMPORTANCIA DE LOS PROBLEMAS/TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los trastornos de ansiedad constituyen una de las formas más frecuentes de psicopatología en niños y adolescentes (Orgilés et al., 2008; Suárez et al., 2009), y se ha convertido en una preocupación constante en la actualidad, tanto de docentes como de padres, y por supuesto, de los profesionales de la salud. Es por ello por lo que en este apartado se va a profundizar en la importancia de dicho trastorno.

Para ello se analiza la comorbilidad con otros problemas de ansiedad, su relación con problemas de depresión y de comportamiento, las repercusiones negativas a nivel académico, relacional-social y emocional (March, 1995), así como la

predisposición para padecer otros problemas psicológicos en edad adulta. Por último, se revisa la existencia de tratamientos para estos niños en la actualidad enfatizando la necesidad de futuras investigaciones.

La comorbilidad de la ansiedad ha sido asociada mayormente entre el trastorno de pánico (Craske et al., 2007; Brown, Antony y Barlow, 1995; McLean, Woody, Taylor, y Koch, 1998), la fobia social (Erwin, Heimberg, Juster y Mindlin, 2002; Mennin, Heimberg y Jack, 2000), y el TAG (Belzer y Schneier, 2004; Borkovec, Abel, & Newman, 1995; Nutt, Argyo-poulos, Hood y Potokar, 2006).

En el III Congreso Nacional de Ansiedad y Trastornos Comórbidos, celebrado en Barcelona el 2006, se señaló que el número de casos de ansiedad en España aumentó en los últimos años a la par que los casos de depresión, ya que entre un 50% y un 90% de los pacientes con depresión presentaban síntomas de ansiedad (Balanza, Morales, Guerrero y Conesa, 2008).

Los estudios que han analizado la comorbilidad de los trastornos de ansiedad han encontrado que las personas que padecen algún trastorno de este tipo presentan con mucha frecuencia otros trastornos de ansiedad o de depresión y, en ocasiones, otro tipo de trastornos, especialmente trastornos de personalidad y abuso de sustancias (Andrews, Slade y Issakidis, 2002).

Los dos problemas psicológicos más frecuentes en niños y adolescentes (los de tipo depresivo y los de comportamiento) suelen acompañarse de problemas de ansiedad (Calvo et al., 2009; Cunningham y Ollendick, 2010; Marmorstein, 2007).

La comorbilidad que presentan los trastornos de ansiedad con la depresión es uno de los fenómenos más frecuentes en psicopatología infanto-juvenil (Angold, Costello, Erkanli, 1999; Keenan, Feng, Hipwell y Klostermann, 2009; Monga et al., 2000). Vázquez-Barquero y Herrán, 2006 encontraron en sus estudios que uno de cada tres pacientes con trastorno de ansiedad presenta comorbilidad con trastornos depresivos.



Cuando los síntomas ansiosos y depresivos coexisten, puede haber un incremento del nivel de la gravedad de la sintomatología, tener ésta peor pronóstico, responder peor al tratamiento y hacerse mayor uso de los servicios de atención primaria (Angold et al., 1999; Angold y Costello 1993; Axelson y Birmaher, 2001; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Essau, Leung, Conradt, Cheng y Wong, 2008; Layne, Bernat, Victor y Bernstein, 2009; Silverman y Ollendick, 2005). Que ambos cuadros psicopatológicos comparten cierto número de síntomas, ha sido suficientemente demostrado en las distintas investigaciones realizadas, sin embargo, no queda claro si existe solo una relación sintomatológica temporal o si se podría hablar de una relación causal entre los dos trastornos. En esta línea Reinherz y cols. (1993) señalan que la presencia de síntomas ansiosos se relaciona con el posterior desarrollo de síntomas depresivos asimismo Sanford y cols. (1995) encuentran que los síntomas de ansiedad aumentan el riesgo de desarrollar depresión, mientras que Axelson y Birmaher (2001) señalan la posibilidad de que la depresión solo incrementa el riesgo para el trastorno de ansiedad después del período adolescente.

Por otro lado se ha detectado un porcentaje muy importante de adultos con depresión, que previamente tenían trastorno de ansiedad, sin ser tratado en la niñez o adolescencia. En este sentido, se encuentran evidencias de que la ansiedad en la infancia juega un papel importante en la génesis de trastornos depresivos durante la adolescencia (Cole, Peeke, Martin, Truglio y Seroczynski, 1998).

En lo referente a las alteraciones comportamentales que presentan la población infantil y juvenil con problemas de ansiedad, se pueden identificar como los más habituales la falta de atención, la falta de relaciones interpersonales y los problemas en su desarrollo académico. En situaciones, la ansiedad podría parecer similar a los comportamientos vistos en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), ya que la falta de atención y las dificultades de concentración se ven frecuentemente en niños con TDAH y en niños que sufren problemas de ansiedad.



En lo referente al abuso de sustancias, es menos probable con niños, pero aumenta su utilización en los años de la pre-adolescencia y la posibilidad aumenta con la edad. Los niños y adolescentes que abusan de las drogas o del alcohol pueden tener problemas de sueño, falta de atención, retraimiento y un rendimiento escolar disminuido.

Tanto un miedo como una ansiedad patológica conllevan unas consecuencias negativas en el desarrollo evolutivo de una persona. Así en el desarrollo normal de un niño, la ansiedad se presenta desde los primeros meses de vida, donde el bebé expresa su miedo ante situaciones/cosas/personas desconocidas. Ésta es la señal de que comienza un período de desarrollo cognitivo mediante el cual los niños discriminan entre lo conocido y lo desconocido (posible peligro para su supervivencia). Entre el año y año y medio, los niños manifiestan ansiedad ante el miedo a separarse de sus cuidadores (empiezan a ser conscientes de la posibilidad de que sus padres no regresen con él), siendo superada, esta ansiedad de separación, generalmente, sobre los dos años. Ambos periodos de desarrollo son importantes e indicadores de que el desarrollo cognitivo está progresando como se esperaba. Hasta los ocho años aproximadamente, los niños tienden a sentirse ansiosos por sucesos específicos, identificables (animales, oscuridad, fantasmas...) e incluso a personas adultos o a personajes que niños más mayores consideran entretenidos (payasos). A partir de esta edad los sucesos que causan ansiedad se convierten en más abstractos y menos específicos (calificaciones, amistades, apariencia, temas sexuales,...). Cuando este desarrollo madurativo se ve alterado por diversas causas, provocando en los niños problemas de ansiedad, suelen darse trastornos del sueño (hasta en el 83% de los casos; Alfano, Beidel y Turner, 2006; Storck et al., 2008) y disminuye su capacidad de adaptación a la escuela, así como su rendimiento académico (Mellon y Moutavelis, 2007).

Centrándonos en el ámbito escolar, que es el ámbito en el que hemos desarrollado nuestra investigación, los síntomas o trastornos de ansiedad provocan una disminución en la eficiencia del proceso de aprendizaje y enseñanza del niño, ya que disminuye su atención (se distraen con facilidad), concentración (utilizan pocas de las

claves que se otorgan en las tareas intelectuales) y retención de la información recibida (no organizan ni elaboran adecuadamente los materiales) (Newcomer, 1993), dando lugar a una disminución en el rendimiento escolar, tanto en las calificaciones como en la autoestima de los niños (Bell-Dollan, 1995).

En cuanto al ámbito social, también se encuentra afectado por consecuencias negativas, en lo que respecta a su desarrollo normalizado, ya que las sensaciones de inseguridad y los síntomas somáticos provocados por los trastornos de ansiedad se traducen en el niño en conductas de intranquilidad, trastornos del sueño, dolores de estómago e incluso alteraciones conductuales. Asimismo, sienten temor de no gustar a los demás, experimentan sensaciones equívocas como son la de que sus amigos o compañeros se están riendo de ellos, exhibiendo desasosiego y un miedo exagerado y constante a actuar de una manera vergonzante o sorprendente en situaciones o actividades donde se reúnen varias personas.

De entre todas las consecuencias negativas de los trastornos de ansiedad en el desarrollo evolutivo de una persona, hay que destacar el valor de riesgo que dicho trastorno conlleva para que en edades adultas pueda sufrir otras alteraciones psicopatológicas. En esta línea hay que señalar estudios (Cohen, Cohen y Brook, 1993; Ferdinand y Verhulst, 1995; Gagnon, Craig, Tremblay, Zhoy y Vitaro, 1995) en los que se sugieren que los trastornos de ansiedad infantiles no son fenómenos pasajeros, es decir, que tienden a permanecer en el tiempo y que incluso pueden evolucionar hacia patologías más severas. Weissman y cols. (1999) concluyen que el comienzo a temprana edad de este trastorno, pone a las personas en riesgo de una gran variedad de problemas posteriores. Existe evidencia de que padecer problemas de ansiedad en la infancia o la adolescencia es un factor de riesgo para el padecimiento de otros problemas (de ansiedad o no) en la edad adulta. Así, cuando se han padecido problemas de ansiedad en la infancia (especialmente si se trata de ansiedad de separación o de ansiedad social), es probable que en la edad adulta también se

padezca el mismo problema de ansiedad u otro diferente (Pincus, Santucci, Ehrenreich y Eyberg, 2008; Weems, 2008), que se sufran problemas depresivos (Hayward, Killen, Kraemer y Taylor, 2000), e incluso que comportamientos importantes como los relacionados con la edad a que se tienen hijos o a la que se consigue un empleo estable se vean afectados (Caspi et al., 1988).

Es decir, el trastorno de ansiedad es un factor de riesgo para otros problemas psicológicos y sociales en edad adulta, como son depresión, problemas escolares y familiares y abuso de sustancias (Bados, Reinoso y Benedito, 2008; Esbjørn et al., 2010; Iruña, Caballo y Ovejero, 2009; Markarian et al., 2010). De hecho, un porcentaje destacado de los trastornos de ansiedad en adultos tiene su inicio en la infancia o adolescencia. En caso de que en esta época ya se detecte la presencia de un trastorno de ansiedad, la tendencia es que persista en años posteriores, pudiendo ser la falta de diagnóstico y tratamiento una de las causas de su mantenimiento a la edad adulta (Weems, 2008).

Por otro lado, existen una serie de factores que predisponen al niño a sufrir este trastorno de ansiedad en edades infantiles o juveniles. El primero de los factores a señalar sería el factor cognitivo, ya que es el de mayor importancia, al ser el que da lugar a la percepción emocional que experimenta el niño, y por tanto, el que influirá en la manera de vivir la ansiedad del mismo. En segundo lugar, el factor familiar y su correlación entre la psicopatología familiar y el trastorno de ansiedad del niño (existe evidencia creciente sobre la existencia de patrones familiares relacionados con la transmisión del miedo y los trastornos de ansiedad (los padres con tendencia a ser miedosos y/o con trastornos de ansiedad suelen tener hijos con miedos o ansiedad, en mayor proporción que los padres considerados “normales”). Curiosamente, este patrón parece estar más vinculado a la madre que al padre, lo cual sugeriría que gran parte de la contribución de dicho patrón se debe a factores ambientales -educación- más que genéticos).



Otros factores de predisposición a la ansiedad son el temperamento y el género, siendo más frecuentes las conductas ansiosas en mujeres que en varones (King, Hamilton y Ollendick, 1994; Pons, Queralt, Mars, García-Merita y Balaguer, 2010; Sandín, 1997).

Bragado, Bersabé y Carrasco (1999) realizan un estudio epidemiológico de los factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes, como son: variables sociodemográficas, estresores psicosociales en el contexto familiar, fracaso académico, inteligencia, factores tempranos, historia médica y psicopatología parental. Los resultados obtenidos en el mismo muestran la existencia de perfiles de riesgo distintos para cada categoría diagnóstica, señalando que para los trastornos de ansiedad, motivo de nuestra investigación, los factores de riesgo son la edad de la madre (madres jóvenes), problemas en el parto, miedo al maltrato físico, estar preocupado por la familia y tomar medicación a diario.

Por otro lado, Fong y Garralda (2005 y 2006) distinguen tres factores vinculados y precipitadores de los trastornos de ansiedad en la infancia. Los factores intrínsecos (temperamento y factores genéticos), interacciones progenitores-hijo (estilo de crianza y procesos familiares), y acontecimientos vitales gravemente amenazantes (adversidad social y situaciones de pérdida).

Un alto porcentaje de niños y adolescentes, con este problema, no reciben tratamiento psicológico o terapéutico, a pesar de su cierta cronicidad, de actuar como factor predisponente para el desarrollo de otras alteraciones y de su elevada prevalencia (Donovan y Spence, 2000; v.g., el 12% en Heyman, et al., 2003; o el 3% en Lavigne, et al., 2009). Razones, todas ellas, suficientes, para que los trastornos de ansiedad reciban atención prioritaria en intervenciones preventivas realizadas en edades infatojuveniles.

Barceló, Fullana, Feliú, y Balle (2004), indican que *“la aplicación del programa de prevención breve contribuye moderadamente a disminuir la presencia de algunos de los*



factores de riesgo personales para el desarrollo de trastornos de ansiedad, tendiendo hacia la normalización de las puntuaciones en los variables estudiadas” (2003, pp. 383).

Y si por otro lado, tenemos en cuenta que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia (19,3%) de entre los trastornos de aparición temprana, la importancia que adquiere tanto el diagnóstico temprano como su tratamiento en estas edades, es vital, puesto que se puede prevenir que dicho trastorno se convierta en determinante de su estado psicológico futuro.

Por ello, los profesionales (investigadores y terapeutas) han tomado conciencia sobre la importancia de dicho diagnóstico en edades tempranas, pudiendo prevenir problemas adicionales en la edad adulta, (Donovan y Spence, 2000; Keeley y Storch, 2008) y, aunque las técnicas utilizadas para el abordaje de los trastornos de ansiedad en la infancia son muy parecidas a las que se aplican en la población adulta, contamos con bastantes estudios realizados sobre esta población, de adaptación de técnicas de evaluación y diagnóstico.

1.3. INCIDENCIA/PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS/TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. DIFERENCIAS ENTRE CHICOS/CHICAS Y SEGÚN LA EDAD.

Estudios epidemiológicos indican que los trastornos de ansiedad en edad infantil y juvenil superan el 10% de la población (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Cox, Clara, Hills y Sareen, 2010; Echeburúa y de Corral, 2009; Méndez, Orgilés y Espada, 2008; Sandín, 1997), siendo los trastornos de ansiedad el grupo de alteraciones comportamentales más prevalentes en la infancia y en el conjunto de la población y, además, se relacionan con un amplio abanico de consecuencias negativas, como ya se ha examinado anteriormente.

Parece demostrado que los trastornos de ansiedad tienden a predominar entre las mujeres, especialmente durante la adolescencia (Anderson, Williams, McGee y

Silva, 1987; McDermott, 1996; Peterson, Zhang, Santa Lucia, King y Lewis, 1996). Este hecho podría apoyar la idea de que tales diferencias obedecen principalmente a factores biológicos, determinados por la diferenciación sexual del cerebro (Sandín, 1984) y posiblemente por los niveles sistémicos de hormonas, ya que durante esta etapa se producen grandes cambios endocrinos que difieren según el sexo. Por todo ello, existen autores que han señalado que dichas diferencias pueden estar moduladas por la edad (durante la adolescencia, las diferencias son mayores que en edades anteriores). Aláez y cols. (2000) encuentran una correlación altamente significativa entre el tipo de trastorno y la edad de los sujetos investigados, así como entre el tipo de trastorno y el género, observándose que la ansiedad es más frecuente en las mujeres, mientras que los varones prevalecen en otros trastornos, como de conducta o del sueño, y que los trastornos de ansiedad aumentan con la entrada de la pubertad.

1.4. QUÉ TIPO DE PROBLEMAS/TRASTORNOS DE ANSIEDAD SE DISTINGUEN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. DESCRIPCIÓN DE CADA UNO DE ELLOS: EN QUÉ CONSISTE, IMPORTANCIA Y PREVALENCIA

Son variados los cuadros de ansiedad que se presentan en la infancia y adolescencia. Teniendo en cuenta esta variedad, en este apartado se describen los que recoge el Manual de Diagnóstico de Salud Mental, en su quinta edición, en el apartado de Trastornos de Ansiedad, y la clasificación desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10). A continuación en el cuadro se realiza una comparación de denominaciones para estos trastornos.

Tabla 2: Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-5 y CIE-10.

DSM-5	CIE-10
Trastornos de ansiedad	F40-49. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
<ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno de ansiedad por separación ● Mutismo selectivo ● Fobia específica ● Trastorno de ansiedad social (fobia social) ● Trastorno de pánico ● Agorafobia ● Trastorno de ansiedad generalizada ● Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos ● Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica ● Otro trastorno de ansiedad especificado ● Otro trastorno de ansiedad no especificado 	F41. Otros trastornos de ansiedad. <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica). ● Trastorno de ansiedad generalizada. ● Trastorno mixto de ansioso-depresivo. ● Otro trastorno mixto de ansiedad. ● Otros trastornos de ansiedad especificados. ● Trastorno de ansiedad sin especificación.

Según el DSM-5 los trastornos de ansiedad son:

Trastorno de ansiedad por separación

Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.

El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes.

Los estudios epidemiológicos indican que aproximadamente un 4% de niños y adolescentes jóvenes sufren este trastorno, por lo cual es considerado uno de los trastornos más prevalentes entre todos los que ocurren durante la infancia y adolescencia.

Mutismo selectivo

Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).

Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que va a la escuela).

El Mutismo selectivo, según diferentes estudios epidemiológicos, sitúan el número de afectados en la escuela primaria en un porcentaje del 1% o menos de la población total.

Fobia específica

Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o, situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad.

Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: animal, entorno natural, sangre-inyección-lesión, miedo a la sangre, miedo a las inyecciones y transfusiones, miedo a otra atención médica, miedo a una lesión, situacional, otra).

El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

Las cifras de prevalencia publicadas en la literatura pueden variar según los umbrales empleados para determinar el malestar o deterioro general a que dan lugar y el tipo de fobias estudiadas. En la población general la tasa de prevalencia anual se sitúa alrededor del 9 %, mientras que la prevalencia global oscila entre el 10 y el 11,3%.

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.

Especificación: únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público).

El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 3 y el 13 %

Trastorno de pánico

Presencia de ataques de pánico imprevistos recurrentes. Al menos uno de los ataques va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.

Estudios epidemiológicos elaborados en todo el mundo indican de forma consistente que la prevalencia del trastorno de pánico (con o sin agorafobia) se sitúa entre el 1,5 y el 3,5 %. Las cifras de prevalencia anual oscilan entre el 1 y el 2 %.

Agorafobia

Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.

El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

La prevalencia global de agorafobia (con o sin historia de trastorno de pánico) ronda el 3,5%. En el National Comorbidity Survey Replication, la prevalencia de la agorafobia sin trastorno de pánico fue 1,4 % (Kessler et al., 2005).

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Ansiedad y preocupación excesivas, o generalizada persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.

La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.

En muestras de población general la prevalencia anual del TAG se sitúa en el 3 % aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5 %. En los centros médicos para trastornos de ansiedad aproximadamente el 12 % de los individuos presenta un TAG.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.

No se dan exclusivamente durante delirium.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

El cuadro clínico se fundamenta por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.

No se dan exclusivamente durante delirium.

Otro trastorno de ansiedad especificado

Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos.

Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.



Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de días.

Trastorno de ansiedad no especificado

Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g. en urgencias)

Según la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) los trastornos de ansiedad son:

- Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia:
- Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia:
- Trastorno de ansiedad de separación de la infancia
- Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia
- Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia
- Otros trastornos de las emociones de la infancia
- Trastorno de ansiedad:
- Trastorno de Ansiedad Fóbica
- Agorafobia
- Fobia Social
- Fobias Específicas
- Otros trastornos de la Ansiedad
- Trastorno de Pánico
- Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)
- Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

2. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS PROBLEMAS DE ANSIEDAD (EN NIÑOS Y ADOLESCENTES)

2.1. MODELOS E HIPÓTESIS EXPLICATIVAS GENERALES

Existen tres grandes líneas de estudio: psicoanalítica, conductual y cognitiva, que han contribuido especialmente a explicar un concepto teórico de la ansiedad, aportando implicaciones prácticas en el tratamiento de los niños con trastornos de ansiedad. Antes del siglo XX, la ansiedad infantil no era tomada en cuenta o se consideraba desde la perspectiva de la psicopatología adulta. El psicoanálisis supuso un gran avance en su estudio y ha condicionado las modernas teorías sobre ansiedad en la infancia. La teoría psicoanalítica defiende que la ansiedad tiene un origen interno siendo la misma el resultado de conflictos psicológicos inconscientes.

Por su lado, las teorías conductistas defienden que la ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos ambientales, siguiendo por tanto, el modelo del condicionamiento clásico, según el cual la ansiedad es la respuesta condicionada adquirida a través de la asociación del objeto fóbico (estímulo condicionado) con una experiencia aversiva (estímulo incondicionado). La función de las conductas de evitación fóbica sería la de reducir la sensación subjetiva de ansiedad, contribuyendo de esta manera a la permanencia de la conducta patológica. A partir de este modelo se han diseñado tratamientos efectivos en la resolución de algunas formas clínicas de ansiedad, como las fobias, pero no explica satisfactoriamente, y por igual, todos los fenómenos ansiosos.

En el modelo cognitivo, los estados de ansiedad son provocados por una *percepción distorsionada de la realidad de carácter negativo*, que genera creencias e ideas erróneas acerca de la misma y del propio sujeto. Esta interpretación cognitiva distorsionada, de carácter negativa (de tipo amenazante), que el niño hace del estímulo, determina un estado neurofisiológico de alerta permanente que provoca el estado



emocional de ansiedad y los síntomas somáticos (Alcalde, Mañas y Puente, 2011). Este modelo aplicado a los distintos trastornos de ansiedad, explicaría que los niños que presentan ansiedad generalizada perciban la existencia de peligros en situaciones neutras o que implican un riesgo mínimo, que los niños que presentan sintomatología de fobia social tienden a anticipar actitudes de rechazo y censura; y los que presentan trastorno obsesivo experimentan pensamientos involuntarios y recurrentes que generan ansiedad.

Todas estas teorías coinciden en la consideración de la ansiedad como una emoción unitaria, con mecanismos psicológicos comunes tanto para la ansiedad considerada normal o funcional, como si constituye un estado patológico.

Esta investigación se centra en el estudio de las variables cognitivas disfuncionales que se relacionan con la ansiedad en edad infantil y juvenil, por ello, a continuación se van a revisar los modelos teóricos que explican este trastorno desde el punto de vista cognitivo.

Modelo de ansiedad de Spielberger

Este autor (Spielberger, 1966) describe el Estado de Ansiedad como *“un estado emocional transitorio, caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor, y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo; aquellas situaciones que fuesen percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, suscitarían Estados de Ansiedad. El Rasgo de Ansiedad constituiría una predisposición, por parte del individuo, a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes y por tanto una tendencia a responder, con frecuencia, con fuertes estados de Ansiedad. Para Spielberger, el mecanismo fundamental es, pues, la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona acerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas)”* (Arcas y Cano, 1999).



Modelos teóricos iniciales

El modelo de esquemas de Beck (1976)

Beck (1976) es uno de los pioneros en el estudio de la relación entre emoción y cognición. Se centra en la aparición de distorsiones cognitivas y cogniciones automáticas. Para Beck la gran diferencia entre la ansiedad patológica y la ansiedad adaptativa está basada en los esquemas cognitivos que el individuo pone en marcha ante una situación determinada (amenazante para él). Desde este modelo, los sujetos ansiosos presentan esquemas cognitivos característicos, de un modo latente, los cuales constituyen cierta vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo y mantenimiento de la patología.

Un esquema es un cuerpo almacenado de conocimientos que interactúa con la codificación, la comprensión y el recuerdo. Beck distingue dos tipos de esquemas cognitivos, el maduro, basado en cogniciones racionales y objetivos con la información real centrados en la resolución de problemas; y el primitivo, basado en esquemas distorsionados que llevan a la persona al estado patológico, entendiendo por distorsiones cognitivas como un procesamiento de la información distorsionado que conlleva a cogniciones automáticas que a su vez son los responsables de los pensamientos negativos, emociones, actividad fisiológica y conducta inadecuada que sufre el individuo.

Las cogniciones automáticas más comunes en el Trastorno de ansiedad generalizada serían, según Beck, *interferencia arbitraria o visión catastrófica* (el sujeto tiende a anticipar ciertos peligros que percibe como muy amenazantes y hace una valoración de éstos de forma catastrófica sin tener evidencias suficientes para llegar a esta valoración), *maximización* (el sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño de una situación), *minimización*, (el sujeto disminuye su habilidad para afrontar las amenazas que puede llevar a cabo en una situación).



El modelo de red asociativa de Bower (1981)

Bower propuso su teoría de *La Red Semántica* para el estudio de la ansiedad. Según su teoría, “*la activación del nodo emocional de ansiedad facilitaría la accesibilidad al material congruente con este estado de ánimo, produciéndose un sesgo en el procesamiento de la información que afectaría a la atención, la interpretación y la memoria, dándose una atención preferente a los estímulos amenazantes, interpretándose el material neutro con un significado de amenaza y recordándose prioritariamente hechos compatibles con estas ideas amenazantes*” (Arcas y Cano, 1999).

Tanto la teoría de Beck como la de Bower comparten la predicción de un sesgo congruente con la amenaza, constituidos por una serie de proposiciones abstractas que el sujeto tiene almacenadas en la memoria semántica (parte de la memoria a largo plazo que trata con la información general y los conocimientos) (Tulving, 1972). En cambio, ambas teorías difieren, en la apreciación del mecanismo subyacente que Beck concebiría como un esquema y Bower como una red asociativa.

Los modelos teóricos anteriormente descritos proporcionan una visión integradora acerca del sesgo cognitivo que caracteriza a una persona con ansiedad, basándose en el paradigma del procesamiento de la información. Pues bien, un amplio conjunto de investigaciones, se han centrado en el estudio de algún aspecto parcial de este sesgo cognitivo (unas han generado teorías específicas sobre el aspecto atencional del sesgo y otras han generado modelos explicativos del sesgo de memoria y de interpretación del entorno). Veamos las más representativas.

Sesgo cognitivo - Sesgo atencional

Modelo de Williams, Watts, MacLeod y Mathews (1988, 1997)

Este modelo plantea que los diferentes trastornos emocionales se asocian a diferentes patrones de sesgos cognitivos. La ansiedad se caracteriza principalmente por sesgos que favorecen los estímulos amenazantes en los procesos pre-atencionales y en

la atención selectiva, es decir en una fase inicial del procesamiento de la información (procesos automáticos) pero, en procesos posteriores más elaborativos (procesos estratégicos o controlados), las personas con ansiedad tienden a evitar dicha información. La función de la ansiedad es detectar y localizar las señales de peligro para la supervivencia, por lo que es lógico que favorezca un procesamiento inicial de la información.

Este modelo diferencia entre ansiedad de estado (que hace referencia a la reacción emocional puntual producida en el sujeto por una situación estresante y que tiene una duración limitada en el tiempo, de ahí que sea un estado transitorio), y ansiedad de rasgo (que hace referencia a una dimensión de la personalidad caracterizada por la tendencia del sujeto a responder con ansiedad ante eventos estresantes) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983)

Williams y cols. (1997) describen dos mecanismos como causantes de los sesgos (pre-atencionales y atencionales). Por un lado estaría el Mecanismo de Decisión Afectiva que evalúa el valor de los estímulos amenazantes (valencia emocional), y por otro lado, el Mecanismo de Distribución de Recursos que asigna los recursos para el procesamiento de los estímulos que se consideren importantes (este mecanismo se ve influenciado por el nivel de ansiedad de rasgo del sujeto – personas con un nivel de ansiedad de rasgo alto van a presentar una mayor tendencia a dirigir su atención hacia los estímulos amenazantes, mientras las personas con un ansiedad de rasgo baja van a evitar atender a dichos estímulos-, y del valor emocional otorgado por el mecanismo de decisión afectiva puesto en marcha anteriormente).

Por lo tanto, los sesgos atencionales, según este modelo, son el resultado de la interacción entre la ansiedad rasgo y el valor amenazante del estímulo o la ansiedad estado.

Modelo cognitivo-motivacional de Mogg y Bradley (1998)

Teniendo en cuenta el modelo anterior, a medida que el valor de la amenaza aumenta, las personas con niveles de ansiedad rasgo alta se muestran más

hipervigilantes, pero las personas con niveles de ansiedad rasgo baja tienden a alejar su atención de dichos estímulos amenazantes. Esta premisa se opone desde un punto de vista evolucionista al valor adaptativo de la respuesta de ansiedad estado que activa al organismo para poder responder de manera eficaz ante las amenazas para la supervivencia. Ante esta problemática, Mogg y Bradley (1998), plantean un modelo cognitivo-motivacional de la ansiedad.

Estos autores apuntan que los responsables de los sesgos son:

- Sistema de Evaluación de la Valencia (es el responsable de evaluar el valor amenazante de los estímulos, función similar al Mecanismo de Decisión Afectiva de Williams y cols., (1988,1997). Sistema rápido y automático de análisis de las características fundamentales del estímulo, así como de la integración de este análisis con información detallada del contexto y de la memoria, se corresponde con la vía rápida que propone LeDoux (1995). El resultado de esta evaluación se verá influenciado por variables como son el aprendizaje previo, el contexto o el nivel de ansiedad estado.
- Una vez finalizado el Sistema de Evaluación de la Valencia entra en juego el Sistema de Implicación de Metas (que determina hacia dónde se dirigen los recursos atencionales para el procesamiento cognitivo de los estímulos, similar al Mecanismo de Distribución de Recursos del modelo de Williams y cols. (1988, 1997).

Según este modelo si un estímulo se ha evaluado como muy amenazante, la persona dirige los recursos atencionales hacia dicho estímulo, mientras que si se ha evaluado como poco amenazante se inhibe su procesamiento. Así, ante un estímulo que se ha evaluado como muy amenazante, tanto las personas con ansiedad rasgo van a dirigir sus recursos atencionales hacia dicho estímulo para poder hacer frente a las amenazas del ambiente tal y como se propone desde una perspectiva adaptativa de la

ansiedad como estado que facilita la detección del peligro y la puesta en marcha de mecanismos para reaccionar ante él. En la tabla 3 se exponen las principales diferencias de los dos modelos de sesgos cognitivos desarrollados hasta ahora.

Tabla 3. Cuadro comparativo de las teorías de Williams y cols. y Mogg y Bradley. Sesgo atencional.

Modelos explicativos			Responsable de los sesgos atencionales
Williams y colaboradores (1988, 1997)	<u>Mecanismo de Decisión Afectiva</u> (valencia emocional)	<u>Mecanismo de Distribución de Recursos.</u> - Rasgo alto (mayor tendencia hacia los estímulos amenazantes) - Rasgo bajo (evitan atender a dichos estímulos)	Mecanismo de Distribución de Recursos, prioriza el procesamiento de la información emocional en las personas con niveles elevados de ansiedad de rasgo y lo inhibe en las personas con niveles bajos. Vulnerabilidad hacia la ansiedad centrado en el sesgo atencional.
Mogg y Bradley (1998)	<u>Sistema de Evaluación de la Valencia.</u> Variables que influyen (aprendizaje previo, contexto o nivel de ansiedad estado)	<u>Sistema de Implicación de Metas.</u> - Rasgo alto y bajo dirigen los recursos atencionales hacia el estímulo si el estímulo ha sido evaluado como amenazante.	Sistema de Evaluación del Estímulo amenazante que se activa con mayor facilidad en las personas ansiosas que tienden a valorar como amenazantes estímulos que no son realmente peligrosos. Vulnerabilidad en el proceso de la evaluación de estímulos, siendo el sesgo importante para el mantenimiento de la ansiedad.

Teoría de la Hipervigilancia de Eysenck (1992, 1997)

Esta teoría pretende explicar las características del sesgo atencional, y para ello propone que para detectar las posibles amenazas o peligros del ambiente, las personas con ansiedad tienen una *Hipervigilancia* general, tanto hacia lo amenazante como hacia estímulos irrelevantes del ambiente, generando una gran distractibilidad. Por lo tanto, para este autor, la hipervigilancia consistiría, inicialmente, en un constante rastreo de los estímulos ambientales, con motivo de la detección de cualquier posible amenaza, posteriormente, el foco atencional de la persona, una vez que localiza una amenaza, se estrecha (impidiendo que pudiese fijar su atención en cualquier otro aspecto del input sensorial más positivo) para facilitar su procesamiento.



Según esta teoría, las personas con ansiedad tienden a interpretar de manera amenazante las situaciones ambiguas. Para Eysenck el sesgo atencional y de interpretación son un factor de vulnerabilidad hacia los trastornos de ansiedad.

Modelo Cognitivo del Procesamiento Selectivo de la Ansiedad de Mathews y Mackintosh (1998)

Para poder observar el sesgo atencional que este modelo pretende explicar, se hace necesario la presencia de al menos dos estímulos que compitan por la atención a través del proceso de inhibición. Las representaciones iniciales de estos dos estímulos se activan de forma simultánea y compiten por los recursos atencionales. A medida que una representación va ganando activación, va inhibiendo a la otra hasta que la representación dominante captura la atención y se hace consciente. La inhibición de uno de los estímulos, para que no sea atendido, supone un coste cognitivo. En relación con la ansiedad, Mathews y Mackintosh asumen que este proceso de inhibición de los estímulos amenazantes va a ser más costoso tanto en situaciones de ansiedad estado como en las personas con niveles altos de ansiedad rasgo.

Modelo de Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn (2007)

En este modelo se establecen diferentes estadios en el procesamiento de la información. El Sistema Preatencional de Evaluación de la Amenaza (evalúa de manera pre-atencional los estímulos del ambiente), el Sistema de Distribución de Recursos (en el caso de que el sistema anterior evalúe como amenazante un estímulo se pone en funcionamiento este sistema, el cual desencadena un estado fisiológico de alerta que interrumpe la actividad que se esté llevando a cabo y facilita los recursos cognitivos para el procesamiento del estímulo amenazante y la activación de un estado de ansiedad), el Sistema Guiado de Evaluación de la Amenaza (a continuación este sistema pone en marcha procesos estratégicos, como la evaluación del contexto, la comparación de la actual amenaza con el aprendizaje previo y la memoria y la evaluación de los recursos de afrontamiento). Del último sistema depende el estado sufrido por la persona, ya que si el resultado de esta evaluación estratégica de la amenaza es que a nivel consciente la

amenaza es baja, se da feedback al Sistema Preatencional de Evaluación de la Amenaza que, a su vez, disminuye el estado de arousal desencadenado por el Sistema de Distribución de Recursos, pero, si el resultado del Sistema Guiado de Evaluación de la Amenaza confirma a nivel consciente que la amenaza es alta se produce un estado de ansiedad, se mantiene la interrupción de las actividades y los recursos cognitivos se siguen orientando hacia la amenaza.

Sesgo cognitivo - Sesgo de interpretación del entorno: las preocupaciones

La preocupación como una forma de Evitación Cognitiva (Borkoveck, Robinson, Pruzinsky y De Pree, 1983)

Este modelo recoge elementos de la teoría del aprendizaje, el procesamiento cognitivo y la teoría del yo (*self*).

Partiendo de la teoría del aprendizaje, las preocupaciones se desencadenarían ante determinados estímulos amenazantes del entorno (adquieren su carácter de amenaza a través del condicionamiento clásico -asociación con circunstancias vitales frustrantes-).

Según estos autores la preocupación se constituiría como una conducta cognitiva de evitación cuya función sería la de reducir la activación fisiológica, por lo que la persona invertiría cada vez más tiempo en esta actividad reforzante por sus efectos reductores de la ansiedad (proceso de reforzamiento negativo).

Por último, utiliza la teoría del *self* para definir el concepto de frustración, ligado a la amenaza. Siendo la frustración el resultado de la discrepancia entre la realización actual del sujeto y sus expectativas.

La Preocupación como Autofocalización (Barlow, 1988)

Según Barlow (1988), los pacientes ansiosos tienen almacenadas en su memoria ciertas proposiciones ansiógenas, de contenido ansiógeno, que se activan ante determinadas situaciones ambientales. La activación, de estas proposiciones, provoca un cambio en los procesos atencionales, que dejan de focalizarse en el medio ambiente externo para autofocalizarse (de manera interna). Esta autofocalización consiste en un

estrechamiento atencional o hipervigilancia que impide redirigir la atención sobre los estímulos externos, lo que redundaría en esa sensación de incontrolabilidad de las preocupaciones. Por efecto de esta hipervigilancia se desencadena, en el sujeto, un estado afectivo negativo que produce un renovado aumento de la activación fisiológica. Con lo cual la autofocalización es cada vez mayor, como también lo es la incontrolabilidad de las preocupaciones (Arcas y Cano, 1999).

La Teoría Estructural de Tallis y Eysenck (1994)

Tallis y Eysenck describen las preocupaciones, al igual que Barlow, a lo largo del procesamiento de la información, atendiendo a sus factores desencadenantes, de mantenimiento y finalización. Al mismo tiempo, como en las teorías propuestas por Borkoveck, pretenden aclarar las funciones de la preocupación.

Las preocupaciones, para Tallis y Eysenck, tienen tres importantes funciones, por un lado, tendría una función de alarma (alertar al organismo de estímulos amenazantes; por otro lado, tendría una función de impronta (responsable de la aparición de pensamientos e imágenes amenazantes en la conciencia); y por último, tendría una función de preparación (anticipando las consecuencias de determinadas líneas de acción y reduciendo la ansiedad por un proceso de habituación).

Todos estos modelos cognitivos comparten la premisa fundamental de que los sesgos en el procesamiento selectivo de la información que se ponen en funcionamiento para favorecer la información amenazante durante la codificación, interpretación y/o recuerdo, tienen un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología de los trastornos de ansiedad (MacLeod y Rutherford, 2004).

Sin embargo, uno de los principales problemas de estos modelos cognitivos de la ansiedad es que utilizan constructos inferenciales difícilmente medibles. Por otro lado, la mayoría de los modelos están centrados en los sesgos atencionales pero no en los sesgos de interpretación. En esta investigación se miden constructos que se describen en las teorías expuestas hasta ahora, como son la ansiedad de rasgo, la preocupación, la intolerancia a la incertidumbre y la sensibilidad a la ansiedad, pero también se medirá

otros constructos (se explican más detenidamente en el último apartado de este punto) como son, la responsabilidad sobredimensionada, la importancia que se da a los pensamiento y a su control, el perfeccionismo y las sensaciones de que las cosas no están “como debieran estar” (not just right), todos ellos mantienen una relación con el trastorno de ansiedad.

Veamos a continuación la relación de todos estos modelos explicativos en la infancia y adolescencia.

2.2. COMPONENTES DE LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

El infante se encuentra en constante desarrollo cognitivo y las situaciones de temores o miedos depende del estadio evolutivo en el que se encuentra para considerarlas patógenos o normales. No es lo mismo que un bebé llore ante la falta de su madre a que lo haga un adolescente. Consecuentemente, durante el desarrollo de la infancia existen diferencias en las manifestaciones de la ansiedad normal y de los trastornos de ansiedad, ya que lo que se considera normal en un infante puede constituir un trastorno en un adolescente (Fong y Garralda, 2007).

Pero, al igual que ocurre en el adulto, la ansiedad puede convertirse en desadaptativa si es excesiva o inapropiada respecto a la etapa de desarrollo, y si causa alteraciones funcionales significativas, en cuyo caso se puede considerar un trastorno de ansiedad.

Como ya se ha apuntado en el anterior capítulo, los trastornos de ansiedad constituyen una de las categorías psicopatológicas de mayor prevalencia en los niños y adolescentes.

Según Berazaluze y Estíbaliz los niños con ansiedad “*son niños inquietos, perfeccionistas, impacientes, que se fatigan con facilidad, irritables, con dificultad para concentrarse, con alteraciones del sueño y muy temerosos. El centro de sus preocupaciones es variable... Lo que caracteriza a todas ellas es el miedo a no controlar*

todos los aspectos negativos que pueden surgir en una situación determinada” (2003, pp. 251)

Jalenques, Coudert y Lachal (1994) definen cinco características propias de la ansiedad infantil. En primer lugar, señalan el componente comportamental expresado en forma de cólera, agitación, inestabilidad psicomotriz y trastornos de atención. En segundo lugar, hacen referencia al componente emocional, ya que la ansiedad contiene una percepción interna del sujeto de un tipo de sentimiento descrito como desagradable, que ha recibido el nombre de afecto negativo. En tercer lugar, el componente somático, como son las cefaleas, cuya intensidad varía bruscamente en relación con el entorno y cuyo horario coincide con acontecimientos potencialmente ansiógenos, al igual que los dolores abdominales, sudoración fría, hiperventilación, taquicardia y malestares digestivos, pueden considerarse como manifestaciones propias de un cuadro ansioso en el niño. En cuarto lugar, el componente cognitivo, haciendo referencia a las formas de “racionalizar” la ansiedad: obsesiones, prejuicios, manías, etc. En último lugar, el componente relacional, ya que los trastornos de ansiedad alteran el niño y consecuentemente también las formas de relación de éste con su entorno. En este último componente, la inhibición, la evitación y la dependencia son tres tipos de conductas que suele presentar el niño con ansiedad y que afectan a su sociabilidad.

2.3. MODELOS EXPLICATIVOS DE CASOS ESPECÍFICOS

Ansiedad rasgo-Sensibilidad a la Ansiedad

Los miedos son fenómenos muy comunes, no sólo entre la población clínica, sino también en la población general, especialmente en la población infantojuvenil (Pelechano, 1981, 1984; Sandín, Chorot, Valiente y Santed, 1998; Sandín, Chorot, Valiente, Santed y Sánchez-Arribas, 1999a, 1999b; Valiente, Sandín, Chorot y Tabar, 2002, 2003). La sensibilidad a la ansiedad ha sido definida como el temor a los síntomas de ansiedad y aunque parece constituir un marcador importante del trastorno de pánico

(Chorot, Sandín, Valiente, Santed y Romero, 1997; McNally, 1996; Taylor, 1999), también se ha vinculado de forma específica con otros trastornos y manifestaciones de la ansiedad, incluidos los miedos y las fobias (Reiss, 1991; Sandín, 1997, 1999; Taylor, 1999).

Hay que diferenciar entre rasgo de ansiedad, entendido como la tendencia a experimentar ansiedad ante cualquier situación amenazante, y sensibilidad a la ansiedad, entendida como la tendencia a experimentar miedo (o ansiedad) ante los propios síntomas de ansiedad. Muchas personas tienen un elevado rasgo de ansiedad, pero no experimentan miedo a las sensaciones de ansiedad. La sensibilidad a la ansiedad no debería confundirse con el rasgo de ansiedad aunque existen autores que cuestionan tal separación conceptual (Lilienfeld, 199).

El análisis factorial realizado por Taylor, Koch y Crockett (1991) y Sandín, Chorot y McNally (2001) ha demostrado empíricamente la separación entre ambos constructos. Aunque inicialmente se había hipotetizado que la sensibilidad a la ansiedad era un constructo unidimensional, recientemente se han acumulado datos a favor de una estructura jerárquica, constituida por tres factores de primer orden y un factor de orden superior (Stewart, Taylor y Baker, 1997; Zinbarg, Barlow y Brown, 1997; Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2002; Sandín, Chorot, Valiente, Santed y Lostao, 2004).

La existencia de tres componentes de sensibilidad a la ansiedad, por otra parte, es congruente con el supuesto básico de que dicha sensibilidad se refiere al miedo a las sensaciones físicas de ansiedad, derivado de la creencia de que dichas sensaciones poseen posibles consecuencias peligrosas de tipo somático, psicológico o social (Reiss, Peterson, Gursky, y McNally, 1986). Este modelo jerárquico de la sensibilidad a la ansiedad tiene importantes implicaciones para la psicopatología y el tratamiento de la ansiedad (Sandín et al., 2004). En primer lugar, el hecho de que existan tres componentes de sensibilidad a la ansiedad que son al menos parcialmente distintos (SA-somática, SA-cognitiva, y SA-social), permite describir este constructo psicopatológico de forma diferente a como se ha venido haciendo (unidimensional).

Permite también derivar subescalas de sensibilidad a la ansiedad y relacionar estas dimensiones primarias con otros constructos psicólogos de la ansiedad y otras características psicopatológicas. Mientras que ciertos componentes de sensibilidad a la ansiedad pueden estar etiológicamente más implicados en unos trastornos de ansiedad que en otros, también pueden ser de gran utilidad para estudios sobre la predicción y evolución de los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, mientras que la SA-somática podría estar más relacionada con el trastorno de pánico (Zinbarg et al., 1997; Brown, Smits, Powers y Telch, 2003), la SA-social parece presentar una relación más estrecha con la fobia social (Zinbarg et al., 1997). También se ha sugerido que la SA-cognitiva presenta una cierta asociación con la depresión mayor (Taylor, Koch, Woody y Mclean, 1996).

Sandin, Valiente, Chorot, Santed y Lostao (2007), aportan con su estudio evidencia sobre la distinción entre la sensibilidad a la ansiedad y el rasgo de ansiedad. Por otra parte, según se desprende de algunos estudios (Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2005; Taylor, 1999), la varianza compartida entre ambos constructos es muy baja, lo cual pone en duda la hipótesis, a veces sugerida, de que la sensibilidad a la ansiedad podría ser un componente del rasgo de ansiedad.

Trastorno de ansiedad de separación

La característica principal del trastorno por ansiedad de separación consiste en una ansiedad excesiva, que supera a lo esperado para el nivel de desarrollo del niño, y que está relacionada con la separación de las personas a las que se encuentra afectivamente ligado (Bragado, 1994).

Este trastorno es el único clasificado en la cuarta edición del manual de la American Psychiatric Association (DSM-IV) como propio de la infancia, siendo necesario, para su diagnóstico, que el niño presente ansiedad excesiva ante la separación de las figuras de apego o del hogar, o ante la anticipación de éstas. Además, la ansiedad debe ir acompañada por una serie de síntomas como malestar excesivo, quejas somáticas, preocupación persistente, negativa a ir al colegio, a estar solo, a

dormir si no se está acompañado, etc., que deben persistir al menos durante 4 semanas, iniciarse antes de los 18 años y repercutir de forma negativa en la vida y desarrollo del niño. Sin embargo, en la última versión del mismo manual (DSM-5), este trastorno también puede darse en adultos ya que según dicho manual el miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y seis o más meses en adultos.

González (2002) identifica tres componentes de la ansiedad por separación en población infantil: la pérdida o daño de un ser querido, que se relaciona con separaciones traumáticas y con la preocupación excesiva por la salud de los padres u otros familiares, situaciones relacionadas con el dormir, que se circunscriben a la separación durante la noche, y, acontecimientos cotidianos, que se refieren a separaciones propias de la vida diaria como ir al colegio o asistir los padres a una reunión.

Respecto a los factores de vulnerabilidad, dentro de las características cognitivas, destacan las preocupaciones excesivas y no realistas vistas como incontrolables, interpretación del mundo como negativo y amenazante, atención excesiva a las propias reacciones y pensamientos limitando las posibilidades de acción y aumentando las atribuciones a uno mismo de los fracasos.

Trastorno de Pánico

El significado de los ataques de pánico podríamos decir que es la desesperanza que tiene el individuo como resultado de un mecanismo interno que conduce a la persona a creer que está atrapada en una situación peligrosa o que es abrumada por un trastorno interno (Beck y Emery 1985). El miedo de su propia vulnerabilidad, interactúa con las respuestas psicológicas y afectivas para producir el círculo vicioso de empezar a sentir sensaciones de malestar en su cuerpo y de pensar que le está pasando algo catastrófico y de confirmarlo con su malestar físico y mental convirtiéndolo así en un círculo, con el comienzo de su sintomatología, la persona tiene una secuencia de respuestas y así sucesivamente.

El síntoma crucial devastador es la inhabilidad para controlar los síntomas mentales, físicos y afectivos propios. Cuando la ansiedad se vuelve tan intensa que la persona cree que no puede controlar por sí mismo y que no va a disminuir por sí misma, empieza a ser catastrófico. Los ataques de pánico se presentan con la aparición repentina de temor incontrolable de ciertas sensaciones como mareo , palpitaciones fuertes del corazón, temblor, desaliento e ideas de volverse loco o de morir, de una otra manera son recurrentes llegando de una manera inesperada en el individuo.

Diversos investigadores (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Clark, 1986, 1988; Ehlers y Margraf, 1989; Margraf, Ehlers y Roth, 1986; Salkovskis, 1988) han sostenido que el trastorno de pánico es mejor entendido en términos cognitivos. Siendo numerosos los estudios que han confirmado que las personas con trastorno de pánico desarrollan una hipervigilancia hacia su propia activación fisiológica e interpretan sus síntomas físicos de activación como peligrosos o amenazantes (Clark et al., 1997). Una de las teorías cognitivas de mayor impacto en el estudio de los factores de instauración y mantenimiento del trastorno de pánico es la Teoría de los Cuatro Factores de Eysenck (1997).

Ésta propone que el nivel de ansiedad experimentado por una persona proviene de cuatro fuentes de información diferentes: la valoración cognitiva que realiza de la estimulación ambiental, su activación fisiológica, su conducta y/o sus cogniciones. En los trastornos de ansiedad, como ya se han descrito en el punto anterior sobre modelos explicativos de la ansiedad, existen dos sesgos cognitivos especialmente relevantes a la hora de procesar la información: los sesgos atencionales (la tendencia a atender selectivamente a la estimulación de tipo amenazante más que a la estimulación de tipo neutra) y los sesgos interpretativos (la tendencia a interpretar situaciones ambiguas como amenazantes).

El trastorno de pánico ha sido asociado a diferentes factores como el perfeccionismo (Egan , Wade , y Shafran , 2011; Frost y Steketee, 1997; Oros, 2005 ; Saboonchi, Lundh y Ost, 1999), estrés, ansiedad fisiológica, y sensibilidad a la ansiedad

(Brown et al., 2003; Grant, Beck y Dávila, 2007) referente a preocupaciones físicas; sin embargo, no existen estudios que hayan analizado conjuntamente la relación entre dichos factores y el trastorno de pánico en un modelo multifactorial utilizando ecuaciones estructurales. El perfeccionismo se conceptualiza como la tendencia a plantearse unas metas demasiado altas e irreales, adherirse rígidamente a ellas y valorarse a sí mismos en función de los logros de estas metas (Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990). Existen evidencias para apoyar que sujetos con alto nivel de perfeccionismo perciben más situaciones como amenazantes y es probable que se sientan más ansiógenos, deprimidos, enfadados e insatisfechos con su rendimiento que los que no son tan perfeccionista, ya que establecen exigencias que son incapaces de cumplir, que a su vez aumenta la probabilidad de sufrir estrés (Antony y Swinson, 1998; Kawamura, Hunt, Frost y Di Bartolo, 2001). Asimismo existen estudios que sugieren que una alta sensibilidad a la ansiedad no sólo predice los síntomas de pánico sino que también se asocia con un mayor riesgo de trastorno de pánico (Brown et al., 2003; Grant, et al., 2007). Es por ello que este constructo constituye una buena explicación del trastorno de pánico puesto que el pánico se caracteriza precisamente por considerar que determinadas sensaciones (físicas, cognitivas y/o social) son interpretadas por la persona como catastróficas.

Se hablaría de *sensibilidad a la ansiedad tipo física* cuando las sensaciones corporales (latidos del corazón, por ejemplo), la persona las interpreta como catastróficas (peligro de sufrir un infarto o que se va a morir de manera inmediata). Se hace referencia a la *sensibilidad a la ansiedad tipo mental* cuando las sensaciones cognitivas (bloqueo o confusión mental, por ejemplo) son interpretadas como muy graves (peligro de volverse loco o de perder el control). Y por último, también se da la *sensibilidad a la ansiedad de tipo social*, cuando la persona, tras estar sufriendo la sintomatología fisiológica de la ansiedad (sudor, temblor, por ejemplo) muestra miedo a que los demás se den cuenta de dichos síntomas y puedan rechazarlo o burlarse de ella.

Trastorno de Ansiedad Social

Según el DSM-5 el trastorno de ansiedad social (fobia social) consiste en un miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas (en el caso de los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos), o bien, tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente. En el caso de los niños este miedo o ansiedad se expresa con llantos, rabietas... Estas situaciones sociales que provocan miedo o ansiedad son evitadas, y, en el caso de enfrentarlas provoca ansiedad desproporcionada a la amenaza real planteada por dicha situación social y contexto sociocultural en el que se dan.

En el modelo de Beck (1976), ya explicado con anterioridad, los sesgos cognitivos, las creencias disfuncionales y los pensamientos irracionales, explicaría la etiología y el mantenimiento de este trastorno de ansiedad social (Musa y Lepine, 2000). Según el modelo definido por, Beck y cols. (1985), el trastorno de ansiedad social se genera por las creencias disfuncionales que posee la persona acerca de sí mismo (su manera de comportarse en situaciones sociales). Se distingue tres tipos de creencias disfuncionales, las “normas excesivas de actuación en situaciones sociales” (“debo hacerlo todo perfectamente bien”), las “creencias condicionadas acerca de la evaluación de los demás” (si cometo algún error me consideraran torpe), y, las creencias disfuncionales sobre uno mismo (no seré capaz de hacerlo).

Estas creencias disfuncionales son las que crean el trastorno de ansiedad social, y permiten el manteniendo del mismo, cuando en una y otra situación social aparecen dichas creencias disfuncionales de modo reiterativo. La persona con fobia social sufre los síntomas ansiógenos en una situación, que es evaluada por ella como amenazante, induciéndola a creer que es incompetente y centrándose en las señales internas de ansiedad, lo que interferirá en su habilidad para procesar adecuadamente la información social y dar una respuesta adaptada y adecuada. Todo ello podría desembocar en una

alteración de su conducta y la de los demás, confirmándose de esta manera sus miedos. La consecuencia que se teme es la de ofrecer una pobre actuación social y ello puede tener una mayor probabilidad de ocurrencia debido a la excesiva preocupación de que realmente ocurran (Beck et al., 1985).

Las teorías del procesamiento de la información aportan un nuevo enfoque, centrado en conocer cómo procesamos, más que en el qué procesamos. Algunas de estos modelos son: la teoría de los cuatro factores de la ansiedad de Eysenck (1997), el modelo de Rapee y Heimberg (1997) y el modelo de Clark y Wells (1995).

La teoría de Eysenck (1997), derivada de la teoría de la Hipervigilancia (Eysenck, 1992), ya descrita anteriormente, pero que a manera de resumen, esta teoría predice que los sujetos con alto rasgo de ansiedad presentarán tres tipos de sesgos cognitivos: sesgos atencionales, sesgos interpretativos y sesgos de memoria. Según Eysenck la fobia social presenta un gran número de sesgos cognitivos, sobre los que destacan los sesgos atencionales e interpretativos, explicándose su mantenimiento por: (1) la búsqueda de conductas de seguridad que limita el feedback de su propia conducta social; y (2) la focalización de la atención sobre sus síntomas fisiológicos internos (sesgo atencional) y utilización de dicha información para inferir erróneamente cómo los demás les perciben (sesgo interpretativo).

En el modelo de Rapee y Heimberg (1997), se resaltan dos aspectos fundamentales en el mantenimiento de la ansiedad social: la representación mental de uno mismo (tal como el individuo presume que los demás lo ven), que se va formando en la experiencia social, y los estándares esperados de los otros (sus expectativas con respecto a lo que supuestamente los demás esperan de él). La discrepancia entre los dos determinaría la probabilidad percibida de ser evaluado negativamente, de sufrir las consecuencias sociales negativas y, por tanto, del grado de ansiedad alcanzado. La ansiedad (en su triple sistema de respuestas: cognitivas, fisiológicas y motoras) influye en la representación mental que el individuo mantiene de su apariencia y conducta (sesgo interpretativo); además el individuo atiende prioritariamente a la información

negativa (sesgo atencional) y de esta forma se produce un círculo vicioso que retroalimenta el sistema.

El modelo cognitivo de fobia social de Clark y Wells (1995), está centrado en los sesgos atencionales, interpretativos y las conductas de seguridad. En este modelo, el miedo a la evaluación negativa explica cómo los sujetos con fobia social creen estar en peligro de ser evaluados negativamente por los demás. La percepción de una situación social como peligrosa hace que los fóbicos sociales centren su atención en los detalles de su conducta. Dicho sesgo (el centrarse en la propia conducta en lugar de centrarse en las otras personas, en los oyentes) provoca el incremento de la respuesta de ansiedad e interfiere con el procesamiento que el sujeto hace de la situación y de la conducta de la gente. Esta información interoceptiva es utilizada por los fóbicos sociales para llevar a cabo una valoración inadecuada y catastrofista de sus síntomas de ansiedad (fracaso de su actuación social) y para construir una imagen social negativa de sí mismos y de cómo los ven los demás.

La ansiedad social o la fobia social parecen estar más asociadas con el perfeccionismo socialmente prescrito (normas basadas en la expectativas que se cree tienen los demás y que no tienen por qué coincidir con las propias) que con el perfeccionismo personal (fijación de normas personales excesivamente elevadas y tendencia a autocriticarse cuando no se alcanzan).

Fobias específicas

Una fobia específica se define como el miedo persistente ante objetos o situaciones bien definidas. Las fobias pueden ser monosintomáticas, referidas a un solo tema, o polisintomáticas, referidas a varios temas. Las fobias específicas interfieren de una forma considerable la vida cotidiana del niño.

Rachman (1977), en su revisión de la teoría del condicionamiento para explicar la instauración de las conductas fóbicas, alude a tres posibles fuentes de origen: la experiencia aversiva directa, las experiencias vicarias y la transmisión de información, consideradas las dos últimas como experiencias indirectas. A partir de este momento,

tales categorías determinan los objetivos y contenidos de la investigación sobre el tema. Con respecto a las relaciones entre vías de adquisición e intensidad-gravedad de las respuestas fóbicas, se establece que los miedos fóbicos condicionados clásicamente sería más intensos y se asociarían principalmente a conductas de evitación y activación autonómica, mientras que la instauración relacionada con vías indirectas se asociaría con miedos fóbicos menos intensos y con una mayor afectación del canal cognitivo de respuesta.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Este trastorno en los niños se presenta con rituales compulsivos y pensamientos obsesivos repetitivos. Tanto las obsesiones como las compulsiones son fuente de malestar para el niño e interfieren con su funcionamiento habitual.

Dentro de las aproximaciones psicológicas tradicionales a la comprensión de la sintomatología obsesivo-compulsiva cabe señalar aquellas que destacan el papel de las variables cognitivas como elemento central (Clark, 2004; Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1998). Según el modelo en que nos centremos, la variable cognitiva central difiere:

- Salkovskis y la responsabilidad: Salkovskis (1998) señala una exacerbada responsabilidad respecto al control de las intrusiones, articulando su modelo teórico en torno al concepto de Responsabilidad Excesiva. Por lo tanto, el trastorno no se origina directamente por la presencia de las obsesiones (son pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos, intrusos, indeseados e inaceptables para el individuo, que a menudo se acompañan de alguna forma de resistencia (Rachman, 1981), ya que éstas se dan tanto en población clínica como no-clínica, sino en poseer un tipo de creencias generales (la más importante de ellas es la responsabilidad excesiva) que le lleva a una interpretación disfuncional de la presencia de los pensamientos obsesivos. Esta responsabilidad excesiva implica que el sujeto crea que ejerce un papel central en la ocurrencia y prevención de posible daño o peligro para uno mismo o los

demás, que se puede (y debe) intentar prevenir o subsanar, haciéndolo mediante la ejecución de conductas de neutralización como son las compulsiones (son conductas manifiestas o actos mentales, a menudo repetitivos y estereotipados, normalmente se realizan en respuesta a un obsesión para prevenir o reducir el malestar o estrés que produce (APA, 2002), mediante medidas de seguridad contraproducentes como es el evitar determinadas situaciones o compartir la responsabilidad. Todas ellas resultan perjudiciales y producen un empeoramiento en espiral del estado de ánimo y los síntomas obsesivos de la persona.

- Rachman y el significado personal de las obsesiones: Por su lado, Rachman (1998), destaca una interpretación o valoración inadecuada de los pensamientos intrusivos. Este modelo se centra en la interpretación catastrófica de los pensamientos intrusivos u obsesiones. Así la persona con TOC interpreta los pensamientos intrusivos de forma catastrófica, dándoles una gran importancia. Posteriormente a esa interpretación, el paciente se verá a sí mismo como responsable, bien de evitar la desgracia relacionada con la obsesión, o por el hecho de haber tenido el pensamiento, lo que le llevaría a la realización de las compulsiones. A diferencia de Salkovskis, Rachman (2003), sí enfatiza el contenido del pensamiento intrusivo obsesivo, ya que este influirá en si es interpretado como personalmente significativo o no.
- El modelo de control cognitivo de Clark y Purdon (1993, 1999): Este modelo introduce elementos metacognitivos (introducen la valoración y creencia acerca de la posibilidad y necesidad de controlar –supresión, fundamentalmente- los pensamientos intrusos). Clark (2004) añade a su teoría un elemento novedoso en el modelo cognitivo del TOC, las valoraciones secundarias de las intrusiones. Estas valoraciones secundarias son acerca del control de las obsesiones, y hacen referencia a la importancia y consecuencias percibidas del fracaso en dicho control, que puede ser valorado de manera adaptativa o desadaptativa.

Esto último conllevaría a un esfuerzo adicional en la persona de control, que al ser infructuoso incrementa el problema, ya que la persona con TOC está preocupada tanto por las obsesiones y su control como con las consecuencias derivadas de no poder controlarlas completamente.

La mayoría de estas aproximaciones defienden que la aparición de pensamientos intrusivos indeseados en presencia de creencias disfuncionales cumple un papel relevante en el desencadenamiento de la sintomatología y todas están de acuerdo en que dichas creencias no son suficientes por sí mismas para generarla (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). Postulan que las evaluaciones cognitivas distorsionadas de riesgo y responsabilidad por posibles daños son el núcleo para comprender el desarrollo de los síntomas del TOC, (Rachman, 1993; Salkovskis, 1985, 1989) proponen que la interpretación de los pensamientos intrusivos, como responsabilidad personal en relación al daño para sí mismo u otros, es crucial para aumentar el malestar y la ansiedad, incrementando a su vez los pensamientos intrusivos y las conductas neutralizadoras.

Por último, señalar las variables cognitivas que el Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (grupo de investigadores importantes del mundo de este trastorno) identifican como las más importantes del TOC son: responsabilidad excesiva, intolerancia a la incertidumbre (conjunto de creencias referidas a la importancia de la certidumbre en todos los aspectos de la vida, al tener pocas habilidades para afrontar los cambios impredecibles y a la dificultad de funcionar adecuadamente en situaciones ambiguas), sobrestimación de la amenaza (exageración en la estimación de las probabilidades que existen de que un suceso catastrófico suceda en realidad), creencias sobre la importancia de los pensamientos (importancia dada a los pensamientos y al significado que se les atribuye, como por ejemplo, "el hecho de pensar en algo, implica que quiero que pase", "pensar en algo es tan malo como hacerlo", etc. Algunos autores llaman a este tipo de creencias "Fusión pensamiento-acción"), creencias sobre la importancia del control de los pensamientos

propios y perfeccionismo (incapacidad para tolerar errores o imperfecciones mínimas o la creencia de que es posible y necesario encontrar soluciones perfectas para cada problema).

Trastorno de Ansiedad Generalizada

El TAG consiste en preocupación y tensión crónicas aun cuando nada parece provocarlas. El padecer de este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Las personas que padecen de TAG no parecen poder deshacerse de sus inquietudes aun cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Quienes padecen de TAG también parecen no poder relajarse. Frecuentemente tienen trabajo en conciliar el sueño o en permanecer dormidos. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire. Pueden sentir náusea o que tienen que ir al baño frecuentemente. O pueden sentir como si tuvieran un nudo en la garganta.

Los modelos de interés que explican este trastorno son:

- Modelo de Evitación de la Preocupación (Borkovec, 1994; Borkovec, Alcaine y Behar, 2004). Este modelo afirma que la preocupación es una actividad lingüística verbal basada en el pensamiento (Behar, Zuellig y Borkovec, 2005; Borkovec e Inz, 1990) que inhibe las imágenes mentales vividas y la activación somática y emocional asociadas. Esta inhibición de la experiencia somática y emocional evita el procesamiento emocional del miedo que es teóricamente necesario para una exitosa habituación y extinción (Foa y Kozak, 1986; Foa, Huppert, Cahill y Rothbaum, 2006).
- Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (Dugas, Letarte, Rheame, Freeston y Ladouceur, 1995; Freeston, Rheame, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994). Las personas con TAG encuentran las situaciones de incertidumbre o ambigüedad

como “estresantes y molestas” (Dugas y Koerner, 2005), y experimentan preocupación crónica en respuesta a esas situaciones. Estas personas creen que la preocupación les servirá o para ayudarles a afrontar más eficazmente los acontecimientos temidos o para prevenir que se produzcan esos acontecimientos (Borkovec y Roemer, 1995; Davey, Tallis y Capuzzo, 1996). Esta preocupación, conjuntamente con los sentimientos de ansiedad que la acompañan conduce a una orientación negativa al problema y a evitación cognitiva, los cuales a su vez sirven ambos para mantener la preocupación. Dicho de otro modo, el equipo de investigación de Dugas (Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, 1998) establece la ocurrencia de cuatro procesos cognitivos fundamentales: intolerancia ante la incertidumbre, tendencia a sobrestimar la utilidad de preocuparse, orientación negativa frente a los problemas y evitación cognitiva, lo que después fue integrado al DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

- Modelo Metacognitivo (Wells, 1995, 1999, 2004, 2005). Las personas con TAG presentan dos tipos de preocupación. Preocupación tipo 1, Wells la define como una preocupación de acontecimientos no cognitivos tales como situaciones externas o síntomas físicos (Wells, 2005). Durante el curso de la Preocupación Tipo 1, se activan las creencias negativas acerca de la preocupación y las personas que presentan este trastorno empiezan a preocuparse acerca de su Preocupación tipo 1 temiendo que la preocupación sea incontrolable o que incluso puede ser inherentemente peligrosa. Este “preocuparse por la preocupación” (es decir, meta-preocupación) es llamado por Wells preocupación Tipo 2.
- Modelo de Desregulación de la Emoción (Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2002). Este modelo está compuesto por cuatro componentes centrales (Mennin, Turk, Heimberg y Carmin, 2004). El primer componente afirma que los individuos con TAG experimentan una hiperexcitación emocional o emociones que son más

intensas que las de la mayoría de las personas. Esto compete tanto a los estados emocionales positivos como negativos, pero particularmente a los negativos (Turk, Heimberg, Luterek, Mennin y Fresco, 2005). Segundo, los individuos con TAG tienen una comprensión más pobre de sus emociones que la mayoría de las personas. Tercero, tienen actitudes más negativas acerca de las emociones (por ej. la percepción de que las emociones son amenazantes) que los demás. Finalmente, evidencian una regulación de la emoción maladaptativa y estrategias de manejo que les dejan potencialmente en estados emocionales que son incluso peores que aquellos que inicialmente pretendían regular (Mennin et al., 2004).

- Modelo Basado en la Aceptación del Trastorno de Ansiedad Generalizada (Roemer y Orsillo, 2002, 2005). Según este modelo una relación problemática con experiencias internas (pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales) se compone de dos aspectos específicos, reacción negativa a experiencias internas y fusión con experiencias internas. Este modelo está basado en cuatro componentes: (a) experiencias internas, (b) una relación problemática con las experiencias internas, (c) evitación experiencial y (d) restricción conductual.

2.4. OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL TRASTORNO DE ANSIEDAD

Responsabilidad sobredimensionada

La responsabilidad sobredimensionada hace referencia a la percepción exagerada de la responsabilidad personal sobre una situación, “es *absolutamente necesario prevenir cualquier tipo de situación que pueda conllevar consecuencias negativas o daño potencial para uno mismo y/o para otros, no solamente en el mundo real sino también a nivel moral*” (Salkovskis, 1998, pp. 40).

Según el grupo de investigadores, OCCWG (1997), el exceso de responsabilidad es la creencia que tiene la persona de poseer un poder que es fundamental para lograr o evitar los resultados negativos subjetivamente cruciales, considerando este constructo específicos del TOC. Para este grupo de investigadores la responsabilidad por daño y sobrestimación de peligro es uno de los tres tipos de creencias fundamentales en el TOC.

Intolerancia a la incertidumbre

Definida por los autores (Buhr y Dugas, 2002) como la tendencia a reaccionar negativamente tanto en el plano cognitivo, como en el emocional y el comportamental, a situaciones o acontecimientos ambiguos e inciertos.

La intolerancia a la incertidumbre se ha relacionado con trastornos psicopatológicos, tales como depresión, TOC, fobia social, TAG (Boelen y Reijntjes, 2009; Holoway, Heimberg y Coles, 2006; Ibáñez, del Pino, Olmedo y Gaos, 2010).

Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freston (1998) en su modelo cognitivoconductual para la ansiedad, implican a la variable intolerancia a la incertidumbre como factor predictor y de vulnerabilidad en los trastornos de ansiedad y humor depresivo, cuyo papel es reforzar la preocupación patológica, entendida ésta como una intranquilidad excesiva e incontrolable que desestabiliza a quien la sufre y provoca estados ansiosos y depresivos. Este modelo ofrece una base teórica y empírica con claras implicaciones para el tratamiento (Dugas et al., 1998). Los principales componentes del modelo son, a saber: la intolerancia a la incertidumbre, las creencias sobre las preocupaciones, la orientación pobre al problema y la evitación cognitiva. La intolerancia a la incertidumbre la entienden como un constructo relativamente amplio que representa reacciones conductuales, cognitivas y emocionales negativas hacia los contextos y situaciones de incertidumbre de la vida diaria; se relaciona estrechamente con la preocupación.

La mayoría de las investigaciones en adultos apoyan el modelo de intolerancia a la incertidumbre (Dugas et al. 1998; Robichaud & Dugas, 2005); sin embargo, su



generalización a adolescentes está aún por determinar, aunque existen algunos estudios que apoyan esta hipótesis.

Importancia dada a los pensamientos y a su control

“Interpretación errónea catastrófica de la importancia que se le otorga a los pensamientos intrusos, imágenes o impulsos” (Rachman, 1998, pp. 385). Las interpretaciones erróneas se definen en base a la importancia que se le otorga al pensamiento teniendo en cuenta cinco dimensiones: la importancia, la atención personalizada, ajenos al “yo”, las consecuencias potenciales y las consecuencias graves.

La OCCWG (2005a), considera esta variable como uno de los tres tipos de creencias fundamentales en el trastorno obsesivo-compulsivo, así como, dentro de los seis dominios de creencias relevantes para la etiología del mismo trastorno señalar la importancia de los pensamientos (la mera presencia de un pensamiento indica que es importante), y la importancia de controlar los pensamientos (la sobrevaloración de la importancia de ejercer un control completo sobre pensamientos intrusos, imágenes e impulsos, y la creencia de que esto es posible y deseable).

Experiencia “Not Just Right”

“Un sentimiento interno de imperfección”, Janet (1903). Los pacientes con TOC, frecuentemente, persiguen el estado de perfección y mientras que no experimenten esta sensación de perfección y control sienten que “algo no está del todo bien” (“not just right”), Rasmussen y Eisen (1992).

El modelo cibernético del trastorno obsesivo-cognitivo de Pitman (1987) considera que estas sensaciones son el resultado de un desajuste ocurrido entre el input perceptual y determinadas señales de referencia internas (expectativas, por ejemplo), dando lugar, en la persona, a un esfuerzo para disminuir ese desajuste a través de los actos repetitivos característicos del trastorno.



Este fenómeno parece ser similar en adultos y adolescentes en cuanto a sus características, así, Ravid, Franklin, Khanna, Storch y Coles (2014) encuentran que de su muestra de adolescentes (con edades comprendidas entre 14 y 17 años) el 81% ha tenido al menos una de las 10 experiencias propuestas. En cuanto a la severidad de las experiencias “not just right” parece ser también similar en adultos y adolescencia, aunque existe una diferencia en como experimentan su experiencia “not just right” más reciente (Ravid et al., 2014). Los adultos experimentaban más frecuentemente la experiencia en comparación a los adolescentes, mientras que los adolescentes presentaban mayor urgencia por responder a estas sensaciones así como mayor dificultad para apartar la atención de la misma. Estos mismos autores encuentran que los chicos mayores informan haber experimentado más experiencias "not just right" y reacciones más fuertes en comparación con los chicos más jóvenes. Por el contrario, en mujeres se halló el patrón inverso.

A pesar de su frecuencia, solos unos pocos experimentan este fenómeno como algo fuertemente estresante o sobre lo que se tiene que actuar, similar a lo que sugiere Rachman (1998) sobre los pensamientos intrusivos. Por ello, es el malestar que causa y las respuestas que conlleva la experiencia "not just right" lo que la hace importante para el trastorno obsesivo-compulsivo (Coles, 2005; Ghisi, Chiri, Marchetti, Sanavio y Sica, 2010). Importancia para el trastorno obsesivo-compulsivo ya que dicho trastorno se caracteriza por la presencia de pensamientos, impulsos o imágenes persistentes o recurrentes que se experimentan como intrusas (esto es, involuntarias e indeseadas), por lo que la persona intenta neutralizarlas o suprimirlas mediante otro pensamiento o acto (lo que correspondería a las obsesiones y compulsiones, respectivamente).

Summerfeldt, Richter, Antony y Swinson (1999) incluyen las experiencias “not just right” como factores etiológicos en el trastorno obsesivo-compulsivo y proponen la existencia de dos dimensiones ortogonales: “evitación de daño” e “incompletud” que subyacen a la mayoría de las manifestaciones de dicho trastorno.



Fusión pensamiento-acción Thought-Action Fusion (TAF)

Se trata de una creencia según la cual los pensamientos y las acciones de daño se consideran equivalentes (Rachman, 1993), ante lo cual la persona tiende a sentirse responsable (por ejemplo se le ocurre a la persona el pensamiento de que un ser querido ha tenido un accidente de tráfico sería igual de malo que desear que lo tenga o, de alguna forma equivalente a producirlo).

Esta fusión pensamiento-acción puede incrementar el sentido de responsabilidad de la gente por tener pensamientos indeseados y, por ello, ha sido considerado como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de las obsesiones clínicas (Rachman, 1997).

Esta variables consta de dos componentes, el moral (creencia de que un pensamiento inaceptable es moralmente tan malo como el acto manifiesto equivalente (Shafran, Thordarson, y Rachman, 1996) y la probabilidad (creencia de que el pensar sobre un hecho inaceptable o peligroso incrementa la probabilidad de que ese hecho realmente ocurra, auto-referido –le sucedan a uno mismo- y referido a otros).

Aunque se asume que la estructura interna del constructo TAF es semejante entre varones y mujeres y a lo largo de los distintos grupos de edad, no existen datos empíricos al respecto (Berle y Starcevic, 2005).

Un estudio realizado por Rassin, Muris, Schmidt y Merckelbach (2000) parece indicar que este constructo cognitivo puede considerarse como antecedente de los síntomas del TOC. Así mismo también se ha relacionado con los problemas de ansiedad, varios trabajos lo han mostrado, especialmente, el TAF-Probabilidad, se relaciona con la ansiedad-rasgo (Abramowitz, Whiteside, Lynam y Kalsy, 2003; Muris, Meesters, Rassin, Merckelbach y Campbell, 2001b), las preocupaciones y la ansiedad generalizada (Hazlett-Stevens, Zucker y Craske, 2002; Muris, Schmidt, Merckelbach y Schouten, 2001a), y, el TAF-probabilidad puede aumentar la tendencia a neutralizar el peligro pensado (Rachman et al., 1996).

Por último, el constructo TAF también se ha relacionado con depresión (Abramowitz et al., 2003; Shafran et al., 1996), siendo probable que el TAF moral se

relacione más estrechamente con los síntomas de depresión, en tanto que el TAF-Probabilidad estaría más estrechamente unido a los síntomas de ansiedad, incluyendo el trastorno obsesivo-compulsivo. No obstante, en adolescentes de entre 13 y 16 años, Muris et al. (2001) encontraron que el TAF-Probabilidad predecía mejor que el TAF-Moral tanto los síntomas de ansiedad como los de depresión.

3. TRASTORNO DE ANSIEDAD, SEXO, EDAD Y CLASE SOCIAL

3.1. DIFERENCIAS DE GÉNERO Y ANSIEDAD

Existe un aumento de estudios e investigaciones sobre las diferencias de género en los trastorno mentales, sin embargo, todavía hace falta mucha investigación para aclarar la relación entre género y psicopatología, ansiedad en nuestro caso, como vienen proclamando instituciones internacionales de la salud, como puede ser la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Phillips y First, 2009; Wisner y Dolan-Sewell, 2009).

Los autores García y Lou (2006) mantienen que el predominio de prevalencia de trastornos mentales en la mujer se sitúa en trastornos menores como depresión, ansiedad y fobias, mientras que por su lado Calvete (2005) afirma que la desigualdad social sufrida por las mujeres las ha llevado también a unas peores condiciones de vida que las ha conducido a tener una peor salud mental.

Esto nos lleva a pensar que la simple comparación entre hombres y mujeres puede llevarnos a errores a la hora de elaborar conclusiones. Arenas y Puigcerver (2009) aseguran que, cuando se empareja a los sujetos dentro de cada una de las categorías (hombres y mujeres) según su condición de trabajo, algunas (pocas) de las diferencias entre sexos que habían aparecido comparando simplemente mujeres y hombres se mantienen, pero otras desaparecen y aún hay algunas que aparecen por primera vez. Estas autoras encontraron que en las personas en paro, todas las diferencias citadas anteriormente desaparecen, es decir, no aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres en sus índices de salud. En el caso de las personas trabajadoras, las mujeres trabajadoras presentan mayor número de visitas al médico y más ansiedad cognitiva que los varones, pero no aparecen diferencias en el resto de variables.

Según los distintos estudios epidemiológicos:

- El *trastorno de angustia* es doblemente frecuente en las mujeres (Eaton, Kessler, Wittchen y Ladouceur, 1994), tiende a ser más severo que en los hombres y se asocia con tasas elevadas de comorbilidad con agorafobia, TAG y trastorno de somatización.
- La *agorafobia* afecta a un 3-4% de hombres frente a un 7-9% de mujeres, presentando éstas mayor severidad en los síntomas y mayor deterioro de la calidad de vida (Altemus y Epstein, 2008; Kessler et al., 1994).
- El *trastorno de ansiedad generalizada* la tasa de prevalencia es del 4% en los hombres, frente al 7% en las mujeres (Altemus y Epstein, 2008; Kessler et al., 1994; Somers, Goldner, Warich y Hsu, 2006; Godoy, Gavino, Carrillo, Cobos y Quintero, 2011).
- El trastorno obsesivo compulsivo afecta del 1 al 3% de la población (Weissman et al., 1994). A pesar de la creencia general de que este trastorno es más frecuente en los hombres, no se ha encontrado diferencias sexuales en su incidencia (Lochner et al., 2004), por un lado existen estudios en los que las tasas eran mayores en los hombres (Bijl, Ravelli y van Zessen, 1998; Canino et al., 1987; Houghton, Saxon, Bradburn, Rickets y Hardy, 2010; Warren y Thomas, 2001) así como estudios en el que la mayor parte de la muestra clínica con pacientes obsesivo-compulsivos eran mujeres (Rasmussen y Eissen, 1992).
- En cuanto a *fobia* (específica a animales) se ha encontrado una prevalencia del 5% en los hombres y del 11% en las mujeres; (específicas de situaciones o lugar), una prevalencia del 9% en hombres y un 12% en mujeres (Godoy et al. 2011); (fobia social), un 11% de los hombres frente al 16% de las mujeres (Altemus y Epstein, 2008; Angst, 1997; Kessler et al., 1994; Godoy et al., 2011) aunque en esta fobia existen estudios que informan de mayores tasas de prevalencia en hombres (Lee et al., 1987; Hwu, Yeh y Chang, 1989; Wells, Bushnell, Hornblow, Joyce y Oakley-Browne, 1989).

- Y por último, en ansiedad de separación también se ha encontrado un porcentaje mayor en mujeres que en hombres (Godoy et al., 2011).

3.2. EDAD Y ANSIEDAD

Las tasas de prevalencia de alteraciones psicológicas para la población general infantil se sitúan entre el 15% y el 20% (Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2002; Cicchetti y Cohen 2006; Schwab-Stone y Briggs-Gowan, 1998).

Aproximadamente el 10% de menores y adolescentes presentan trastornos de ansiedad, oscilando entre un 5.6% y un 21%, en función de los criterios empleados y tipo de trastorno de ansiedad estudiado (Benjamín, Costello y Warren, 1990; Costello et al., 2003; Kashani y Orvaschel, 1990), y se observa un incremento con la edad (Miguez y Becoña, 2007). Veamos algunos de estos trastornos:

- Trastorno de angustia: su edad de inicio es diferente en cada sexo; en hombres se presenta entre los 15 y los 24 años mientras que en las mujeres se inicia algo más tarde, entre los 35 y los 44 años (Eaton et al., 1994).
- TAG: divergencia entre los sexos que comienza a una edad temprana y continúa en la adolescencia y en la edad adulta (McLean y Anderson, 2009). Existen estudios que demuestran un empeoramiento premenstrual de los síntomas del TAG (Peer, Soares y Ateiner, 2008).
- TOC: existen diferencias de sexo en la expresión y en la edad de inicio de los síntomas del trastorno, en el curso y en la respuesta al tratamiento del mismo (Torresan et al., 2009; Yonkers y Kidler, 2002). El comienzo de los primeros síntomas es más precoz en los hombres, coincidiendo con la pubertad o la primera juventud, mientras que en la mujer no suele manifestarse antes de los 20 años, normalmente asociado a embarazos (Boggetto et al., 1999).
- Fobias específicas: Se ha observado que las mujeres diagnosticadas suelen presentar un empeoramiento de los síntomas en la fase premenstrual del

ciclo, al igual que las mujeres embarazadas exhiben un aumento en los niveles de ansiedad social en el primer trimestre del embarazo (Peer et al., 2008).

A pesar de todo ello, en un estudio realizado por Godoy y cols (2011) no se obtuvieron relaciones estrechas con la edad para este trastorno.

Por su parte, Orgilés y cols. (2012) obtuvieron resultados que indicaron que a más edad menos síntomas tanto de ansiedad por separación (Orgilés et al, 2011), como de trastorno obsesivo-compulsivo y de pánico, pero mayores manifestaciones de fobia social y de ansiedad generalizada. Además, sugieren que es en los síntomas de ansiedad por separación y de ansiedad generalizada donde las diferencias en función de la edad son mayores, en comparación con los otros trastornos examinados.

3.3. CLASE SOCIAL Y ANSIEDAD

La posición social es una variable ampliamente utilizada en investigación en salud (Geyer, 2006; Lahelma, Martikainen, Laaksonen y Aittomaki, 2004). En numerosos estudios se ha demostrado una relación bidireccional entre diversas enfermedades o condiciones de salud y la posición social, es decir la posición social como determinante de la salud e, inversamente, la salud como determinante de la posición social (Lahelma et al, 2004; Mackenbach, 1992).

En el estudio ESEMeD-España (Haro et al., 2006), el principal factor asociado a presentar un trastorno de ansiedad era la ocupación, identificándose una mayor probabilidad de este trastorno en aquellas personas que se encontraban de baja por enfermedad, baja maternal o desempleadas. Otros factores asociados significativos en el análisis univariante, pero no en el multivariante, fueron tener más de 65 años y haber estado casado en el pasado.



4. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y FACTORES EMOCIONALES ASOCIADOS

4.1. ANSIEDAD RASGO Y SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD

Como ya se ha descrito en puntos anteriores, la sensibilidad a la ansiedad es diferente a ansiedad rasgo. Taylor y cols. (1991) y Sandín y cols. (2001), en su análisis factorial, demuestran empíricamente, la separación de estos dos constructos.

Por otro lado, la evidencia de que la sensibilidad a la ansiedad puede predecir el miedo y el pánico (de forma más precisa e independiente) (Sandin et al, 2002) a la que aporta el rasgo ansiedad constituye una prueba a favor de la distinción entre las dos variables. En esta línea varios autores proporcionan datos con población de niños y adolescentes que sugieren una relación más estrecha de los miedos con la sensibilidad a la ansiedad que con ansiedad rasgo (Sandin et al., 2002b; Valiente, Sandin y Chorot, 2002a, 2002b).

Aunque se ha discutido bastante sobre la identidad del factor general común a todos los miedos, algunos autores han sugerido expresamente que éste podría ser el rasgo de ansiedad (Taylor, 1995) o bien la sensibilidad a la ansiedad (Sandín, 1997, 1999). Valiente y cols. (2002a) obtienen datos que apoyan la última postura ya que en su estudio las correlaciones entre la sensibilidad a la ansiedad y el miedo son siempre superiores que las correlaciones que exhibe éste con el rasgo de ansiedad (o con cualquier otra variable de predisposición general), llegando a la conclusión de que mientras el rasgo de ansiedad constituye un factor general de predisposición a los problemas de ansiedad, la sensibilidad a la ansiedad es un factor general de predisposición específica para los miedos. Por otra parte obtienen resultados que apoyan la hipótesis sobre el valor de la sensibilidad a la ansiedad como factor esencial de vulnerabilidad hacia los miedos y otros problemas de ansiedad, tanto en población adulta (McNally, 1994; Sandín, Chorot y McNally, 1996; Taylor, 1995) como en población infantojuvenil (Silverman y Weems, 1999).

4.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y CREENCIAS DISFUNCIONALES ESPECÍFICAS DE CADA TRASTORNO

Teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta ahora, a continuación extraemos las hipotéticas relaciones que puedan tener, o no, algunas variables, de manera específica, con los distintos trastornos de ansiedad. Antes, no obstante, conviene señalar que, de acuerdo con los resultados de estudios previos, es probable que todos los trastornos de ansiedad se relacionen moderadamente con ciertas variables cognitivas disfuncionales (Barret y Healy, 2003; de Bruin, Muris y Rassin, 2007; Moore y Abramowitz, 2007; Taylor et al., 2006; Tolin, Worhunsk y Maltby, 2006). Esta relación casi universal entre síntomas de ansiedad y variables cognitivas disfuncionales ha sido atribuida a la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y la depresión (Moulding y Kyrios, 2006; Kyrios, Steketee, Frost y Oh, 2002; Taylor, et al., 2006; Yap, Mogan y Kyrios, 2012). Si esto es cierto, si el estado emocional negativo de la depresión es lo que produce que se creen y mantengan creencias negativas disfuncionales, es esperable que muchas personas con síntomas de ansiedad (y, concomitantemente con síntomas de depresión) presenten creencias disfuncionales negativas. Desde este punto de vista, pues, la relación entre los trastornos de ansiedad y dicho tipo de creencias vendría producida por la presencia de síntomas depresivos. Así pues, si de la relación entre ansiedad y creencias disfuncionales extraemos la varianza explicada por la depresión, debiera quedarnos únicamente la parte de la varianza correspondiente a la relación específica entre ansiedad y creencias, si es que existe.

Ansiedad de separación

Como ya se ha apuntado anteriormente, González (2002) señala tres componentes de este trastorno en la infancia: la pérdida o daño de un ser querido, que se relaciona con separaciones traumáticas y con la preocupación excesiva por la salud de los padres u otros familiares, situaciones relacionadas con el dormir, que se circunscriben a la separación durante la noche, y, acontecimientos cotidianos, que se

refieren a separaciones propias de la vida diaria como ir al colegio o asistir los padres a una reunión. De acuerdo con lo dicho anteriormente, esperamos que las creencias disfuncionales (responsabilidad por el daño y sobrestimación de la amenaza y el peligro, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, e importancia de los pensamientos y de su control) correlacionen de forma moderada con los síntomas de ansiedad por separación, pero que dicha relación tienda a desaparecer cuando se controlen los efectos de la depresión. Adicionalmente, los resultados del estudio de Muris y cols. (2001) señalan que el trastorno de ansiedad por separación se relaciona principalmente con la ansiedad rasgo, más que con la sensibilidad a la ansiedad.

Trastorno de pánico

Entendiendo como ataque de pánico la desesperanza del individuo como resultado de un mecanismo interno que le conduce a creer que está atrapada en una situación peligrosa o que es abrumada por un trastorno interno (Beck y Emery, 1985). Al igual que se ha dicho para la ansiedad de separación, se espera que los síntomas del trastorno de pánico se relacionen con las creencias disfuncionales: responsabilidad por el daño y sobrestimación de la amenaza y el peligro, perfeccionismo (Egan et al., 2011; Frost y Steketee, 1997; Oros, 2005; Saboonchi et al. 1999) e intolerancia a la incertidumbre. De acuerdo con los resultados del estudio de Muris y colaboradores (2001), el trastorno de pánico y la agorafobia se relacionan principalmente con la sensibilidad a la ansiedad, más que con la ansiedad rasgo, lo que también ha sido defendido por Valiente y cols. (2001).

Existen estudios que indican que una alta sensibilidad a la ansiedad no sólo predice los síntomas de pánico, sino que también se asocia con un mayor riesgo de trastorno de pánico (Brown et al., 2003; Grant et al., 2007). Es por ello que este constructo constituye una buena explicación del trastorno de pánico puesto que el pánico se caracteriza precisamente por considerar que determinadas sensaciones (físicas, cognitivas y/o social) son interpretadas por la persona como catastróficas.



Fobia social

En el modelo de Beck (1976), los sesgos cognitivos, las creencias disfuncionales y los pensamientos irracionales, explicarían la etiología y el mantenimiento de este trastorno de ansiedad social (Musa y Lepine, 2000). De entre las creencias disfuncionales, creemos como más específicos de este trastorno los de sobrestimación de la amenaza y el peligro (“creencias condicionadas acerca de la evaluación de los demás”), el perfeccionismo (“normas excesivas de actuación en situaciones sociales”) y la intolerancia a la incertidumbre (“creencias disfuncionales sobre uno mismo”).

Cabe recordar que la fobia social parece estar más asociada con el perfeccionismo socialmente prescrito (normas basadas en la expectativas que se cree tienen los demás y que no tienen por qué coincidir con las propias) que con el perfeccionismo personal (fijación de normas personales excesivamente elevadas y tendencia a autocriticarse cuando no se alcanzan). De acuerdo con los resultados del estudio de Muris y colaboradores (2001), la fobia social se relaciona principalmente con la ansiedad rasgo, más que con la sensibilidad a la ansiedad.

Fobias específicas

Siguiendo a Rachman (1977), en su revisión de la teoría del condicionamiento para explicar la instauración de las conductas fóbicas, la fuente de origen de estas fobias tiene tres posibles causas: la experiencia aversiva directa, las experiencias vicarias y la transmisión de información, consideradas las dos últimas como experiencias indirectas. Partiendo de estas causas se podría esperar que las creencias disfuncionales más específicas de este trastorno sean la Sobrestimación de la amenaza y el peligro, e Intolerancia a la incertidumbre. Según Sandín (1997, 1999), la sensibilidad a la ansiedad constituiría un marcador específico de los miedos, en tanto que la ansiedad generalizada sería un factor general para la mayoría de los trastornos de ansiedad.



TOC

El Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) señala como variables cognitivas más importantes en el TOC:

- Responsabilidad excesiva. (Modelo de Salkovskis)
- Intolerancia a la incertidumbre.
- Sobrestimación de la amenaza.
- Creencias sobre la importancia de los pensamientos y control. TAF
- Perfeccionismo.

Otras de las variables relacionadas directamente con este trastorno es el conocido como “Not just right” (Rasmussen y Eisen, 1992); Ravid et al., 2014; Coles, 2005; Ghisi et al., 2010), y Fusión Pensamiento-Acción, ya explicadas en el apartado anterior.

Ansiedad generalizada

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000) en el Diagnostic and Statistical Manual una de las características esencial del este trastorno es “*la preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades [...]*”.

Considerando la preocupación patológica como una de las distinciones más definitorias del trastorno de ansiedad generalizada, muchos autores han comenzado a identificar los procesos cognitivos, comportamentales, afectivos y fisiológicos implicados en dicho trastorno (Borkovec, Ray y Stober, 1998; Wells y Carter, 2001).

Un primer proceso cognitivo tenido en cuenta es el de la intolerancia hacia la incertidumbre. Existen estudios sugieren que la intolerancia a la incertidumbre podría ser más específico para la ansiedad generalizada que para otros trastornos de ansiedad (Dugas, Buhr, y Ladouceur, 2004; Buhr y Dugas, 2002; Norton, 2005; Tallis y Eysenck, 1994; Ladouceur, Talbot, y Dugas, 1997). Read, Comer y Kendal (2013) hallaron una correlación significativa entre este proceso cognitivo y la ansiedad generalizada en una muestra de niños de entre 7 y 17 años.

El segundo proceso es el de la sobrestimación de la amenaza y el peligro (Borkovec y Roemer, 1995; Brown, O'Leary y Barlow, 1993; Dugas y Ladouceur, 1998; Francis y Dugas, 2004; Freeston et al., 1994).

Otros de los procesos cognitivos relacionados específicamente con el TAG es el de la responsabilidad excesiva y el perfeccionismo.



MARCO EMPÍRICO



Método

5. PARTICIPANTES

La muestra ha sido de conveniencia y ha estado formada por 1.483 estudiantes (48,68% chicos y 51,31% chicas) procedentes de 7 centros docentes, con edades comprendidas entre 10 y 18 años (media= 14,29; D.T.= 2,20), la media de estudiantes en cada grupo de edad es aproximadamente de 190, excepto en las edades de 10 y 18, donde la media ha sido de 74 estudiantes. El 11,5% cursaba Educación Primaria, el 19,7% Bachillerato y Ciclos Formativos, y los demás Educación Secundaria (68,7%). Todos estudiaban en centros públicos o concertados de Málaga capital y su provincia. Prácticamente todos los participantes pertenecían a la clase media-baja (con padres y madres operarios y pequeños comerciantes) o baja (obreros poco cualificados) según el Índice de Hollingshead obtenido para la clase social (2,31; DT.=1,09).

Tabla 4. Descripción de la muestra utilizada

EDAD	Chicos	Chicas	Total
10	31	32	63
11	56	52	108
12	101	97	198
13	103	92	195
14	107	111	218
15	94	96	190
16	108	110	218
17	87	121	208
18	35	50	85
Total	722	761	1483



6. VARIABLES E INSTRUMENTOS

6.1. ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (SCAS; SPENCE, 1997)

Escala formada por 38 ítems que evalúan síntomas de ansiedad frecuentes en niños. Consta de 6 subescalas: Ataques de pánico/agorafobia (9 ítems), Ansiedad de separación (6 ítems), Fobia social (6 ítems), Miedos relacionados con el daño físico (5 ítems), Obsesiones/Compulsiones (6 ítems), y Ansiedad generalizada (6 ítems). Se responde en una escala de 4 puntos, desde 0 (nunca) a 3 (siempre). La SCAS presenta una consistencia interna buena para la escala total (alfa= 0,92), la de Ansiedad generalizada (0,77) y la de Obsesiones/Compulsiones (0,75). La consistencia interna de las otras escalas, sin embargo, suele ser inferior a 0,70, arrojando los valores más bajos la de Miedo al daño físico (alfa= 0,60; Spence, 1998). La SCAS ha mostrado validez factorial, convergente y divergente en niños y adolescentes (Spence, Barrett y Turner, 2003).

6.2. ÍNDICE DE HOLLINGSHEAD (HOLLINGSHEAD INDEX; HOLLINGSHEAD, 1975)

Formulario que combina dos factores, la profesión y los estudios, para determinar la posición social del padre. El Índice de Hollingshead establece 7 categorías distintas, tanto para la profesión como para el nivel de estudios; la combinación de estos dos elementos, permite obtener el lugar que ocupa el sujeto dentro de la estructura de la sociedad. Utiliza cuatro indicadores de la clase social: ocupación, educación, sexo y estado civil. Hollingshead divide la estructura social en 5 niveles: I Alta, II Media-alta, III Media, IV Media-baja y V Baja. Este es el índice más utilizado en la investigación científica.

6.3. EL ÍNDICE DE SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD PARA NIÑOS (THE ASIC; LAURENT, 1989)

Formada por 18 ítems que se puntúan según una escala Likert de 3 puntos eligiendo entre 1 (nada), 2 (un poco) y 3 (mucho). Los ítems hacen referencia a consecuencias físicas, cognitivas y sociales de la ansiedad. Los datos sobre la fiabilidad y validez de la versión española de la CASI fueron referidos por Gavino, Godoy y Fernández-Valdés (trabajo no publicado) presentando buenas cualidades psicométricas, semejantes a las de la versión original inglesa.

6.4. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO PARA NIÑOS (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY FOR CHILDREN, STAIC; SPIELBERGER, GORSUCH Y LUSHENE, 1973)

Cuestionario de 20 ítems para la medida de la ansiedad como rasgo y como estado. Se ha aplicado la versión española adaptada por TEA (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Las conductas ansiosas evaluadas son las relacionadas con el ámbito cognitivo (“Me preocupa cometer errores”), afectivo-motor (“Siento ganas de llorar”) y, en menor grado, fisiológico (“Tengo sensaciones extrañas en el estómago”). El sujeto evaluado debe indicar, en una escala de 1 (casi nunca) a 4 (casi siempre), la frecuencia en que experimenta, por lo general, las manifestaciones que se describen en los enunciados de cada uno de los ítem.

6.5. CUESTIONARIO DE CREENCIAS OBSESIVAS - VERSIÓN INFANTIL (OBSESSIVE BELIEFS QUESTIONNAIRE - CHILDREN VERSION, OBQ-44; OCCWG, 2005).

Autoinforme de 44 ítems que evalúan creencias disfuncionales relacionadas con los síntomas obsesivos. Según el análisis factorial de la prueba de adulto está formada por tres subescalas (Sobrestimación de la amenaza y Responsabilidad por daño,

Importancia y Control de los pensamientos y Perfeccionismo e Intolerancia de la incertidumbre). Se responde en una escala de cuatro opciones, desde 0 (Nada de acuerdo) a 3 (Totalmente de acuerdo). La prueba de adultos se relaciona estrechamente con medidas de síntomas obsesivo-compulsivos y presenta una alta consistencia interna (α entre 0,89 y 0,95) y fiabilidad test-retest (OCCWG, 2005). Sobre la prueba infantil aún no existen trabajos publicados.

6.6. ESCALA NJRE QUESTIONNAIRE REVISED (NJRE-Q-R; COLES, FROST, HEIMBERG, & RHÉAUME, 2003). ADAPTACIÓN DE REYES, NOGUEIRA Y GODOY (2015).

Cuestionario compuesto por 19 ítems que evalúan experiencias de imperfección o de que las cosas no están colocadas, terminadas o hechas “como debieran”. Los 10 primeros ítems (escala de Experiencias) son una muestra de estas experiencias donde el individuo debe indicar si ha tenido cada una de ellas en el último mes. A continuación la persona debe responder sobre cuál de esas experiencias suele ser más importante y más frecuente (ítems 11 y 12). Posteriormente (ítems 13 a 19; Escala de Severidad), respecto a esta experiencia imperfecta más importante, se especifica en una escala tipo Likert que puntúa desde 0 (ausencia) a 4 (extrema) su frecuencia, intensidad, sufrimiento inmediato, sufrimiento posterior, rumiación, necesidad de responder y sensación de responsabilidad asociada. Coles et al. (2003) encontraron que la muestra de las 10 experiencias imperfectas tenían una buena consistencia interna ($\alpha = 0,79$). Los 19 ítems mostraban una buena validez convergente y discriminante con correlaciones más fuertes con síntomas TOC que con síntomas depresivos, ansiedad rasgo, ansiedad social y preocupación (Coles et al., 2003).



6.7. THOUGHT-ACTION FUSION QUESTIONNAIRE FOR ADOLESCENTS, TAFQ-A (MURIS ET AL. 2001)

El TAFQ-A consta de 15 ítems (8 ítems hacen referencia a TAF-Moralidad y los otros 7 a TAF-Probabilidad). La versión española se realizó mediante el procedimiento habitual de traducción del inglés al español y retraducción al inglés. La versión utilizada adaptación realizada por Fernández-Llebrés, Godoy, y Gavino (2010) presenta buenas cualidades psicométricas siendo semejantes a las de la versión original inglesa. En esta versión del TAFQ-A, cada ítem se evalúa en una escala de cuatro opciones, donde 0 significa «Nada de acuerdo» y 3 «Totalmente de acuerdo».

6.8. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE PERFECCIONISMO (MULTIDIMENSIONAL PERFECTIONISM SCALE, MPS; FROST Y MARTEN, 1990).

Autoinforme de 35 ítems que miden perfeccionismo. Se puntúa en una escala tipo Likert, que va desde 0 (Nada de acuerdo) a 3 (Totalmente de acuerdo). Está formada por seis escalas parciales (Preocupación por las equivocaciones, Estándares personales, Expectativas paternas, Críticas paternas, Dudas sobre las acciones, y Organización) las cuales han mostrado un buena consistencia interna (Frost et al., 1990). La versión utilizada en esta investigación ha sido la realizada por Gavino, Nogueira, Reyes y Godoy (trabajo no publicado) la cual presenta buenas cualidades psicométricas, semejantes a las de la versión original inglesa y que las versiones españolas para adultos.

6.9. INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL - VERSIÓN CORTA (CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY - SHORT CDI-S; KOVACS, 1992).

Autoinforme de 10 ítems que evalúa la severidad de la sintomatología depresiva a nivel cognitivo, afectivo y conductual (del Barrio y Carrasco, 2004). La versión

española utilizada es la realizada por Del Barrio, Olmedo y Colodrón (2002), la cual presenta una fiabilidad y una consistencia interna buena, así como una buena validez convergente y divergente, tanto en la versión original como en la adaptada a la población española (Kovacs, 1992; del Barrio y Carrasco, 2004). La adaptación española aportó evidencias de su consistencia interna ($\alpha= 0,71$) y validez de constructo de sus puntuaciones (Del Barrio y cols., 2002).

6.10. PENN STATE WORRY QUESTIONNAIRE (PSWQ, MEYER, MILLER, METZGER Y BORKOVEC, 1990).

Cuestionario de 16 ítems que miden la tendencia a preocuparse a través de una escala Likert de cinco puntos (0= nada, 4= totalmente). Su adaptación a niños y adolescentes fue realizada por Chorpita et al (1997). La versión española de este instrumento (Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002) presenta una excelente consistencia interna ($\alpha= 0,95$) y una buena validez convergente y discriminante. La versión española utilizada en esta investigación es la adaptada por Nogueira, Gavino y Godoy (trabajo no publicado) la cual presenta buenas cualidades psicométricas, semejantes a las de la versión original inglesa y que las versiones españolas para adultos.

7. PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionadas las pruebas necesarias, se organizaron en dos cuadernillos, los cuales fueron rellenados por un primer grupo de estudiantes, poco numeroso, con el fin de, por un lado, comprobar la idoneidad de los ítems para su edad, su adecuada comprensión, y por otro, controlar el tiempo necesario para cumplimentarlos en su totalidad. Después de este proceso, se realizó correcciones de palabras cuyos significados los estudiantes tenían más dificultades en comprender, utilizando sinónimos de las mismas para facilitar su comprensión lectora. Así mismo se pudo comprobar el tiempo que los participantes necesitarían para poder rellenar las pruebas, siendo éste de dos sesiones de una hora de duración, lo que dio lugar a la necesidad de organizar los instrumentos de evaluación en dos cuadernillos distintos. El orden de las pruebas en los dos cuadernillos se iban contrabalancearon siguiendo los siguientes criterios: que el cuadernillo de pruebas a pasar en una misma sesión tuviera aproximadamente la misma duración y, para evitar errores de respuesta, que las pruebas con un mismo tipo de respuesta quedaran en el mismo cuadernillo.

Los estudiantes cumplimentaron las pruebas, citadas en el apartado anterior, bajo la supervisión del profesor/tutor y de dos psicólogos. Esta cumplimentación se llevó a cabo en sus aulas habituales, en horario de clase y con la autorización previa de sus tutores legales y del equipo directivo del centro docente.

Todos participaron voluntariamente, consignando su nombre, edad, oficio o profesión de sus tutores legales y situación laboral en la que estos se encontraban a la hora de cumplimentar los cuestionarios.



8. RESULTADOS

8.1. MEDIAS, DIFERENCIAS ENTRE VARONES-MUJERES, CORRELACIÓN CON LA EDAD Y CLASE SOCIAL

Según los datos obtenidos se puede observar que existe una diferencia entre sexo en cuanto a los trastornos de ansiedad, siendo mayor en chicas que en chicos (Tabla 6), a excepción del TOC, en el cual no se aprecian diferencias de sexo (Tabla 5).

Tabla 5. Medias y desviaciones típicas de chicos y chicas en los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS)

	SEXO	N	Media	Desviación típica	% de niños por encima de 1,5 desviaciones típicas
SCAS -Trastorno de Ansiedad de Separación	Chicos	652	4,2209	2,66346	11,5
	Chicas	688	4,6279	2,79184	14,2
SCAS -Trastorno de Fobia Social	Chicos	651	3,5806	2,89097	11,1
	Chicas	679	3,9485	3,04131	13,4
SCAS -Trastorno Obsesivo-compulsivo	Chicos	657	4,4810	3,57456	15,2
	Chicas	690	4,5261	3,50865	12,9
SCAS-Trastorno de Pánico-Agorafobia	Chicos	650	2,8062	3,63165	8,6*
	Chicas	683	3,6032	4,25807	12,2*
SCAS -Miedo al Daño Físico	Chicos	654	2,0092	2,42307	9,6**
	Chicas	687	3,3508	2,75545	20,1**
SCAS -Trastorno de Ansiedad Generalizada	Chicos	656	5,6326	3,53790	10,4**
	Chicas	688	6,9971	3,73153	18,3**
SCAS Total	Chicos	622	22,5514	14,34057	
	Chicas	649	26,6965	15,21407	

* El porcentaje de chicas es significativamente superior al de chicos con $p = 0,05$.

** El porcentaje de chicas es significativamente superior al de chicos con $p = 0,01$.

Tabla 6. Diferencias entre chicos y chicas en los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS)

	Prueba T para la igualdad de medias			
	t	Grados de libertad	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
SCAS -Trastorno de Ansiedad de Separación	-2,728	1338	,006	-,40705
SCAS -Trastorno de Fobia Social	-2,259	1328	,024	-,36781
SCAS -Trastorno Obsesivo-compulsivo	-,234	1345	,815	-,04511
SCAS-Trastorno de Pánico-Agorafobia	-3,669	1331	,000	-,79707
SCAS -Miedo al Daño Físico	-9,450	1339	,000	-1,34163
SCAS -Trastorno de Ansiedad Generalizada	-6,872	1342	,000	-1,36447
SCAS Total	-4,994	1269	,000	-4,14501

La relación entre las puntuaciones de la SCAS y la clase social de los participantes es prácticamente nula (correlaciones inferiores a 0,05 en todos los casos). En cuanto a la edad, existe una correlación significativa, tanto positiva como negativa, en tres trastornos de ansiedad, como es la correlación negativa en el Trastorno de Ansiedad de Separación (a menos edad más síntomas de ansiedad), y la correlación positiva entre la edad y los síntomas de Ansiedad Generalizada y Miedo al Daño Físico, (a más edad más síntomas), como se puede observar en la Tabla 7. En todos los casos, no obstante, las correlaciones son de baja cuantía.

Tabla 7. Correlaciones de los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) con la edad (correlación de Pearson) y con la clase social (Índice de Hollingshead; correlación Tau b de Kendall).

	SCAS - Trastorno de Ansiedad de Separación	SCAS - Trastorno de Fobia Social	SCAS - Trastorno Obsesivo- compulsivo	SCAS- Trastorno de Pánico- Agorafobia	SCAS - Miedo al Daño Físico	SCAS - Trastorno de Ansiedad Generalizada	SCAS Total
N=1227							
Edad	-,131**	-,015	-,050	-,015	,093**	,095**	,003
Clase social	-,040	,001	-,019	-,042	-,026	-,003	-,022

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

8.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y FACTORES EMOCIONALES ASOCIADOS

Como se puede observar en la Tabla 8, las puntuaciones obtenidas entre sensibilidad a la ansiedad y ansiedad rasgo (correlación Pearson), son moderadas, lo que nos da a entender que se trata de dos constructos distintos pero relacionados entre sí.

Tabla 8. Correlación (Pearson) entre sensibilidad a la ansiedad (ASIC) y ansiedad rasgo (STAIC-R)

N = 1201	STAIC-R
ASIC Preocupación por los síntomas físicos	,438**
ASIC Preocupación por los síntomas mentales	,516**
ASIC total	,504**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a la relación existente entre ansiedad rasgo (ASIC) y sensibilidad a la ansiedad (STAIC-R) con los síntomas de los trastornos de ansiedad, se obtiene una correlación positiva y significativa de ambos constructos con los trastornos de ansiedad en su totalidad (SCAS). En la mayoría de los trastornos, la relación parece ser mayor con la ansiedad rasgo, excepto en el trastorno de ansiedad de separación, donde los dos constructos obtienen una puntuación similar (Tabla 9).

Tabla 9. Correlaciones de los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) con sensibilidad a la ansiedad (ASIC) y ansiedad rasgo (STAIC-R)

N= 1130	ASIC Preocupación por los síntomas físicos	ASIC Preocupación por los síntomas mentales	ASIC total	STAIC - R
SCAS -Trastorno de Ansiedad de Separación	,429**	,338**	,435**	,461**
SCAS -Trastorno de Fobia Social	,353**	,387**	,396**	,605**
SCAS -Trastorno Obsesivo-compulsivo	,440**	,410**	,468**	,640**
SCAS-Trastorno de Pánico-Agorafobia	,469**	,458**	,506**	,625**
SCAS -Miedo al Daño Físico	,305**	,248**	,312**	,412**
SCAS -Trastorno de Ansiedad Generalizada	,429**	,413**	,461**	,732**
SCAS Total	,531**	,497**	,566**	,767**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Así mismo, se ha obtenido una correlación significativa entre sensibilidad a la ansiedad (ASIC) y los distintos trastornos de ansiedad (SCAS), una vez se ha extraído la varianza explicada por la ansiedad rasgo (STAIC-R) (Tabla 10). De ello se puede deducir, que la sensibilidad a la ansiedad influye en los síntomas de ansiedad independientemente de la influencia que pueda tener la variable ansiedad rasgo sobre los mismos. Los resultados no parecen indicar que la sensibilidad a la ansiedad se relacione en mucho mayor grado con las fobias específicas y con la agorafobia que con el resto de trastornos de ansiedad.

Tabla 10. Correlaciones parciales entre los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) y la sensibilidad a la ansiedad una vez se ha extraído la varianza explicada por la ansiedad rasgo (STAIC-R)

N = 1127	SCAS - Trastorno de Ansiedad de Separación	SCAS - Trastorno de Fobia Social	SCAS - Trastorno Obsesivo-compulsivo	SCAS- Trastorno de Pánico-Agorafobia	SCAS - Miedo al Daño Físico	SCAS - Trastorno de Ansiedad Generalizada	SCAS Total
ASIC Preocupación por los síntomas físicos	,286**	,126**	,234**	,280**	,153**	,180**	,342**
ASIC Preocupación por los síntomas mentales	,132**	,110**	,120**	,203**	,045	,060*	,185**
ASIC total	,266**	,135**	,222**	,286**	,134**	,160**	,327**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

8.3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y CREENCIAS DISFUNCIONALES

En este apartado, nuestras hipótesis iban dirigidas hacia la relación específica que suponemos existen entre las distintas creencias disfunciones y los trastornos de ansiedad. Veamos cada una de estas hipótesis referidas a cada uno de los trastornos de ansiedad evaluados.

En primer lugar hemos propuesto que las creencias de responsabilidad excesiva, sobrestimación de la amenaza y el peligro, el perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre se relacionan de forma específica con el *Trastorno de Ansiedad de Separación*. Exceptuando la responsabilidad, las demás se han relacionado igualmente con el *Trastorno de Pánico o Agorafobia*. Dado que, en ambos trastornos, las

puntuaciones obtenidas han sido semejantes, se procede al análisis conjunto de los dos trastornos con las variables. Según los datos obtenidos, se puede observar que dichas creencias disfuncionales se encuentran relacionadas con los dos trastornos, pero no de forma específica, ya que dicha relación es mayor o igual en el resto de trastornos (Tabla 11), exceptuando el Miedo al Daño Físico (síntoma con menor puntuación en estas creencias).

Tabla 11. Correlaciones de los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) con las creencias disfuncionales de tipo obsesivo (OBQ-CV)

N= 1040	SCAS - Trastorno de Ansiedad de Separación	SCAS - Trastorno de Fobia Social	SCAS - Trastorno Obsesivo-compulsivo	SCAS- Trastorno de Pánico-Agorafobia	SCAS - Miedo al Daño Físico	SCAS - Trastorno de Ansiedad Generalizada	SCAS Total
OBQ-CV Responsabilidad por daño	,315**	,299**	,419**	,289**	,157**	,307**	,392**
OBQ-CV Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre	,296**	,347**	,383**	,289**	,149**	,274**	,379**
OBQ-CV Importancia de los pensamientos y de su control	,250**	,255**	,340**	,249**	,127**	,228**	,317**
OBQ-CV Total	,329**	,343**	,435**	,314**	,165**	,309**	,415**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En segundo lugar, se relaciona de forma específica los síntomas del *Trastorno de Ansiedad Social* (o Fobia Social) con las creencias de sobrestimación de la amenaza y el peligro, perfeccionismo, e intolerancia a la incertidumbre. Como ocurre en el caso anterior, las puntuaciones obtenidas son significativas, pero no lo suficientemente diferenciadora al resto de los trastornos que nos indiquen que se trata de síntomas específicos de este trastorno (Tabla 11).

En tercer lugar, relacionamos los síntomas de las Fobias Específicas se relacionarán de forma especial con las creencias de sobrestimación de la amenaza y el peligro, e intolerancia a la incertidumbre.

En cuarto lugar, otra de las hipótesis era la relación de los síntomas del trastorno de *Ansiedad Generalizada* de forma específica con las creencias de responsabilidad excesiva, sobrestimación de la amenaza y el peligro, perfeccionismo, intolerancia a la incertidumbre, y preocupación. Al igual que en los trastornos anteriores, los resultados



arrojados por las pruebas corroboran una relación significativa del trastorno con estas creencias pero no se obtiene una puntuación que nos indique que se relaciona de forma específica con el trastorno indicado.

Por último, se estudia la posible relación específica entre los síntomas del *Trastorno Obsesivo-Compulsivo* y las creencias de responsabilidad excesiva, sobrestimación de la amenaza y el peligro, importancia dada a los pensamientos y a su control, experiencias “not just right”, fusión pensamiento acción y perfeccionismo (especialmente, preocupación por los errores y dudas sobre las propias acciones).

En las dos primeras creencias disfuncionales, sobrestimación de la amenaza y el peligro e importancia dada a los pensamientos y a su control, obtenemos correlaciones significativas, que a diferencia de los anteriores trastornos de ansiedad, en éste la puntuación media es ligeramente mayor, pero no lo suficiente como para deducir que se trata de creencias disfunciones específicas de este trastorno (Tabla 8). Lo mismo sucede con las experiencias “Not Just Right”, donde este trastorno obtiene la mayor puntuación, pero no lo suficientemente alta como para poder afirmar su especificidad en el TOC (Tabla12).

Tabla 12. Correlaciones de los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) con la frecuencia y la severidad de las Experiencias Not Just Right (NJR)

N=1244	SCAS - Trastorno de Ansiedad de Separación	SCAS - Trastorno de Fobia Social	SCAS - Trastorno Obsesivo-compulsivo	SCAS- Trastorno de Pánico-Agorafobia	SCAS - Miedo al Daño Físico	SCAS - Trastorno de Ansiedad Generalizada	SCAS Total
Frecuencia de experiencias NJR	,390**	,410**	,515**	,486**	,303**	,471**	,570**
Severidad de la experiencia NJR más problemática	,247**	,326**	,401**	,352**	,184**	,392**	,425**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Siguiendo con el análisis de los resultados se puede observar, que al igual que en el caso de “not just right”, las creencias de fusión pensamiento-acción (Tabla 13) correlaciona significativamente con el TOC, de igual manera que lo hace el resto de los trastornos de ansiedad, pero siendo la que mayor puntuación obtiene de todas ellas. Lo cual no es suficiente como para poder afirmar que existe una relación específica de la misma con el TOC.

Tabla 13. Correlaciones (Pearson) de los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) con las creencias de fusión pensamiento-acción (TAF)

N=1111	SCAS - Trastorno de Ansiedad de Separación	SCAS - Trastorno de Fobia Social	SCAS - Trastorno Obsesivo-compulsivo	SCAS- Trastorno de Pánico-Agorafobia	SCAS - Miedo al Daño Físico	SCAS - Trastorno de Ansiedad Generalizada	SCAS Total
TAF moral	,176**	,127**	,209**	,107**	,070*	,139**	,181**
TAF probabilidad	,307**	,257**	,347**	,288**	,174**	,292**	,366**
TAF total	,271**	,213**	,313**	,214**	,133**	,238**	,303**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Para el análisis de la relación existente entre el perfeccionismo y el TOC utilizamos la escala FMPS, donde se puede observar que la correlación es significativa para todos los trastornos de ansiedad, siendo mayor para el TOC seguido por la Fobia Social y la Ansiedad Generalizada (Tabla 14).

Tabla 14. Correlaciones (Pearson) de los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) con las creencias de perfeccionismo (FMPS, Frost Multidimensional Perfectionism Scale)

N=1053	SCAS - Trastorno de Ansiedad de Separación	SCAS - Trastorno de Fobia Social	SCAS - Trastorno Obsesivo-compulsivo	SCAS- Trastorno de Pánico-Agorafobia	SCAS - Miedo al Daño Físico	SCAS - Trastorno de Ansiedad Generalizada	SCAS Total
FMPS total	,275**	,374**	,379**	,297**	,172**	,321**	,400**
FMPS Preocupación por los errores	,269**	,377**	,341**	,279**	,164**	,302**	,380**
FMPS Estándares personales	,151**	,228**	,273**	,155**	,086**	,166**	,233**
FMPS Expectativas paternas	,150**	,212**	,228**	,146**	,094**	,187**	,224**
FMPS Críticas paternas	,170**	,242**	,237**	,243**	,118**	,239**	,278**
FMPS Dudas sobre las propias acciones	,324**	,357**	,369**	,350**	,213**	,365**	,435**
FMPS Organización	,149**	,151**	,195**	,096**	,068*	,136**	,173**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Por último, la correlación entre el TOC y las preocupaciones (utilizamos PSWG), obteniendo puntuaciones significativas, al igual que el resto de los trastornos de ansiedad (Tabla 15).

Tabla 15. Correlaciones (Pearson) de los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) con preocupaciones acerca de asuntos de la vida cotidiana (PSWQ)

N= 1127	SCAS - Trastorno de Ansiedad de Separación	SCAS - Trastorno de Fobia Social	SCAS - Trastorno Obsesivo-compulsivo	SCAS- Trastorno de Pánico-Agorafobia	SCAS - Miedo al Daño Físico	SCAS - Trastorno de Ansiedad Generalizada	SCAS Total
PSWQ	,298**	,367**	,417**	,385**	,278**	,520**	,501**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

8.4. RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y LAS VARIABLES COGNITIVAS DISFUNCIONALES DETRAYENDO LA VARIANZA EXPLICADA POR LA DEPRESIÓN

La correlación entre los síntomas de ansiedad (SCAS) y las variables cognitivas (OBQ, TAF, NJR...) puede atribuirse o no a que los individuos con alta ansiedad también suelen presentar depresión alta. Para analizar ésta correlación se ha detraído la varianza explicada por los síntomas de depresión (CDI), obteniendo en la mayoría de los casos estudiados puntuaciones similares. Veamos las pequeñas diferencias encontradas.

Para el *Trastorno de Pánico o Agorafobia* se sigue obteniendo puntuaciones significativas proporcionales a las obtenidas sin detraer los síntomas de depresión. Lo mismo ocurre en el caso de *Fobia Social, Ansiedad de Separación y TOC*. Cabe señalar que en el caso de *Ansiedad Generalizada* las correlaciones disminuyen (Tabla 16 a 20) y, en el caso del miedo al daño físico se acercan a cero, aunque, dado el tamaño de la muestra utilizada, siguen siendo estadísticamente significativas.

Tabla 16. Correlaciones parciales entre los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) y las creencias disfuncionales de tipo obsesivo (OBQ-CV, una vez se ha extraído la varianza explicada por los síntomas de depresión (CDI)

N= 1028	SCAS - Trastorno de Ansiedad de Separación	SCAS - Trastorno de Fobia Social	SCAS - Trastorno Obsesivo- compulsivo	SCAS- Trastorno de Pánico- Agorafobia	SCAS - Miedo al Daño Físico	SCAS - Trastorno de Ansiedad Generalizada	SCAS Total
OBQ-CV Responsabilidad por daño	,269**	,231**	,370**	,216**	,103**	,224**	,329**
OBQ-CV Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre	,244**	,276**	,323**	,207**	,088**	,172**	,303**
OBQ-CV Importancia de los pensamientos y de su control	,224**	,221**	,317**	,212**	,095**	,186**	,293**
OBQ-CV Total	,281**	,277**	,385**	,241**	,109**	,222**	,352**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 17. Correlaciones parciales entre los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) y las sensaciones Not Just Right (NJR), una vez se ha extraído la varianza explicada por los síntomas de depresión (CDI)

N=1228	SCAS - Trastorno de Ansiedad de Separación	SCAS - Trastorno de Fobia Social	SCAS - Trastorno Obsesivo- compulsivo	SCAS- Trastorno de Pánico- Agorafobia	SCAS - Miedo al Daño Físico	SCAS - Trastorno de Ansiedad Generalizada	SCAS Total
Frecuencia de experiencias NJR	,320**	,309**	,438**	,391**	,229**	,348**	,476**
Severidad de la experiencia NJR más problemática	,169**	,225*	,321**	,248**	,107**	,272**	,317**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 18. Correlaciones parciales entre los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) y las creencias de fusión pensamiento-acción (TAF), una vez se ha extraído la varianza explicada por los síntomas de depresión (CDI)

N=1096	SCAS - Trastorno de Ansiedad de Separación	SCAS - Trastorno de Fobia Social	SCAS - Trastorno Obsesivo- compulsivo	SCAS- Trastorno de Pánico- Agorafobia	SCAS - Miedo al Daño Físico	SCAS - Trastorno de Ansiedad Generalizada	SCAS Total
TAF moral	,168**	,115**	,204**	,094**	,060*	,131**	,179**
TAF probabilidad	,263**	,190**	,290**	,216**	,124**	,208**	,299**
TAF total	,243**	,171**	,282**	,169**	,101**	,191**	,268**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 19. Correlaciones parciales entre los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) y las creencias perfeccionismo (FMPS), una vez se ha extraído la varianza explicada por los síntomas de depresión (CDI)

N=1038	SCAS - Trastorno de Ansiedad de Separación	SCAS - Trastorno de Fobia Social	SCAS - Trastorno Obsesivo-compulsivo	SCAS- Trastorno de Pánico-Agorafobia	SCAS - Miedo al Daño Físico	SCAS - Trastorno de Ansiedad Generalizada	SCAS Total
FMPS -total	,211**	,287**	,295**	,183**	,100**	,187**	,292**
FMPS							
Preocupación por los errores	,197**	,281**	,240**	,147**	,085**	,143**	,250**
FMPS Estándares personales	,124**	,197**	,246**	,114**	,057	,120**	,200**
FMPS Expectativas paternas	,117**	,169**	,187**	,088**	,061*	,123**	,172**
FMPS Críticas paternas	,106**	,153**	,146**	,136**	,048	,111**	,163**
FMPS Dudas sobre las propias acciones	,264**	,262**	,282**	,241**	,143**	,237**	,330**
FMPS Organización	,162**	,174**	,226**	,124**	,079**	,182**	,219**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 20. Correlaciones parciales entre los distintos tipos de síntomas de ansiedad (SCAS) y las preocupaciones por asuntos de la vida cotidiana (PSWQ), una vez se ha extraído la varianza explicada por los síntomas de depresión (CDI)

N=1113	SCAS - Trastorno de Ansiedad de Separación	SCAS - Trastorno de Fobia Social	SCAS - Trastorno Obsesivo-compulsivo	SCAS- Trastorno de Pánico-Agorafobia	SCAS - Miedo al Daño Físico	SCAS - Trastorno de Ansiedad Generalizada	SCAS Total
PSWQ	,200**	,209**	,285**	,211**	,179**	,346**	,332**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Discusión

Una de las finalidades de esta tesis doctoral era realizar una descripción de los trastornos de ansiedad en una población infanto-juvenil de Málaga y su provincia.

Los datos obtenidos a lo largo de la investigación nos indican que, en nuestra muestra de niños y adolescentes, existen diferencias de género en la presentación de síntomas de ansiedad, siendo ligeramente mayor en mujeres que en varones. Estos datos son congruentes con lo informado en estudios similares (Eaton et al., 1994; Altemus y Epstein, 2008; Kessler et al., 1994; Somers et al., 2006; Godoy et al., 2011). Ahora bien, en nuestros datos las diferencias entre géneros y entre niños y adolescentes no son tan elevadas. Esta conclusión es aplicable a los distintos trastornos de ansiedad, exceptuando el TOC, en el cual encontramos una media muy igualada tanto en chicos como en chicas, similar a lo obtenido por otros autores en muestra de adultos (Lochner et al., 2004).

En cuanto a la posible influencia de la clase social sobre los síntomas de ansiedad, los datos no arrojan evidencia de que dicha variable esté relacionada con presentar síntomas de ansiedad en población infantil y adolescente. Estos datos son contrarios a lo hallado en estudios realizados con población adulta (Haro et al., 2006). En adolescentes no se ha encontrado una relación significativa. Ello puede ser debido a que se trata de una población homogénea en lo que respecta a clase social (perteneían a la clase media-baja o baja según el Índice de Hollingshead obtenido para la clase social), sin grandes diferencias, además de encontrarse inmerso en el mundo académico y no tanto en el mundo laboral.

En lo que respecta a la relación entre la edad y los síntomas de ansiedad en nuestra población malagueña, se han encontrado resultados en consonancia con lo que Orgilés y cols. (2011) hallaron en sus investigaciones, ya que los datos nos indican que a mayor edad de los individuos menos síntomas de ansiedad por separación, mientras

que, en el TAG y en miedo al daño físico, a mayor edad más manifestaciones sintomáticas (Orgilés et al., 2011; Orgilés et al., 2012). Cabe señalar que en fobia social no hemos encontrado esta relación entre edad y síntomas, como sí lo hicieron estos autores. Sin embargo, en todos los casos, incluidos aquellos en que la correlación resulta estadísticamente significativa, la relación entre la edad y los síntomas de ansiedad es pequeña.

Otra de las finalidades de esta tesis era, por un lado, estudiar la relación existente entre los trastornos de ansiedad y los factores emocionales (ansiedad rasgo y sensibilidad a la ansiedad) en población infanto-juvenil malagueña, y por otro lado, examinar la relación específica entre las creencias disfuncionales y los distintos trastornos de ansiedad, si es que existe.

En lo que se refiere a ansiedad rasgo y sensibilidad a la ansiedad, y en consonancia con estudios previos, en este trabajo también se ha encontrado una relación entre estas variables, pero no lo suficientemente estrecha como para indicar que se trata del mismo constructo. Nuestros datos sugieren que ambas son variables distintas, aunque relacionadas entre sí, tal como también han encontrado estudios previos (Sandín, Chorot y McNally, 2001; Sandin, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2007; Taylor et al. 1991). Además, Sandín et al. (2005) y Taylor (1999) encuentran que la varianza compartida entre ambos constructos es baja, datos que también encontramos en nuestra investigación, por lo que se puede deducir que la sensibilidad a la ansiedad no es un componente del rasgo de ansiedad. Dado que la varianza de los distintos tipos de síntomas de ansiedad atribuible a la sensibilidad a la ansiedad es distinta de la atribuible a la ansiedad rasgo, puede afirmarse que ambas variables se complementan entre sí a la hora de explicar cada uno de los problemas de ansiedad. Esto es, nuestros resultados sugieren que la sensibilidad a la ansiedad influye en los síntomas de ansiedad independientemente de la influencia que tiene la ansiedad rasgo sobre los mismos.



En la comprobación de las hipótesis propuesta por los modelos cognitivos de los trastornos de ansiedad (la hipótesis de que ciertos constructos cognitivos son más específicos de unos trastornos que de otros, es decir, que las creencias disfuncionales pueden estar relacionados específicamente a distintos trastornos), en general, no se ha encontrado una relación lo suficientemente diferente que confirme lo anterior en población infantojuvenil. Esto es, no hemos obtenido correlaciones lo suficientemente diferentes como para poder pensar que algunas creencias son más específicas para unos trastornos de ansiedad que para otros. Examinémoslo más detenidamente.

La primera de las relaciones estudiadas ha sido la encontrada entre la *Ansiedad de Separación* con responsabilidad excesiva, sobrestimación de la amenaza y el peligro, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre. Dicha relación es significativa, pero no lo suficientemente diferente como para poder deducir que se tratan de variables específicas de este trastorno.

En lo referido a la relación obtenida del trastorno de ansiedad de separación con ansiedad rasgo y sensibilidad a la ansiedad, la sensibilidad a la ansiedad, sobre todo la relacionada con síntomas físicos, tiende a mantenerse de forma importante aun cuando se mantenga constante la ansiedad rasgo.

En estudios realizados con población adulta, el *Trastorno de Pánico con Agorafobia* ha aparecido relacionado con creencias disfuncionales como son la de sobrestimación de la amenaza y el peligro, el perfeccionismo (Egan, et al., 2011; Frost y Steketee, 1997; Oros, 2005; Saboonchi et al, 1999) y la intolerancia a la incertidumbre. Asimismo, ha aparecido que se relacionan principalmente con la sensibilidad a la ansiedad, más que con ansiedad rasgo (Valiente, Sandín y Chorot, 2001). Según nuestros resultados, la relación de estas variables con los distintos síntomas de ansiedad en población infantojuvenil es significativa, pero no lo suficientemente diferente como para poder deducir que alguna de ellas es específica de este trastorno, siendo la misma relación la presentada con el trastorno de pánico, tanto la de sobrestimación a la amenaza y el peligro, como el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre.

En cuanto a la relación de este trastorno con sensibilidad a la ansiedad y ansiedad rasgo, obtenemos resultados muy similares para ambas variables, e incluso, la variable ansiedad rasgo consigue una correlación más alta que la sensibilidad a la ansiedad. Por lo tanto, se puede afirmar que el trastorno de pánico con agorafobia no se relaciona más con la sensibilidad a la ansiedad que con ansiedad rasgo, pero sí que es cierto que la sensibilidad a la ansiedad se relaciona claramente con este trastorno, matizando que dicha relación no es más alta que la que presenta ansiedad rasgo. Cabe señalar que la relación de sensibilidad a la ansiedad con síntomas de pánico no es muy diferente a la encontrada con TOC y con TAG. De todo ello, se puede concluir que la sensibilidad a la ansiedad no representa un factor específico para el trastorno de pánico. Teniendo en cuenta que existen estudios que indican que la alta sensibilidad predice síntomas de pánico e incluso se asocia con un mayor riesgo de trastorno de pánico (Brown et al., 2007), se podría pensar que esta teoría no es tan cierta en población en edades juveniles. Conviene no terminar el análisis de este trastorno sin destacar que la varianza de este trastorno explicada por la sensibilidad a la ansiedad es distinta de la varianza explicada por ansiedad rasgo, lo que a su vez nos confirma la hipótesis en la que se considera ansiedad rasgo y sensibilidad a la ansiedad dos variables que se complementan.

Lo mismo sucede con la *Fobia Social*, en la que se podría pensar que las variables más específicas para este trastorno serían la sobrestimación de la amenaza y el peligro, el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre. Al igual que en el trastorno de pánico se obtienen relaciones significativas de las tres variables con el trastorno, aunque ligeramente más bajas.

Según los resultados obtenidos, se observa una mayor relación de ansiedad rasgo con la fobia social que con la sensibilidad a la ansiedad. Resultados similares fueron los obtenidos por Muris y cols. (2001). Profundizando en el análisis de estas dos variables, la fobia social parece depender fundamentalmente de ansiedad rasgo, sin embargo también depende la sensibilidad a la ansiedad. Asimismo, al quitar la varianza

explicada por ansiedad rasgo, la varianza explicada por la sensibilidad a la ansiedad queda reducida de forma importante (correlaciones parciales entre 0,10 y 0,14).

La siguiente hipótesis consistía en la relación específica de los síntomas de las *Fobias Específicas* con las creencias de sobrestimación de la amenaza y el peligro, e intolerancia a la incertidumbre. A diferencia de todos los demás síntomas de ansiedad, el Miedo al daño físico parece relacionarse poco con las variables cognitivas estudiadas (responsabilidad, perfeccionismo, intolerancia a la incertidumbre e importancia de los pensamientos y su control). Esta menor relación del Miedo al daño Físico con las creencias disfuncionales era esperable y apoya la creencia general de que las fobias específicas dependen más de experiencias de condicionamiento que de cualquier tipo de variable cognitiva (Mowrer, 1960).

En cuanto a los datos arrojados por nuestros resultados sobre la relación de este trastorno con las variables ansiedad rasgo y sensibilidad a la ansiedad, ambas se relacionan igualmente y se puede afirmar que la varianza explicada por la sensibilidad a la ansiedad decrece bastante cuando se detrae la varianza explicada por la ansiedad rasgo.

En cuanto a los síntomas del *Trastorno de Ansiedad Generalizada* (TAG), los datos los relacionan de manera más específica con las creencias de responsabilidad excesiva, sobrestimación de la amenaza y el peligro (Borkovec y Roemer, 1995; Brown, O'Leary y Barlow, 1993; Dugas y Ladouceur, 1998; Francis y Dugas, 2004; Freesto et al., 1994), perfeccionismo (Egan, et al., 2011; Frost y Steketee, 1997; Oros, 2005 ; Saboonchi et al, 1999), y, especialmente, con la intolerancia a la incertidumbre (Buhr y Dugas, 2002; Dugas, Buhr, y Ladouceur, 2004; Norton, 2005; Tallis y Eysenck, 1994; ; Ladouceur et al., 1997) y la preocupación excesiva (DSM-IV-TR). De todas ellas, se obtienen relaciones significativas con este trastorno, al igual que con los anteriores trastornos. Destacar en primer lugar, que la responsabilidad por el daño se relación con el TAG tan alto como la intolerancia a la incertidumbre. Esto contrasta con la hipótesis de Dugas y colaboradores (Buhr y Dugas, 2002; Dugas, Buhr, y Ladouceur, 2004) que

proponen que la intolerancia a la incertidumbre, pero no la responsabilidad por daño, es una de las variables más importantes para explicar el TAG. Y en segundo lugar, en lo referido a que las preocupaciones son consideradas como típicas del TAG, nuestros resultados señalan que efectivamente la asociación de las preocupaciones con el TAG es superior a su asociación con otros trastornos de ansiedad. No obstante, la asociaciones de esta variable cognitiva con los otros trastornos es también positiva y estadísticamente significativa, tanto si se detraen como no los síntomas depresivos.

En cuanto a los datos obtenidos de la relación de este trastorno con las variables de ansiedad rasgo y sensibilidad a la ansiedad, se observa claramente que se relaciona de forma más alto con ansiedad rasgo que con sensibilidad a la ansiedad. No obstante, esto era esperable, ya que muchos ítems del STAIC hacen referencia a síntomas frecuentes en el TAG. Aun así, la relación del TAG con la sensibilidad a la ansiedad es también relativamente alta, y tiende a mantenerse significativa aun cuando se mantenga la ansiedad rasgo constante.

Por último, los síntomas del *Trastorno Obsesivo-Compulsivo* (TOC) se relacionan de forma específica con las creencias de responsabilidad excesiva, sobrestimación de la amenaza y el peligro, perfeccionismo (especialmente, preocupación por los errores y dudas sobre las propias acciones), importancia dada a los pensamientos y a su control, fusión pensamiento acción (OCCWG), y experiencias “Not Just Right” (Coles, 2005; Ghisi et al., 2010; Rasmussen y Eisen, 1992; Ravid et al., 2014). Al igual, que en los trastornos analizados anteriormente, no se han obtenido diferencias importantes en las correlaciones de la responsabilidad por el daño con el TOC y con otros trastornos. Por otra parte, dado que tanto la correlación como la correlación parcial de los síntomas de TOC con la responsabilidad por el daño son muy semejantes a sus correlaciones con la intolerancia a la incertidumbre, el perfeccionismo y la importancia del pensamiento y su control, cabe concluir de nuestros datos que todas estas variables cognitivas son importantes para explicar el TOC (como propuso el OCCWG, 1997) y no solo la responsabilidad por el daño (como propone la teoría de Salkovskis, 1985). Asimismo,

también se han relacionado de forma específica con TOC las creencias NJR. En nuestros resultados obtenemos datos que efectivamente indican que el trastorno más relacionado con este tipo de sensaciones es el TOC, pero, al igual que ocurre con las demás variables cognitivas, también se relaciona de forma apreciable con el resto de trastornos. Lo mismo puede decirse de la relación de fusión pensamiento-acción (TAF) con el TOC. Aunque la relación de esta variable (TAF) con el TOC es inferior a la que hemos encontrado entre NJR y TOC, la relación del TAF con el TOC no es muy superior a la que mantiene con la mayoría de los otros trastornos de ansiedad.

Para concluir y a modo de resumen, conviene resaltar una serie de resultados que consideramos de relevancia para futuras líneas de investigación del tema en población infantil y juvenil.

En primer lugar, y específicamente relacionado con el trastorno de Pánico (trastorno sobre el que más investigaciones y estudios se han realizado en su relación con la sensibilidad a la ansiedad), conviene puntualizar que, aunque se ha asociado la sensibilidad a la ansiedad con dicho trastorno, nosotros obtenemos también relaciones importantes con el resto de trastornos de ansiedad. Es decir, esta relación de la sensibilidad a la ansiedad (independiente de la varianza atribuible a la ansiedad rasgo) la encontramos con prácticamente todos los trastornos, pero especialmente con la ansiedad de separación, el TOC y el trastorno de Pánico.

En segundo lugar, cuando se controla la ansiedad rasgo, la sensibilidad a la ansiedad relacionada con los síntomas físicos tiende a presentarse de forma especial en el trastorno de ansiedad de separación, el TOC y el trastorno de pánico. Por su parte, la sensibilidad a la ansiedad relacionada con los síntomas mentales tiende a relacionarse de forma principal con los síntomas del trastorno de pánico. Aunque la sensibilidad a la ansiedad se ha encontrado en otros estudios relacionada fundamentalmente con el trastorno de pánico, en nuestros datos aparece que también mantiene una relación estadísticamente significativa con el resto de trastornos. Cabe señalar, no obstante, que la relación de la sensibilidad a la ansiedad de tipo mental y el miedo al daño físico tiende

a desaparecer cuando se controla la ansiedad rasgo. Tampoco parece ser importante la relación entre sensibilidad a la ansiedad de tipo mental y la ansiedad generalizada cuando se controla los efectos de la ansiedad rasgo.

En tercer y último lugar, según las investigaciones previas a ésta, se ha propuesto que el perfeccionismo es un factor inespecífico para varios trastornos de ansiedad (Egan et al., 2011). Nuestros resultados sugieren que el perfeccionismo efectivamente parece ser un factor inespecífico. Sin embargo, algo semejante ocurre con la responsabilidad por el daño, con la intolerancia a la incertidumbre, y con la importancia de los pensamientos y de su control: también parecen constituir factores inespecíficos puesto que tienden a asociarse casi con cualquier tipo de trastorno o síntoma de ansiedad.

Como toda investigación, la nuestra también tiene limitaciones desde las cuales se debería interpretar los resultados encontrados. En primer lugar, hay que considerar las posibles diferencias étnicas y culturales a la hora de la comparación de nuestros resultados con los de otros estudios. Nuestros resultados se han obtenido únicamente con niños y adolescentes de la provincia de Málaga. Por ello, aunque la muestra ha sido numerosa, los datos no se pueden extrapolar a otros países y, ni siquiera, a otras regiones de España. No es posible, por tanto, concluir que los resultados encontrados por nosotros pueden generalizarse a cualquier tipo de niños y adolescentes. A la vista de los resultados obtenidos con adultos en estudios previos en varios países y sobre distinto tipo de muestras, sin embargo, sí parece probable que las variables cognitivas estudiadas son bastante inespecíficas y que tienden a presentarse, en más o menos la misma medida, en todos o casi todos los trastornos de ansiedad, excepto, quizá, en las fobias específicas.

En cualquier caso, no cabe duda que es necesario proseguir con el estudio de la relación entre los trastornos de ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad, la ansiedad rasgo, y las creencias cognitivas disfuncionales en otras regiones y en otras culturas.



Otra limitación importante de nuestro estudio viene dada por el hecho de que todos los datos se han recogido mediante auto-informes. Como es bien sabido, los auto-informes tienen sus ventajas (facilidad y economía al recoger datos) y sus inconvenientes (solo tenemos acceso a la información proporcionada por el que rellena el autoinforme). En el caso presente, quizá el problema resulta más destacable por tratarse de datos recogidos con auto-informes rellenos por niños y adolescentes, no por adultos. Por ello, no cabe duda que se necesitan trabajos futuros que utilicen otro tipo de instrumentos o procedimientos de recogida de la información, tales como entrevistas a padres y profesores u observaciones del comportamiento del propio niño o adolescentes.

A pesar de las anteriores deficiencias, el presente trabajo posee una importante ventaja que no es frecuente que se consiga: la muestra estudiada es bastante más grande que las que aparecen en prácticamente todos los estudios publicados hasta la fecha sobre los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia.

Esperamos que futuros trabajos, con muestras de otras regiones y otros países puedan establecer si los resultados en nuestro trabajo son o no aplicables en general a la población infantojuvenil.



Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J.S., Whiteside, S., Lynam, D., & Kalsy, S. (2003). Is thought–action fusion specific to obsessive–compulsive disorder?: A mediating role of negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1069-1079.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L. & Rescorla, L.A. (2002). Ten-year comparisons of problems and competencies for national samples of youth: Self, parent, and teacher reports. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *10*, 194-203.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, *12*, 525-532.
- Alcalde, M. B., Mañas, J. A., & Puente, C. P. (2011) Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En Barcia, D. (Dir). *Tratado de psiquiatría*, *2*, 651-685.
- Alfano, C.A., Beidel, D.C., & Turner, S.M. (2006). Cognitive correlates of social phobia among children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *34*, 182-194.
- Altemus, M., & Epstein, L. (2008). Sex differences in anxiety disorders. En J.B. Becker, K.J. Berkley, N. Geary, E. Hampson, J.P. Herman y E.A. Young. *Sex differences in the brain* (pp. 397-404). Oxford University Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. (4th Edition.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th Edition). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition-Text Revision). Washington: DC: Author.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of general psychiatry*, *44*, 69-76.
- Andrews, G., Slade, T. I. M., & Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *The British Journal of Psychiatry*, *181*, 306-314.



- Angold, A., & Costello, E.J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1779-1791.
- Angold, A., Costello, E.J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry*, *40*, 57-87.
- Angst J. (1997). Epidemiology of social phobia. *European Neuropsychopharmacology*, *7*, S84-S85
- Antony, M.M., & Swinson, R.P. (1998). *When perfect isn't good enough. Strategies for coping with perfectionism*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Cano, A. & Arcas, S. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Revista electrónica de psicología*, vol. 3.
- Arenas, M.C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, *3*, 20–29.
- Axelson, D.A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and anxiety*, *14*, 67-78.
- Bados, A., Reinoso, M., & Benedito, N. (2008). ¿Existe una relación específica entre la ansiedad por separación en la infancia y la aparición posterior de los trastornos de pánico y agorafobia? *Psicología Conductual*, *16*, 181–196.
- Balanza Galindo, S., Morales Moreno, I., Guerrero Muñoz, J., & Conesa Conesa, A. (2008). Fiabilidad y validez de un cuestionario para medir en estudiantes universitarios la asociación de la ansiedad y depresión con factores académicos y psicosocofamiliares durante el curso 2004-2005. *Revista española de salud pública*, *82*, 189-200.
- Bamber, J.H. (1979). *The fears of adolescents*. Londres: Academic Press.
- Barceló, M. S., Fullana, M. A., Feliú, M. T., & Balle, M. (2004). Viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *4*, 371-387.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pargamin, L., Bakermans-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, *133*, 1- 24
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.



- Barrett, P.M., & Healy, L. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 285-299.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, Inc.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1985). *Anxiety and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books
- Behar, E., Zullig, A.R., & Borkovec, T.D. (2005). Thought and imaginal activity during worry and trauma recall. *Behavior Therapy*, 36, 157-168.
- Bell-Dolan, D.J. (1995). Social cue interpretation of anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 2-10.
- Belzer, K., & Schneier, F.R. (2004). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 296-306.
- Benjamin, R.S., Costello, E.J. & Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 293-316.
- Berazaluze, E., & Diego, E. (2003). *A qué tienen miedo los niños*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Berle, D., & Starcevic, V. (2005). Thought–action fusion: Review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 263-284.
- Bermúdez, M.P. (Eds.) (2010). *Manual de psicología clínica infantil. Técnicas de evaluación y tratamiento*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Bijl, R., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Boelen, P.A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 130-135.
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U., Maina, G., Gand, L. y Ravizza, A. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 14, 434-441.
- Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour research and therapy*, 28, 153-158.

- Borkovec, T.D. (1994). *The nature, functions, and origins of anxiety*. En G.C.L.
- Borkovec, T.D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 26, 25-30.
- Borkovec, T.D., Abel, J.L., & Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63, 479.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R.G. Heimberg, C.L. Turk y D.S. Mennin (dirs.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 77-108). Nueva York: Guilford.
- Borkovec, T.D., Ray, W.J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16
- Bower, G.H. (1981). Mood and Memory. *American Psychologist*, 36, 129-198.
- Bragado M.C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa
- Bragado, C., Bersabe, R.M., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11, 939-956.
- Brown, M., Smits, J.A., Powers, M.B., & Telch, M.J. (2003). Differential sensitivity of the three ASI factors in predicting panic disorder patients' subjective and behavioral response to hyperventilation challenge. *Journal of anxiety disorders*, 17, 583-591.
- Brown, T., O'Leary, T., & Barlow, D. (1993). Generalized anxiety disorder. En D. Barlow (Eds.), *Clinical Handbook of psychological disorders* (pp. 137-189). Nueva York: Guilford Press.
- Brown, T.A., Antony, M.M., & Barlow, D.H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63, 408.
- Buhr, K., & Dugas, M. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 931-946.



- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos". *Ansiedad y estrés*, 1, 203-214
- Calvo, R., Lázaro, L., Castro-Fornieles, J., Font, E., Moreno, E., & Toro, J. (2009). Obsessive-compulsive personality disorder traits and personality dimensions in parents of children with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 24, 201–6.
- Campayo, J.G., & Lou, S. (2006). Trastornos afectivos y género. Claves en Salud Mental. *Monografía*, 6, 1-6.
- Canino, G.J., Bird, H.R., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martinez, R., & Guevara, L.M. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of general psychiatry*, 44, 727-735.
- Caspi, A., Elder, G.H., & Bem, D.J. (1988). Moving away from the world: Life-course patterns of shy children. *Developmental psychology*, 24, 824.
- Chorot, P., Sandín, B., Valiente, R.M., Germán, M.A.S., & Déniz, M R. (1997). Actitud hacia la enfermedad, ansiedad y sintomatología somática en pacientes con trastorno de pánico e hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 123-136.
- Chorpita, B.F., Tracey, S.A., Brown, T.A., Collica, T.J., & Barlow, D.H. (1997). Assessment of worry in children and adolescents: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 569–581.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. (Eds.) (2006). *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. New York: Wiley.
- Clark, D.A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Clark, D.A., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Clark, D.B., Feske, U., Masia, C.L., Spaulding, S.A., Brown, C., Mammen, O., & Shear, M.K. (1997). Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Depression and anxiety*, 6, 47-61.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. En S. Rachman & J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 71–89). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. Social phobia: *Diagnosis, assessment, and treatment*, 41, 00022-3.

- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N., Hartmark, C., Johnson, J., & Streuning, E.L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. Age and Gender Specific Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.
- Cole, D.A., Peeke, L.G., Martin, J.M., Truglio, R., & Seroczynski, A.D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 451.
- Coles, M.E., Frost, R.O., Heimberg, R.G., & Rhéaume, J. (2003). "Not just right experiences": Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 681-700.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General of Psychiatry*, 60, 837-844.
- Cox, B.J., Clara, I.P., Hills, A.L., & Sareen, J. (2010). Obsessive-compulsive disorder and the underlying structure of anxiety disorders in a nationally representative sample: confirmatory factor analytic findings from the German Health Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 30-3.
- Craske, M.G., Farchione, T.J., Allen, L.B., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more?. *Behaviour research and therapy*, 45, 1095-1109.
- Cunningham, N.R., & Ollendick, T.H. (2010). Comorbidity of anxiety and conduct problems in children: Implications for clinical research and practice. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 333-47.
- Davey, G.C., Tallis, F., & Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 499-520.
- De Bruin, G.O., Muris, P., & Rassin, E. (2007). Are there specific meta-cognitions associated with vulnerability to symptoms of worry and obsessional thoughts? *Personality and Individual Differences*, 42, 689-699.
- Del Barrio, M.V., & Carrasco, M.A. (2004). *CDI: Inventario de Depresión Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Barrio, V., Olmedo, M., & Colodrón, D. (2002). Adaptación del CDI-S (Kovacs, 1992) a la población española. *Acción Psicológica*, 3, 263- 272.
- Donovan, C.L., & Spence, S.H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 24, 509-531.
- Dugas, M.J. & Ladouceur, R. (1998). Analysis and treatment of generalized anxiety disorder. En V.E. Caballo (Ed.), *International handbook of cognitive-behavioural*

treatments of psychological disorders (pp. 197-225). Oxford, England: Pergamon Press

- Dugas, M.J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*, 61-81.
- Dugas, M.J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 143–163). New York, NY: Guilford Press.
- Dugas, M.J., Freeston, M.H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Provencher, M., & Boisvert, J.M. (1998). Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 253-261.
- Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy, 36*, 215-226.
- Dugas, M.J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 109-120.
- Eaton, W., Kessler, R.C., Wittchen, H.U. & Magee, W.J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry, 151*, 413-420.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide
- Egan, S.J., Wade, T.D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review, 31*, 203-212.
- Ehlers, A., & Margraf, J. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. *Anxiety disorders: Annual series of European research in behavior therapy, 4*, 1-29.
- Erwin, B.A., Heimberg, R.G., Juster, H., & Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy, 40*, 19-35.
- Esbjörn, B.H., Hoeyer, M., Dyrborg, J., Leth, I., & Kendall, P.C. (2010). Prevalence and co-morbidity among anxiety disorders in a national cohort of psychiatrically referred children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 866–72.
- Essau, C., Leung, P.W. L., Conradt, J., Cheng, H., & Wong, T. (2008). Anxiety symptoms in Chinese and German adolescents: their relationship with early learning experiences, perfectionism, and learning motivation. *Depression and Anxiety, 25*, 801–10.

- Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove: Erlbaum.
- Eysenck, M.W. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove: Psychology Press.
- Ferdinand, R., & Verhulst, F. (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 152, 586-594.
- Fernández-Llebrés, R., Godoy, A., & Gavino, A. (2010). Adaptación española del Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción para Adolescentes (TAFQ-A). *Psicothema*, 22, 489–494.
- Foa, E.B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99, 20.
- Foa, E.B., Huppert, J. D., Cahill, S. P., & Rothbaum, B. O. (2006). *Pathological anxiety. Emotional processing in etiology and treatment*. New York, NY: Guilford Press.
- Fong, G. & Garralda, E. (2007). Las fases tempranas de la enfermedad mental: trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (Eds.), *Las fases tempranas de la ansiedad* (pp. 159-168). Barcelona: Masson.
- Fong, G., & Garralda, E. (2005). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 4, 77-81.
- Fong, G., & Garralda, E. (2006). Las fases tempranas de la enfermedad mental: trastornos de ansiedad en niños y adolescentes”. En Vázquez-Barquero, J.L. y Herrán Gómez, A (eds.). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales: trastornos de ansiedad*, 3, 159-167. Barcelona: Masson.
- Francis, K., & Dugas, M.J. (2004). Assessing positive beliefs about worry: Validation of a structured interview. *Personality and Individual Differences*, 37, 405-415.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and individual differences*, 17, 791-802.
- Frost, R.O., & Marten, P.A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 559-572.
- Frost, R.O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour research and therapy*, 35, 291-296.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14, 449-468.
- Gagnon, C., Craig, W.M., Tremblay, R.E., Zhou, R.M., & Vitaro, F. (1995). Kindergarten predictors of boys' stable behavior problems at the end of elementary school. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 751-766.

- Geyer S, Hemstrom O, Peter R, & Vagero D. (2006). Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *Journal Epidemiol Community Health*, *60*, 804–10.
- Ghisi, M., Chiri, L.R., Marchetti, I., Sanavio, E., & Sica, C. (2010). In search of specificity: “Not just right experiences” and obsessive–compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian individuals. *Journal of anxiety disorders*, *24*, 879-886.
- Godoy, A., Gavino, A., Carrillo, F., Cobos, M. P., & Quintero, C. (2011). Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). *Psicothema*, *23*, 289–294.
- Godoy, A., Nogueira, R., Reyes, S., & Gavino, A. (2015). Adaptation of the Frost's Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) in Spanish children and adolescents. Trabajo no publicado
- Godoy, A., Nogueira, R., Romero, P., & Gavino, A. (2015). Psychometric properties of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index for Children (ASIC). Trabajo no publicado.
- González, M. (2002). *Elaboración y validación del cuestionario de Ansiedad por Separación de inicio temprano (CASIT)*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- Grant, D.M., Beck, J.G., & Davila, J. (2007). Does anxiety sensitivity predict symptoms of panic, depression, and social anxiety?. *Behaviour research and Therapy*, *45*, 2247-2255.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Doiz, M., Alonso, J., & el Grupo ESEd-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, *126*, 445-451.
- Hayward, C., Killen, J.D., Kraemer, H.C., & Taylor, C.B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*, 207-214.
- Hazlett-Stevens, H., Zucker, B.G., & Craske, M.G. (2002). The relationship of thought–action fusion to pathological worry and generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 1199-1204.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2003). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *44*, 178–184.



- Holaway, R.M., Heimberg, R.G. & Coles, M.E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158-174.
- Hollingshead, A. (1975). *Four-factor index of social status* (Manuscrito no publicado). New Haven: Yale University, Departamento de Sociología.
- Houghton, S., Saxon, D., Bradburn, M., Ricketts, T., & Hardy, G. (2010). The effectiveness of routinely delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A benchmarking study. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 473-489.
- Hwu, H.G., Yeh, E.K., & Chang, L.Y. (1989). Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 136-147.
- Ibáñez, I., del Pino, A., Olmedo, E., & Gaos, M.T. (2010). Fiabilidad y validez de una versión española del Inventario de depresión de Beck-II en una muestra de la población general canaria. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 35-56.
- Instituto Europeo de Neurociencias (IDN), *III Congreso Nacional de Ansiedad y Trastornos Comórbidos*, 26 y 27 de enero de 2006, Barcelona.
- Irurtia, M.J., Caballo, V.E., & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Psicología Conductual*, 17, 155-168.
- Jalenques, I., Lachal C., & Coudert A.J. (1994). *Los cuadros de ansiedad en el niño*. Barcelona: Masson.
- Janet, C. (1903). Observations sur les guêpes. *C. Naud*, 23.
- Jersild, A.T., & Holmes, F.B. (1935). *Children's fears*. Nueva York: Teachers College, Columbia University.
- Jiménez, M. (1997). *Manual de psicopatología infantil*. Madrid: Ediciones Pirámides
- Kashani, J. & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kawamura, K.Y., Hunt, S.L., Frost, R.O., & Di Bartolo, P.M. (2001). Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent? *Cognitive Therapy and Research*, 25, 291-301.
- Keeley, M.L., & Storch, E.A. (2008). Naturaleza, evaluación y tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Psicología Conductual*, 16, 535-551.

- Keenan, K., Feng, X., Hipwell, A., & Klostermann, S. (2009). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, publicación online.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 617–27. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- King, N.J.; Hamilton, D.I. & Ollendick, T.H. (1994). *Children's phobias: A behavioural perspective*. Nueva York: Willey.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI Manual*. New York: Multi-Health Systems.
- Kyrios, M., Steketee, G., Frost, R.O., & Oh, S. (2002). Cognitions in compulsive hoarding. En R. Frost y G. Steketee (Eds.) *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*, (pp. 269-289). New York, NY: Pergamon
- Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry Experimental findings. *Behavior Modification*, *21*, 355-371.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., & Aittomaki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal Epidemiol Community Health*, *58*, 327-32.
- Lavigne, J.V., Lebaillly, S.A., Hopkins, J., Gouze, K.R., & Binns, H.J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *38*, 315–28.
- Layne, A.E., Bernat, D.H., Victor, A.M., & Bernstein, G.A. (2009). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 283–9.
- LeDoux, J.E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, *46*, 209-235.

- Lee, C K., Kwak, Y.S., Rhee, H., Kim, Y.S., Han, J.H., Choi, J.O., & Lee, Y.H. (1987). The nationwide epidemiological study of mental disorders in Korea. *Journal of Korean medical science*, 2, 19-34.
- Lilienfeld, S.O. (1996). Anxiety sensitivity Is not distinct from trait anxiety. En R.M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 228-244). New York: Guilford Press.
- Lochner, C., Hemmings, S.M., Kinnear, C.J., Moolman-Smook, J.C., Corfield, V.A., Knowles, J.A., Niehaus, D.J., & Stein, D. J. (2004). Gender in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic findings. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 105-113.
- Mackenbach J.P. (1992). Socio-economic health differences in the Netherlands: a review of recent empirical findings. *Social science & medicine*, 34, 213–26
- MacLeod, C., & Rutherford, E.M. (2004). Information-processing approaches: Assessing the selective functioning of attention interpretation, and retrieval. En R.G. Heinberg, C. L. T., & D.S. D. Menin (Eds). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford
- March, J.S. (1995). *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Margraf, J., Ehlers, A., & Roth, W.T. (1986). Biological models of panic disorder and agoraphobia, a review. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 553-567.
- Markarian, Y., Larson, M.J., Aldea, M.A., Baldwin, S.A., Good, D., Berkeljon, A., & McKay, D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 78-88.
- Marmorstein, N.R. (2007). Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: The influences of age and gender. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 420-32.
- Mathews A., & Mackintosh, B. (1998). A cognitive model of selective processing in anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 539-560
- McDermott, P.A. (1996). A nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 53-66.
- McLean, C.P., & Anderson, E.R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 496-505.
- McLean, P.D., Woody, S., Taylor, S., & Koch, W. J. (1998). Comorbid panic disorder and major depression: Implications for cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 240.
- McNally, R.J. (1994). *Panic Disorder: A critical analysis*. New York: Guilford Press.

- McNally, R.J. (1996). Desarrollos recientes en el tratamiento del trastorno de pánico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 91-103.
- Mellon, R.C., & Moutavelis, A.G. (2007). Structure, developmental course, and correlates of children's anxiety disorder-related behavior in a Hellenic community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 1-21.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., García-Fernández, J. M., & Quiles, M. J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6(13), 4-16.
- Méndez, X., Orgilés, M., & Espada, J.P. (2008). *Ansiedad de separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., & Jack, M.S. (2000). Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: symptom severity, functional impairment, and treatment response. *Journal of Anxiety disorders*, 14, 325-343.
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.L., & Fresco, D.M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85-90.
- Mennin, D.S., Turk, C.L., Heimberg, R.G., & Carmin, C.N. (2004). Regulation of emotion in generalized anxiety disorder. En M. A. Reiniecke y D. A. Clark (Eds.). *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice*, (pp. 60-89). Cambridge University Press.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Miguez, M.C. & Becoña, E. (2007). Ansiedad y juego problema en escolares. *Ansiedad y Estrés*, 13, 41-50.
- Miller, L.C. (1983: Fears and anxiety in children. En C.E., Walker y M.C. Roberst (eds.), *Handbook of clinical child psychology*,(pp. 337-380). Nueva York: Willey
- Mogg, K., & Bradley, B.P. (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour research and therapy*, 36, 809-848.
- Monga, S., Birmaher, B., Chiappetta, L., Brent, D., Kaufman, J., Bridge, J., & Cully, M. (2000). Screen for child anxiety-related emotional disorders (SCARED): Convergent and divergent validity. *Depression and anxiety*, 12, 85-91.
- Moore, E L., & Abramowitz, J.S. (2007). The cognitive mediation of thought-control strategies. *Behaviour research and therapy*, 45, 1949-1955.



- Morris, R.J., & Kratochwill, T.R. (1983). *Treating children's fears and phobia*. New York: Pergamon press.
- Moulding, R., & Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: the exemplar of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Clinical Psychology Review, 26*, 573-583.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and the symbolic processes*. New York: Wiley.
- Muris, P., Meesters, C., Rassin, E., Merckelbach, H., & Campbell, J. (2001). Thought-action fusion and anxiety disorders symptoms in normal adolescents. *Behavior Research and Therapy, 39*, 843-852.
- Muris, P., Schmidt, H.G., Merckelbach, H., & Schouten, E. (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: Factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 89-100.
- Musa, C.Z., & Lépine, J.P. (2000). Cognitive aspects of social phobia: a review of theories and experimental research. *European Psychiatry, 15*, 59-66.
- Newcomer, P. (1993). *Cómo enseñar a los niños perturbados*. México D.F.: FEC.
- Nogueira, R., Godoy, A., Romero, P., & Gavino, A. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española del Obsessive Belief Questionnaire-Children Version (OBQ-CV) en una muestra no clínica. *Psicothema, 24*, 674-679.
- Nogueira, R., & Godoy, A. (2005). Adaptación Española de la Escala Not Just Right Experiences (NJR). Trabajo no publicado.
- Norton, P.J. (2005). A psychometric analysis of the Intolerance of Uncertainty Scale among four racial groups. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 699-707.
- Nuevo, R., Montorio, I., & Ruiz, M.A. (2002). Aplicabilidad del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) a población de edad avanzada. *Ansiedad y Estrés, 8*, 157-172.
- Nutt, D., Argyropoulos, S., Hood, S., & Potokar, J. (2006). Generalized anxiety disorder: a comorbid disease. *European neuropsychopharmacology, 16*, S109-S118.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 667-81.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory. Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1527-1542.

- OMS (1992). CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Orgilés, M., Espada, J.P., & Méndez, X. (2008). Avances en el tratamiento de las fobias específicas en la infancia y la adolescencia. *Psicología Conductual*, 16, 481-500.
- Orgilés, M., Espada, J.P., García-Fernández, J.M., Méndez, X., & Hidalgo, M.D. (2011). Most feared situations related to separation anxiety and characteristics by age and gender in late childhood. *Anales de Psicología*, 27, 80-85.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J.P., Carballo, J.L., & Piqueras, J.A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental*, 5, 115-120.
- Oros, L.B. (2005). Implicaciones del perfeccionismo infantil sobre el bienestar psicológico: Orientaciones para el diagnóstico y la práctica clínica. *Anales de Psicología*, 21, 294-303.
- Peer, M., Soares, C., & Steiner, M. (2008). The complex interrelationships of menstrual cyclicity and anxiety disorders. *Psychiatric Times*, 25, 1-14.
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1984). Programas de intervención psicológica en la infancia: miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 1-124
- Peña del Agua, A. (1995). La importancia de la edad en la evolución de los miedos infantiles. *Psicología General y Aplicada*, 48, 365-375.
- Peterson, B.S., Zhang, H., Santa Lucia, R., King, R.A., & Lewis, M. (1996). Risk factors for presenting problems in child psychiatry emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1.162- 1.173.
- Phillips, K.A, & First, M.B. (2009). Introducción. En W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka & D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 3-6) Barcelona: Elsevier Masson.
- Pincus, D.B., Santucci, L.C., Ehrenreich, J.T., & Eyberg, S.M. (2008). The implementation of modified parent-child interaction therapy for youth with separation anxiety disorder. *Cognitive And Behavioral Practice*, 15, 118–125.
- Pitman, R.K. (1987). A cybernetic model of obsessive-compulsive psychopathology. *Comprehensive psychiatry*, 28, 334-343.



- Pons, D., Queralt, A., Mars, L., García-Merita, M., & Balaguer, I. (2010). Estudio cualitativo de las conductas de salud en la primera adolescencia. *Revista latinoamericana de Psicología*, 42, 237-250.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 102-110.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fearacquisition: A critical examination. *Behaviour research and therapy*, 15, 375-387.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3(3), 89-99.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour research and therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research and therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J. & Teachman, B. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 889-898.
- Rachman, S.J. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rapee, R.M., & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*, 35, 741-756.
- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 4-10.
- Rassin, E., Muris, P., Schmidt, H., & Merckelbach, H. (2000). Relationships between thought–action fusion, thought suppression and obsessive–compulsive symptoms: A structural equation modeling approach. *Behaviour research and therapy*, 38, 889-897.
- Ravid, A., Franklin, M.E., Khanna, M., Storch, E.A., & Coles, M.E. (2014). “Not Just Right Experiences” in Adolescents: Phenomenology and Associated Characteristics. *Child Psychiatry & Human Development*, 45, 193-200.
- Read, K.L., Comer, J.S., & Kendall, P.C. (2013). The Intolerance of Uncertainty Scale for Children (IUSC): Discriminating principal anxiety diagnoses and severity. *Psychological assessment*, 25, 722.



- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Pakiz, B., Silverman, A.B., Frost, A.K., & Lefkowitz, E.S. (1993). Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 1155-1163.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S., Peterson, R.A., Gursky, D.M., & McNally, R.J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Robichaud, M., & Dugas, M.J. (2005). Negative problem orientation (part I): Psychometric properties of a new measure. *Behaviour research and therapy*, 43, 391-401.
- Robichaud, M., & Dugas, M.J. (2005). Negative problem orientation (Part II): Construct validity and specificity to worry. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 403-412.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance based approaches with existing cognitive behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. En *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety* (pp. 213-240). Springer US.
- Saboonchi, F., Lundh, L.G., & Öst, L.G. (1999). Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 799-808.
- Salkovskis, P. M. (1988). Phenomenology, assessment and the cognitive model of panic. En S. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 111-136). Hillsdale, N J: Erlbaum.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour research and therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P.M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. En R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, y M. a. Richter. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 33-50). New York, NY: Guilford Press.

- Sandín G. y Chorot, P. (1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds). *Manual de psicopatología*, 2 (pp. 81-112). Madrid: McGraw-Hill
- Sandín, B. (1984). Diferenciación sexual del sistema nervioso. En B. Sandín (Ed.), *Hormonas y conducta*, Vol.1 (pp. 376-485). Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias y niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B. (1999). Diagnóstico y fenomenología. En B. Sandín (Ed.), *Las fobias específicas* (pp. 48-53). Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (2004). Miedos y fobias en la infancia y adolescencias. En Vidal, J. B. *Psicopatología en niños y adolescentes: desarrollos actuales* (pp.147-161). Madrid Ediciones Pirámide.
- Sandín, B., Chorot, P., & McNally, R. J. (2001). Anxiety sensitivity index: normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 213–9.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., & Valiente, R.M. (2002). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*, 14, 333-339.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Germán, M.A.S., & Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 9, 19-33.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A. & Sánchez-Arribas, C. (1999a). Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (SASC-R): Fiabilidad, validez y datos normativos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 827-847
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A., & Sánchez-Arribas, C. (1999b). Estructura factorial de la Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (SASC-R). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 105-113.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., & Santed, M.A. (1998). Frecuencia e intensidad de los miedos en los niños: Datos normativos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 15-25.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., & Santed, M.A. (2002). Relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el nivel de miedos en niños. *Psicología Conductual*, 10, 107-120.
- Sandín, B., Chorot, R, & McNally, R.J. (1996). Validation of the Spanish versión of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 283-209.

- Sandin, B., Chorot, P., & McNally, R.J. (2001). Anxiety sensitivity index: Normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 213-219.
- Sandin, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A. & Lostao, L. (2007). Sensibilidad a la ansiedad versus rasgo de ansiedad en la predicción del nivel de miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33, 140-158.
- Sandin, B., Valiente, R.M., Chorot, P., & Santed, M.A., (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, 17, 478-483.
- Sanford, M., Szatmari, P., Spinner, M., Munroe-Blum, H., Jamieson, E., Walsh, C., & Jones, D. (1995). Predicting the one-year course of adolescent major depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 1618-1628.
- Schwab-Stone, M.E. & Briggs-Gown, M.J. (1998). The scope and prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. En P. Ferrari (Ed.), *Designing mental healthy services and systems for children and adolescents: A shrewd investment* (pp. 2-25). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Shafran, R., Thordarson, D.S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391.
- Silverman, W K., & Ollendick, T.H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 380-411.
- Silverman, W.K., & Weems, C.F. (1999). Anxiety sensitivity in children. En S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (239-268). Mahwah, NJ: LEA.
- Somers, J.M., Goldner, E.M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 100-113
- Spence, S.H., Barrett, P.M., & Turner, C.M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 605-625.
- Spielberger, C.D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D., Cubero, N.S., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: manual*. TEA ediciones.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, R.E., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Stewart, S.H., Taylor, S., & Baker, J.M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of anxiety disorders*, 11, 179-200.
- Storch, E.A., Merlo, L.J., Larson, M.J., Geffken, G.R., Lehmkuhl, H.D., Jacob, M.L., Murphy, T.K. & Goodman, W.K. (2008). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 583-592.
- Suárez, L.M., Polo, A.J., Chen, C., & Alegría, M. (2009). Prevalencia y correlación del inicio de los trastornos de ansiedad en la infancia entre blancos latinos y no latinos en los Estados Unidos. *Psicología Conductual*, 17, 89–109.
- Summerfeldt, L.J., Richter, M.A., Antony, M.M., & Swinson, R.P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 297-311.
- Tallis, F., & Eysenck, M.W. (1994). Worry: Mechanisms and modulating influences. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 37-56.
- Tallis, F., Eysenck, M., & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. *Personality and individual differences*, 13, 161-168.
- Taylor S. (Ed.) (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Taylor, S. (1995). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 243- 258
- Taylor, S., Abramowitz, J.S., McKay, D., Calamari, J.E., Sookman, D., Kyrios, M., Wilhem, & Carmin, C.N. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 85–97.
- Taylor, S., Koch, W.J., & Crockett, D.J. (1991). Anxiety sensitivity, trait anxiety, and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 293-311.
- Taylor, S., Koch, W.J., & Crockett, D.J. (1991). Anxiety sensitivity, trait anxiety, and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 293-311.
- Taylor, S., Koch, W.J., Woody, S., & McLean, P. (1996). Anxiety sensitivity and depression: how are they related?. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 474.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are “obsessive” beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469–480.
- Torresan R.C., Ramos-Cerqueira A.T., De Mathis M.A., Diniz J.B., Ferrão Y.A., Miguel, E.C., & Torres, A.R. (2009). Sex differences in the phenotypic expression of



obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 63-69.

Tulving, E. (1972). *Episodic and semantic memory 1. Organization of Memory*. London: Academic.

Turk, C.L., Heimberg, R.G., Luterek, J.A., Mennin, D.S., & Fresco, D.M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89-106.

Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P., & Tabar A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15, 414-419

Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P., & Tabar, A. (2002). Diferencias sexuales en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7, 103-113.

Valiente, R.M., Sandin, B., & Chorot, P. (2002b). Miedos comunes en niños y adolescentes: Su relación con la sensibilidad a la ansiedad y otras emociones negativas. *Psiquis*, 23, 217-225.

Valiente, R.M., Sandin, B., & Chorot, P. (2002a). Miedos comunes en niños y adolescentes: Relación con la sensibilidad a la ansiedad, el rasgo de ansiedad, la afectividad negativa y la depresión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 61-70.

Vázquez-Barquero, J.L., & Herrán Gómez, A. (2006). "Viabilidad de la aplicación del paradigma de las fases tempranas de las enfermedades mentales a los trastornos de ansiedad". En Vázquez-Barquero, J.L. y Herrán Gómez, A (eds.). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales: trastornos de ansiedad* (pp. 1-7). Barcelona: Masson.

Warren, R., & Thomas, J.C. (2001). Cognitive-behavior therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: An effectiveness study. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 277-285.

Weems, C.F. (2008). Developmental trajectories of childhood anxiety: Identifying continuity and change in anxious emotion. *Developmental Review*, 28, 488-502

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Lee, C.K., Newman, S.C., Oakley-Browne, M.A., Rubio-Stipec, M., Wickramaratne, P.J., et al (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.

Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C.M., Ryan, N.D., Dahl, R.E. & Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Jama*, 281, 1707-1713.



- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior modification*, 23, 526-555.
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, y D. S. mennin (Eds.). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164-186) New York, NY: Guilford Press.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.
- Wells, J.E., Bushnell, J.A., Hornblow, A.R., Joyce, P.R., & Oakley-Browne, M.A. (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part I: Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 315-326.
- Wells, T., & Carter, D.A. (2001). Genetic engineering of neural function in transgenic rodents: towards a comprehensive strategy? *Journal of neuroscience methods*, 108, 111-130.
- Wenar, C. (1994). *Developmental psychopathology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. John Wiley & Sons.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders*. (2th ed.). New York: Wiley
- Wisner, K.L., & Dolan-Sewell, R. (2009). ¿Por qué tiene importancia el género? En: W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka & D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 7-17). Barcelona: Elsevier Masson.
- Yap, K., Mogan, C., & Kyrios, M. (2012). Obsessive-compulsive disorder and comorbid depression: the role of OCD-related and non-specific factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 565–73.
- Yonkers, K.A., & Kidner, C.L. (2002). Sex differences in anxiety disorders. En F. Lewis-Hall, T.S. Williams, J.A. Panetta y J.M. Herrera (Eds.). *Psychiatric illness in women* (pp. 5-30). American Psychiatric Publishing.
- Zinbarg, R.E., Barlow, D.H., & Brown, T.A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9, 277.



Anexo

Modelo del cuadernillo relleno por el alumnado



Nombre:	
Sexo (tachar lo que corresponda):	<input type="checkbox"/> Chico <input type="checkbox"/> Chica
Edad:	
Profesión del padre:	
Profesión de la madre:	
Centro de enseñanza:	
Curso:	

ASIC (Laurent et al., 1998)

Señala en cada frase lo que más cuadre con lo que crees, poniendo una equis (X) en la respuesta que quieres señalar:

Casi nunca es verdad	Algunas veces es verdad	Muchas veces es verdad	Casi siempre es verdad
0	1	2	3

¡POR FAVOR, NO DEJAES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER!

1	Cuando no logro centrarme en lo que estoy haciendo, me preocupa estar volviéndome loco	0	1	2	3
2	Me asusto cuando veo que estoy temblando	0	1	2	3
3	Me asusto cuando me parece que me voy a marear	0	1	2	3
4	Me asusto cuando mi corazón late deprisa	0	1	2	3
5	Me asusto cuando me siento el estómago revuelto	0	1	2	3
6	Cuando siento que mi corazón late rápido, me preocupa que me pase algo malo	0	1	2	3
7	Me asusto cuando no puedo oír mi respiración	0	1	2	3
8	Cuando me siento mal del estómago, me preocupa que pueda ponerme gravemente enfermo	0	1	2	3
9	Me asusta no ser capaz de centrarme en lo que estoy haciendo	0	1	2	3
10	Me asusto cuando me siento el cuerpo raro	0	1	2	3
11	Cuando estoy nervioso, me preocupo por si estoy volviéndome loco	0	1	2	3
12	Me asusta ponerme nervioso	0	1	2	3

MPS (Frost et al., 1990)

Redondea con un círculo el número que mejor indique en qué medida estás de acuerdo con cada una de las creencias que vienen más abajo. Ten en cuenta que los números indican:

Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	1	2	3

01	Mis padres me ponen unas metas muy exigentes	0	1	2	3
02	La organización es muy importante para mí	0	1	2	3
03	Me castigan por no hacer las cosas de forma perfecta	0	1	2	3
04	Si no me pongo metas muy exigentes, terminaré siendo una persona mediocre	0	1	2	3
05	Mis padres nunca son comprensivos con mis errores	0	1	2	3
06	Es importante para mí ser totalmente competente en todo lo que hago	0	1	2	3
07	Soy una persona ordenada	0	1	2	3
08	Intento ser una persona organizada	0	1	2	3
09	Si fallo en el trabajo o los estudios, soy un fracaso como persona	0	1	2	3
10	Debería molestarme cometer errores	0	1	2	3
11	Mis padres quieren que sea el mejor en todo	0	1	2	3
12	Mantengo metas más exigentes que la mayoría de las personas	0	1	2	3
13	Si otro hace algo en los estudios mejor que yo, siento que he fallado por completo	0	1	2	3
14	Fallar en parte es tan malo como fallar por completo	0	1	2	3
15	En mi familia, sólo los logros destacados se consideran suficientemente buenos	0	1	2	3
16	Soy muy bueno concentrando mis esfuerzos para alcanzar metas	0	1	2	3
17	Incluso cuando hago algo con cuidado, a menudo siento que no está bastante bien	0	1	2	3
18	Odio no ser el mejor en todo	0	1	2	3
19	Tengo metas extremadamente exigentes	0	1	2	3
20	Mis padres esperan de mí lo mejor	0	1	2	3
21	La gente probablemente pensará peor de mí si cometo errores	0	1	2	3
22	Creo que no podré alcanzar las expectativas de mis padres	0	1	2	3
23	No hacer las cosas tan bien como los demás significa que soy un ser inferior	0	1	2	3
24	Otras personas parecen aceptar metas menos exigentes que las mías	0	1	2	3
25	Si no hago las cosas siempre bien, la gente no me respetará	0	1	2	3
26	Las expectativas de mis padres sobre mi futuro siempre son más altas que las mías	0	1	2	3
27	Intento ser una persona ordenada	0	1	2	3
28	Normalmente tengo dudas sobre las cosas cotidianas que hago	0	1	2	3
29	El orden es muy importante para mí	0	1	2	3
30	Espero mejores resultados en mis tareas diarias que la mayoría de la gente	0	1	2	3
31	Soy una persona organizada	0	1	2	3
32	Tiendo a ir retrasado en mi trabajo porque repito las cosas una y otra vez	0	1	2	3
33	Me lleva mucho tiempo hacer las cosas "como es debido"	0	1	2	3
34	Cuanto menos errores cometa, a más gente gustaré	0	1	2	3
35	Creo que es casi imposible alcanzar las metas que mis padres me ponen	0	1	2	3

PSWQ-C (Chorpita et al., 1979)

Casi nunca es verdad	Algunas veces es verdad	Muchas veces es verdad	Casi siempre es verdad
0	1	2	3

1	Mis preocupaciones me fastidian mucho	0	1	2	3
2	No suelo preocuparme por las cosas	0	1	2	3
3	Muchas cosas hacen que me preocupe	0	1	2	3
4	Sé que no debería preocuparme, pero no puedo evitarlo	0	1	2	3
5	Cuando estoy bajo presión, me preocupo mucho	0	1	2	3
6	Siempre me estoy preocupando por algo	0	1	2	3
7	Si quiero, puedo dejar fácilmente de preocuparme	0	1	2	3
8	En cuanto termino algo, empiezo a preocuparme por todo lo demás	0	1	2	3
9	Nunca me preocupo por nada	0	1	2	3
10	Toda mi vida me he preocupado mucho por todo	0	1	2	3
11	Noto que siempre estoy preocupándome por algo.	0	1	2	3
12	Cuando comienzo a preocuparme, no puedo parar	0	1	2	3
13	Todo el tiempo estoy preocupado por algo	0	1	2	3
14	No dejo de preocuparme por las cosas hasta que las termino por completo	0	1	2	3

TAFQ-A (Muris et al., 2001)

Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	1	2	3

01	Supón que estás con un amigo. De pronto, sin ninguna razón, piensas que tu amigo es estúpido. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como decirle realmente a mi amigo que es estúpido.	0	1	2	3
02	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que te estás muriendo. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo de que realmente me pueda morir.	0	1	2	3
03	Supón que estás solo en una iglesia parado delante de una gran imagen de Jesús. De pronto tienes el pensamiento de escupirle a la imagen. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como escupirle realmente a la imagen.	0	1	2	3
04	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que despiden a tu padre del trabajo y de que tenéis problemas de dinero en casa. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo de que realmente despidan a mi padre.	0	1	2	3
05	Supón que te encuentras con un compañero de clase. De pronto, sin ninguna razón, piensas en insultarlo. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como insultarlo realmente.	0	1	2	3
06	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que un coche te atropella. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo de que un coche realmente me atropelle.	0	1	2	3
07	Supón que estás sentado en la clase. Todos tus compañeros están trabajando en silencio. De pronto tienes el pensamiento de pegar un grito con todas tus fuerzas. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como pegar el grito de verdad.	0	1	2	3
08	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que te pones muy enfermo. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo de que realmente me ponga enfermo.	0	1	2	3
09	Supón que en una calle silenciosa, te encuentras a un niño más pequeño. De pronto, sin ninguna razón, se te ocurre tirarlo al suelo. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como realmente tirarlo al suelo.	0	1	2	3
10	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que tu padre tiene un accidente de coche. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo que mi padre realmente tenga un accidente.	0	1	2	3
11	Supón que vas andando por la calle y te encuentras con una persona desconocida. De pronto se te ocurre hacerle un gesto irrespetuoso (por ejemplo, la peseta, o un corte de mangas). Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como hacerle realmente el gesto irrespetuoso.	0	1	2	3
12	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que tu madre se está muriendo. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo de que mi madre realmente se muera pronto.	0	1	2	3
13	Has oído que los padres de un compañero están divorciándose. De pronto, se te ocurre gastar una broma acerca del divorcio de sus padres, aunque no llegas a gastársela. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como gastar realmente la broma.	0	1	2	3
14	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que vas a repetir el curso. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo de que realmente repitas el curso.	0	1	2	3
15	Supón que ves el monedero de tu madre. De pronto tienes el pensamiento de robarle un poco de dinero del monedero. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como robarle realmente dinero del monedero.	0	1	2	3

OBQ-CV (Coles et al., 2010)

Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo		
0	1	2	3	4		
1	Muchas cosas a mi alrededor son peligrosas	0	1	2	3	4
2	Si no estoy completamente seguro de algo, lo más seguro es que me equivoque	0	1	2	3	4
3	Según mi forma de pensar, las cosas siempre deben ser perfectas	0	1	2	3	4
4	Para ser una persona valiosa, tengo que ser perfecto en todo lo que hago	0	1	2	3	4
5	Si puedo hacer algo, debo actuar para evitar desgracias	0	1	2	3	4
6	Debo intentar a toda costa evitar daños, aunque sea muy difícil que ocurran	0	1	2	3	4
7	Para mí, tener impulsos no deseados es tan malo como llevarlos a cabo	0	1	2	3	4
8	Si no hago nada cuando preveo un peligro, soy culpable de lo que pueda suceder	0	1	2	3	4
9	Si no puedo hacer algo de manera perfecta, entonces no debo hacerlo	0	1	2	3	4
10	Creo que debo estudiar siempre esforzándome al máximo	0	1	2	3	4
11	Para mí, es esencial considerar todos los resultados posibles de una situación	0	1	2	3	4
12	Incluso errores de poca importancia significan que un trabajo no está bien hecho	0	1	2	3	4
13	Tener pensamientos agresivos hacia mi familia significa que, en el fondo, quiero hacerles daño	0	1	2	3	4
14	Debo estar seguro de mis decisiones	0	1	2	3	4
15	En general, fracasar al prevenir un daño es tan malo como causarlo a propósito	0	1	2	3	4
16	Siempre estoy esforzándome por evitar problemas graves (por ejemplo, enfermedades o accidentes)	0	1	2	3	4
17	Creo que no prevenir un daño es tan malo como causarlo	0	1	2	3	4
18	Cuando cometo un error, debería enfadarme conmigo mismo	0	1	2	3	4
19	Debo asegurarme de que los demás están protegidos de cualquier cosa mala que yo pueda hacer	0	1	2	3	4
20	Para mí, las cosas no están bien si no están perfectas	0	1	2	3	4
21	Tener malos pensamientos significa que soy una persona malvada	0	1	2	3	4
22	Si no voy con mucho cuidado, corro más peligro que los demás de sufrir o causar desastres	0	1	2	3	4



23	Para quedarme tranquilo, debo estar totalmente preparado ante cualquier cosa que pueda salir mal	0	1	2	3	4
24	No debería tener pensamientos raros o sucios	0	1	2	3	4
25	Cometer un error es, para mí, tan malo como fallar por completo	0	1	2	3	4
26	Es esencial tener todo bien calculado, incluso los asuntos o detalles menores	0	1	2	3	4
27	Pensar una barbaridad sobre una imagen sagrada es tan malo como hacerla de verdad	0	1	2	3	4
28	Debo ser capaz de librar mi mente de pensamientos no deseados	0	1	2	3	4
29	Más a menudo que otras personas me hago daño accidentalmente, o se lo hago a los demás	0	1	2	3	4
30	Tener malos pensamientos indica que soy raro o anormal	0	1	2	3	4
31	Debo ser el mejor en las cosas que son importantes para mí	0	1	2	3	4
32	Tener un pensamiento o imagen sexual no deseado significa que realmente quiero llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
33	Si mis acciones hicieran daño, aunque fuera poco, yo sería responsable de lo que sucediera	0	1	2	3	4
34	A menudo pienso que pasarán cosas malas, incluso cuando soy cuidadoso	0	1	2	3	4
35	Tener pensamientos involuntarios significa que puedo perder el control	0	1	2	3	4
36	Si no pongo mucho cuidado, pasará una desgracia	0	1	2	3	4
37	Debo seguir trabajando en las cosas hasta que quedan totalmente perfectas	0	1	2	3	4
38	Tener pensamientos violentos significa que perderé el control y me pondré agresivo	0	1	2	3	4
39	No prevenir un desastre es, para mí, tan malo como causarlo	0	1	2	3	4
40	Si no hago un trabajo perfecto, los demás no me tendrán en cuenta	0	1	2	3	4
41	Incluso las cosas más normales de mi vida están llenas de peligros	0	1	2	3	4
42	Tener un mal pensamiento es tan malo como realizar una mala acción	0	1	2	3	4
43	No importa lo que haga, no estará lo suficientemente bien hecho	0	1	2	3	4
44	Si no controlo mis pensamientos, merezco que me castiguen	0	1	2	3	4

SCAS (Spence, 1997)

Tacha con una X el número que mejor indique cuántas veces te ocurre cada una de las cosas que vienen más abajo. Ten en cuenta que los números indican:

Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
0	1	2	3

1	Me preocupan las cosas.	0	1	2	3
2	Me da miedo la oscuridad.	0	1	2	3
3	Cuando tengo un problema, siento una sensación rara en el estómago.	0	1	2	3
4	Siento miedo.	0	1	2	3
5	Sentiría miedo si me quedara solo en casa.	0	1	2	3
6	Siento miedo cuando tengo que hacer un test psicológico.	0	1	2	3
7	Me da miedo cuando tengo que utilizar un servicio o unos baños públicos.	0	1	2	3
8	Me preocupa separarme de mis padres.	0	1	2	3
9	Temo hacer una tontería delante de la gente.	0	1	2	3
10	Me preocupa hacer mal mis deberes escolares.	0	1	2	3
12	Me preocupa que alguien de mi familia tenga una desgracia.	0	1	2	3
13	De pronto y sin razón, siento como si no pudiera respirar.	0	1	2	3
14	Me veo obligado a comprobar que he hecho las cosas correctamente (como que la luz está apagada, o la puerta cerrada).	0	1	2	3
15	Siento miedo cuando tengo que dormir solo.	0	1	2	3
16	Tengo problemas cuando voy al colegio porque me siento nervioso o asustado.	0	1	2	3
18	Me dan miedo los perros.	0	1	2	3
19	No consigo dejar de pensar en cosas malas o tontas.	0	1	2	3
20	Cuando tengo un problema, el corazón me late muy deprisa.	0	1	2	3
21	De pronto y sin razón, me pongo a temblar.	0	1	2	3
22	Me preocupa que me ocurra algo malo.	0	1	2	3
23	Me da miedo ir al médico o al dentista.	0	1	2	3
24	Cuando tengo un problema, me pongo a temblar.	0	1	2	3
24	Me dan miedo las alturas o los ascensores.	0	1	2	3
27	Me veo obligado a pensar en ciertas cosas (como números o palabras) para evitar que ocurran cosas malas.	0	1	2	3
28	Siento miedo cuando tengo que viajar en coche, en autobús o en tren.	0	1	2	3
29	Me preocupa mucho lo que otra gente piense en mí.	0	1	2	3
30	Me da miedo estar en lugares con mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, o salas de juego que estén llenas).	0	1	2	3
32	De repente me siento muy asustado sin que haya razón para ello.	0	1	2	3
33	Me dan miedo los insectos o las arañas.	0	1	2	3
34	De repente y sin razón, siento mareos o como si me fuera a desmayar.	0	1	2	3
35	Me da miedo hablar delante de la clase.	0	1	2	3
36	De repente y sin razón, mi corazón se pone a palpar.	0	1	2	3
37	Me preocupa sentir miedo cuando no hay nada de qué asustarse.	0	1	2	3
39	Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados, como túneles o habitaciones pequeñas.	0	1	2	3
40	Me veo obligado a hacer ciertas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en orden).	0	1	2	3
41	Me molestan pensamientos o imágenes malas o ridículas que me vienen a la mente.	0	1	2	3
42	Me veo obligado a hacer "correctamente" algunas cosas para evitar cosas malas.	0	1	2	3
44	Sentiría miedo si me quedara a dormir por la noche fuera de casa.	0	1	2	3

STAIC (Spielberger et al., 2001)

Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
0	1	2	3

1	Me preocupa cometer errores	0	1	2	3
2	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
3	Me siento desgraciado	0	1	2	3
4	Me cuesta tomar una decisión	0	1	2	3
5	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	0	1	2	3
6	Me preocupo demasiado	0	1	2	3
7	Me encuentro molesto	0	1	2	3
8	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	0	1	2	3
9	Me preocupan las cosas del colegio	0	1	2	3
10	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	0	1	2	3
11	Noto que mi corazón late más rápido	0	1	2	3
12	Aunque no lo digo, tengo miedo	0	1	2	3
13	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	0	1	2	3
14	Me cuesta quedarme dormido por las noches	0	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	0	1	2	3
16	Me preocupa lo que otros piensen de mí	0	1	2	3
17	Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	0	1	2	3
18	Tomo las cosas demasiado en serio	0	1	2	3
19	Encuentro muchas dificultades en mi vida	0	1	2	3
20	Me siento menos feliz que los demás chicos	0	1	2	3

NJRE-QR (Coles et al., 2003)

En el último mes, ¿te ha ocurrido lo siguiente?

		Nunca	A veces	Mucho	Siempre
1	Una vez vestido, he tenido la sensación de que algunas partes de mi ropa (etiqueta, cuello, perneras, etc.) no se encontraban como deberían.	0	1	2	3
2	Cuando he devuelto un libro a la estantería, he tenido la sensación de que no estaba perfectamente bien colocado con respecto a los otros libros.	0	1	2	3
3	Al cerrar la puerta de mi casa, he tenido la sensación de que no se cerraba como debería.	0	1	2	3
4	Al doblar mi ropa, he tenido la sensación de que mis prendas no tenían el aspecto que la ropa bien doblada debería tener.	0	1	2	3
5	Al escribir algo, he tenido la sensación de que las palabras no estaban escritas en el modo exacto en el que yo quería que lo estuvieran.	0	1	2	3
6	Al hablar con alguien, he tenido la sensación de que mis palabras no habían sido exactamente las adecuadas.	0	1	2	3
7	Al organizar mi escritorio, he tenido la sensación de que mis papeles y otras cosas no estaban como deberían.	0	1	2	3
8	Cuando he enviado una carta por correo, he tenido la sensación de que el modo en el que he echado la carta al buzón no era del todo correcto.	0	1	2	3
9	Tras haberme lavado las manos una vez, he tenido la sensación de que no las sentía como se supone que hay que sentir las cuando están limpias.	0	1	2	3
10	Cuando he colgado un cuadro en la pared he tenido la sensación de que no estaba exactamente como debiera.	0	1	2	3

11. La sensación de la lista anterior que te ha ocurrido **más recientemente** es la siguiente (pon el número que tiene o descríbela):

12. La última vez que sentí esa sensación fue (tacha con una X lo que quieras señalar):

0	1	2	3
En el último mes	En la última semana	Ayer	Hoy

13. ¿Con qué frecuencia has experimentado esa sensación?

0	1	2	3
Nunca	En el último año	En el último mes	Ayer u hoy

14. ¿Cómo ha sido de intensa esa sensación?

0	1	2	3
Nada intensa	Poco intensa	Bastante intensa	Muy intensa

15. ¿En qué grado esa sensación te causó malestar **cuando la estabas experimentando**?

0	1	2	3
Ningún malestar	Poco malestar	Bastante malestar	Mucho malestar

16. ¿En qué grado esa sensación te causa malestar tras haberla experimentado, **durante ese mismo día**?

0	1	2	3
Ningún malestar	Poco malestar	Bastante malestar	Mucho malestar

17. ¿Hasta qué punto sentiste que no podías apartar esa sensación de tu mente?

0	1	2	3
Ninguna dificultad	Poca dificultad	Bastante dificultad	Mucha dificultad

18. ¿Hasta qué punto sentiste la necesidad de hacer algo ante esa sensación?

0	1	2	3
Ninguna necesidad	Poca necesidad	Bastante necesidad	Mucha necesidad

19. ¿Hasta qué punto sentiste que era responsabilidad tuya hacer algo ante esa sensación?

0	1	2	3
Nada	Un poco	Bastante	Mucho

CDI (Kovacs, 1992)

Los chicos/as como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario recogemos estos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea **la que mejor describa** cómo te has sentido **durante estas dos últimas semanas**. Cuando hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente. Hagamos un ejemplo. Tacha con una X el cuadradito que hay junto a la frase que **MEJOR** te describa:

EJEMPLO: Leo libros muy a menudo
 Leo libros de vez en cuando
 Nunca leo libros

Recuerda que debes señalar las frases que mejor describan tus sentimientos o tus ideas en las dos últimas semanas.

- 1.- Estoy triste de vez en cuando
 Estoy triste muchas veces
 Estoy triste siempre
- 2.- Nunca me saldrá nada bien
 no estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
 las cosas me saldrán bien
- 3.- Hago bien la mayoría de las cosas
 Hago mal muchas cosas
 Todo lo hago mal
- 4.- Me odio
 No me gusta como soy
 Me gusta como soy
- 5.- Tengo ganas de llorar todos los días
 Tengo ganas de llorar muchos días
 Tengo ganas de llorar de vez en cuando
- 6.- Las cosas me preocupan siempre
 Las cosas me preocupan muchas veces
 Las cosas me preocupan de vez en cuando
- 7.- Tengo buen aspecto
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
 Soy feo/a
- 8.- Nunca me siento solo
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre
- 9.- Tengo muchos amigos
 Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más
 No tengo amigos
- 10.- Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere



