

Una mirada hacia los jóvenes con trastornos de ansiedad

En este artículo, vamos a detenernos en conocer un poco más algunos de los trastornos de ansiedad que pueden experimentar los adolescentes. Con la descripción de los casos que se presentan, se intenta entender la sintomatología por la que se manifiestan y el cómo lo experimentan los afectados. Se recalca la realidad existente referente a las dificultades que hay en cuanto a la detección, identificación, evaluación e intervención en este tipo de trastornos, a pesar de ser uno de los más frecuentes entre la población infantil y adolescente. Se hace un repaso sobre cómo se han de evaluar estos trastornos, las intervenciones basadas en la evidencia disponibles, así como alguna de las barreras existentes que pueden estar explicando el poco acceso al tratamiento adecuado por parte de los jóvenes que sufren este tipo de trastornos.

Palabras clave: ansiedad, jóvenes, familia, evaluación, tratamientos basados en la evidencia, barreras.

-Oye, no sé bien lo que me pasa, pero me siento inquieta, nerviosa, como si fuera a pasar algo.

-Eso a veces pasa, a lo mejor lo que tienes es ansiedad.

-Mi madre toma pastillas desde hace tiempo para la ansiedad, quizás es de herencia, ivaya rollo!

-Bueno Lucía, eso no tiene por qué ser así, lo he leído en algún sitio, no obligatoriamente tienes que heredar cosas de tus padres. Intenta tranquilizarte. Mira, ahora estás pasando una época regular, con tanta presión con el tema de la selectividad y más si aún no tienes claro lo que al final vas a estudiar, aunque tus padres solo quieran que hagas medicina.

-Bueno, no sé, si es que intento tranquilizarme, pero no lo consigo. A ver si se me pasa esto ya. Pero, oye, yo no quiero parecerme a mi madre y menos tomar pastillas o ir a un psicólogo, ique yo no estoy mal de la cabeza!

Para comprender el caso de Lucía, hay que entender que la ansiedad se considera como una respuesta adaptativa, necesaria para el funcionamiento adecuado del individuo. Tiene una función clara y es la de advertir y activar al organismo ante situaciones amenazantes, inciertas, peligrosas. Así, ante la percepción de un peligro, la activación psicofisiológica nos facilita la respuesta de lucha o huida para protegernos (respuesta de ataque, huida, evitación, búsqueda de seguridad o de sumisión). Por lo que tiene una función determinada y aparece en momentos determinados y concretos.

El problema surge cuando esa ansiedad se manifiesta de una manera continuada en el tiempo, cuando surge ante situaciones que no son realmente amenazantes (desproporción entre la respuesta y el carácter amenazante de la situación/estímulo) o cuando aparece de forma muy intensa.

La ansiedad se convierte en un problema por la interferencia, malestar y sufrimiento que ocasiona en la vida de la persona que la padece. El foco de esa ansiedad puede ser variable dando lugar a diferentes trastornos.

Se utiliza el término trastorno cuando aparece de manera conjunta una serie de manifestaciones o síntomas y cuando, tal y como se ha comentado antes, ocasiona un malestar e interferencia en la vida de la persona.

Los datos disponibles que nos proporcionan los estudios epidemiológicos, indican que los trastornos de ansiedad son uno de los problemas más frecuentes entre la población en general y no solo en adultos, sino también entre los niños, adolescentes y jóvenes. De hecho, se considera que la adolescencia es una época de especial vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental. Recientes estudios de meta-análisis sitúan las tasas de prevalencia mundial de los trastornos emocionales entre un 6,5% para los trastornos de ansiedad y 2,6% para los trastornos depresivos en población infantojuvenil (entre 6 y 18 años) (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015), con una marcada comorbilidad entre ambos trastornos (Al-Asadi, Klein, y Meyer, 2015; Cummings, Caporino y Kendall, 2014). Muchos de estos adolescentes y jóvenes sufren los síntomas sin saber que lo que tienen es un trastorno de ansiedad o de depresión, intentando sobrellevarlo como pueden, haciendo lo que pueden y/o esperando que sea algo pasajero y que con el paso del tiempo desaparezcan los síntomas y se encuentren mejor.

Sin embargo, la realidad, nos indica, por una parte, el impacto negativo que suele tener la presencia de un trastorno de ansiedad en el rendimiento escolar, la vida familiar y las actividades de ocio en chavales que lo padecen (Ezpeleta, Keeler, Erkanli, Costelo y Angold, 2001), y por otra parte, que lejos de ser una situación pasajera, la presencia de trastornos de ansiedad en personas jóvenes se asocia con mayores tasas de ansiedad y depresión en la adultez temprana, así como con una serie de otros resultados adversos para la salud mental y el curso de la vida (Woodward y Fergusson, 2001). De hecho, para la mayoría de los adultos con trastornos de ansiedad y depresión, el inicio de las dificultades psicológicas fue en la niñez o la adolescencia, siendo los trastornos de ansiedad el diagnóstico previo más común (Kim-Cohen, Caspi, Moffitt, Harrington, Milne y Poulton, 2003).

Sin embargo, a pesar de estos datos y de las repercusiones negativas que tienen en la calidad de vida, bienestar y desarrollo de esos niños y jóvenes, los trastornos emocionales son los problemas de salud mental menos identificados en jóvenes, lo que los sitúa en una situación de riesgo para el inicio de problemas relacionados. A esto se une que solo alrededor del 20% de los jóvenes con trastornos de ansiedad o depresión reciben una atención adecuada desde los servicios de salud mental (Essau, Conradt, Sasagawa y Ollendick, 2012) y la mayoría de los tratamientos no son tratamientos basados en la evidencia (Kataoka, Zhang y Wells, 2002; Merikangas, He, Brody, Fisher, Bourdon y Koretz, 2010). Todo ello, pone de manifiesto la necesidad e importancia del acceso temprano a una identificación y tratamiento efectivos (Creswell, Waite y Cooper, 2014).

¿Cómo son los trastornos de ansiedad, cómo se manifiestan, cuáles son sus síntomas? Conozcamos un poco más a través de estos casos simulados:

Caso de Martín

Clase de ciencias en el instituto, 9:30 de la mañana, la profesora indica que va a nombrar a los alumnos que tienen que salir a exponer el trabajo sobre la fotosíntesis. Martín, sentado en la tercera fila de la izquierda de la clase, nota como el sudor de sus manos que comenzó ya desde la tarde de ayer cuando estaba elaborando el trabajo, va a más, se hace más intenso y no le queda más remedio que restregarse sus palmas de las manos contra su pantalón. Al mismo tiempo, su corazón late a más velocidad, es como si se le fuera a salir del pecho, su respiración también se acelera, intenta disimular inclinando su cabeza hacia el pupitre y llevándose a veces las manos hacia su frente, intentado ocultar con su brazo su expresión desenchajada. Nota un nudo en la garganta. En su mente, aparecen mensajes como “que no me toque, por favor, que no me toque”, “no quiero salir, no quiero salir”, “lo voy a hacer fatal”, “se van a reír de mí”, “me voy a poner rojo como un tomate”, “me voy a quedar en blanco”, “por favor, por favor, a mí no”...

Estas sensaciones que está experimentando Martín, no son nuevas, son viejas conocidas, ya forman parte de él. Todos los días en el instituto aparecen, en mayor o menor medida, al igual que cuando va por la calle y le para alguien para saludarle, o cuando está en el restaurante con sus padres almorzando y en las mesas del alrededor también hay otros comensales, o cuando su madre le dice que se encargue de comprar el pan de vuelta a casa teniendo que pasar por la panadería donde, además de estar siempre llena de gente, hay una dependienta que, casi siempre se le queda mirando desde que entra por la puerta y le muestra una sonrisa que a él le resulta imposible devolver.

10:25 de la mañana, a punto de terminar la clase de ciencias y parece que Martín se va a librar de exponer. Continuamente está mirando el reloj, ese reloj al que parece que a sus manecillas les cuesta avanzar. Por fin, escucha por parte de su profesora lo más deseado “los que no han salido a exponer, os recogeré el trabajo y cerramos ya este tema”. Se ha librado, no ha salido, aún recuerda la última vez que tuvo que exponer, fue en clase de tecnología, simplemente el recuerdo le hace estremecer, experimentó miedo, un miedo intenso, se quedó bloqueado en mitad de la exposición y aunque la nota final fue de un 7, él lo sintió como un fracaso.

*Para más información consultar:

<http://www.bemocion.mscbs.gob.es/emocionEstres/ansiedad/aspectosEsenciales/procesosCognitivos/home.htm>

<http://www.ansiedadystres.org/salud>

<https://kidshealth.org/es/teens/anxiety-esp.html>

Fracaso debido a su incapacidad para exponer adecuadamente y con tranquilidad, algo que cree nunca conseguirá. La tensión de su cuerpo la tuvo presente varias horas y solo ante su recuerdo sus músculos tienden a engarrotarse. Martín no es capaz de mirar a sus compañeros a la cara, intenta pasar desapercibido en clase, cuando alguien intenta hablar con él, responde con monosílabos sin establecer contacto ocular y con una voz que parece que no le sale del cuerpo. En alguna ocasión, algunos de sus compañeros, y con más frecuencia sus padres le han dicho que no sea tan tímido, que se tiene que soltar y espabilar más, que “nadie se come a nadie”. Su madre le cuenta que a ella le pasaba eso, que le costaba relacionarse con los demás y que no le quedó más remedio que cambiar y ser más abierta y que él tiene que hacer lo mismo, que se tiene que “despabilar”. “Ojalá fuera tan fácil”, piensa él, “ojalá fuera de otra manera, ojalá fuera otra persona”, piensa.

En muchas ocasiones, se ha preguntado qué es lo que le pasa y sobre todo por qué le pasa. Ha buscado y leído en internet y lo que más ha encontrado es la palabra ansiedad y fobia social. “¿Será eso lo que tengo?”, se pregunta en muchas ocasiones. También ha leído que muchas de las personas que sufren de fobia social necesitan ayuda profesional.

¿Os resulta familiar lo que le pasa a Martín? ¿Conocéis a alguien que le pase algo parecido?, ¿Es timidez o es algo más? ¿Qué es la fobia o la ansiedad social?

Según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales en su 5ª y última versión (APA, 2013), la Ansiedad social es 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. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas). Por tanto, las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad; tienden a evitarse o a escapar de ellas y si ello no es posible, se experimentará miedo o ansiedad intensa.

El miedo o la ansiedad son desproporcionados respecto a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. Además, el miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes (duran típicamente seis o más meses) y causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes en la vida de esa persona.

Precisamente esto último, es lo que puede servirnos para diferenciar entre lo que puede ser una timidez normal y un trastorno como es la fobia o ansiedad social. En la timidez, la persona puede sentir cierto malestar en determinadas situaciones sociales y sentirse incómodo, pero esto no suele interferir en su vida cotidiana, ni afectar en su calidad de vida. Sin embargo, en la fobia social la persona se siente incapacitada para llevar una vida normal.

Caso de María

María, 15 años, estudiante. Un día, camino del instituto, comienza a sentirse rara, como mareada, nota presión en el pecho, la visión de las cosas como extrañas; se detiene en mitad de la calle, se apoya en una pared, se asusta, piensa que le está pasando algo grave, le cuesta respirar, es como si le faltara el aire, cada vez más mareada, con más tensión y con más miedo. Miedo a que le pase algo malo, miedo intenso que nunca antes había experimentado. Pide ayuda, una persona se para y llama a una ambulancia. En el hospital la reconocen, le hacen pruebas y le dicen que no tiene nada físico, que probablemente ha sido un ataque de ansiedad. “¿Ataque de ansiedad? Si casi me muero”, se tranquiliza en parte, pero surgen las preguntas, “¿y por qué me ha pasado?, si no tengo nada físico, quizás puede darme otra vez, ¿no?”. Intenta tranquilizarse, intenta pensar que quizás solo ha sido esta vez, aunque no está muy convencida.

Días después, a media tarde, caminando por la calle para encontrarse con sus amigos con los que había quedado, se mira el reloj y comprueba que llega tarde. Acelera la marcha y, cerca del lugar del encentro, comienza a notar sensaciones parecidas a las de aquel día que lo pasó tan mal: un poco de debilidad, la vista un poco nublada, algo de mareo... al prestar más atención a su cuerpo, nota su corazón muy acelerado y su respiración entrecortada, comienza a sentirse peor. Coge su teléfono móvil y manda un audio en el grupo de WhatsApp de los amigos con los que había quedado. “Por favor, venid a por mí, estoy en la calle de al lado, estoy muy mal, muy mal, me está dando algo”. De nuevo pasó por el hospital y de nuevo le dijeron que había sido una crisis de ansiedad. A partir de ese momento, no sale sola de casa, siempre lo hace acompañada, evita estar en lugares donde ella cree que puede ser difícil escapar, salir o que le den ayuda. Esto está haciendo que cada vez se vea más recluida en casa, incluso ha dejado de ir al instituto y este año repite curso sin más remedio.

¿Y en el caso de María, de qué trastorno de ansiedad estamos hablando?

Le han dicho que es una agorafobia. En este caso, aparece miedo o ansiedad intensa ante diferentes situaciones que pueden ser diversas (espacios abiertos, cerrados, caminar sola...). La persona teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas de crisis de ansiedad o pánico u otros incapacitantes o embarazosos. El miedo o la ansiedad que experimenta son desproporcionados al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

Caso de Esther

Esther, 17 años, estudiando 2º de bachillerato. Es hija única. Su padre viaja bastante por motivos de trabajo. Este año tiene las pruebas de acceso a la universidad. Es una persona que se preocupa mucho,

responsable y pendiente de los demás. Lleva unos meses donde se nota nerviosa, cansada, con dolores de cabeza y no puede dormir bien. Las pruebas médicas realizadas no indican la presencia de nada físico, el médico le dijo que se tomara las cosas de otra manera, que se tranquilizara porque según él, lo que le pasaba estaba relacionado con la ansiedad. Le mandó unas pastillas y le recomendó que se preocupara menos por las cosas.

Esther es una chica muy responsable, sus notas han sido siempre excelentes. Entre semana no sale con sus amigos, solo sale los sábados y cuando coincide con que no tiene exámenes a la vista. Le gusta ser ordenada y se planifica en aquellas cosas que tiene que hacer, aunque invierte bastante tiempo porque le gusta repasar lo que hace (p.ej. trabajos de clase) hasta que ella considera que están bien. Tiene una tendencia a preocuparse por muchas cosas, cuando su padre está de viaje, le llama varias veces al día para comprobar que está bien. Si su madre se queja de que le duele algo, está pendiente de ella y son varias veces (o muchas veces) las que le pregunta a lo largo del día cómo se va encontrando, si se mejora o no. Ante algunas noticias de los telediarios, también tiende a preocuparse y pensar en las consecuencias posibles que pueden tener sobre ella, su familia, contexto más cercano e incluso sobre el mundo en general.

En el caso de Esther, nos encontramos ante otro trastorno que es la Ansiedad Generalizada. La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido. Las personas con TAG se preocupan por cosas que es improbable que sucedan o que si ocurren son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que aquellas piensan (Badós, 2015).

En los tres casos expuestos, hay algo en común entre ellos, que es la ansiedad excesiva, desproporcionada y difícil de controlar por parte de nuestros tres protagonistas. En los tres casos se pueden identificar los tres componentes de la ansiedad. Así a nivel cognitivo aparecen pensamientos relacionados con la amenaza de la situación, expectativas de peligro, de impredecibilidad, de incapacidad para hacer frente a esa situación, a las consecuencias negativas e incluso a las propias reacciones que uno mismo está experimentando o puede experimentar. A nivel fisiológico, aparece una activación psicofisiológica que se manifiesta con síntomas como: sudoración, palpitations, taquicardia, respiración acelerada, sensación de asfixia, tensión muscular, sequedad de boca, mareo, náuseas, etc. Y a nivel conductual, hay evitación de la situación temida, escape y si ello no es posible, bloqueos, intentos de distraerse, de protegerse, etc.

¿Por qué aparecen los trastornos de ansiedad?

El origen de los trastornos de ansiedad puede ser diverso; no hay una única causa, sino que es una mezcla de factores, de variables, de circunstancias

que en su conjunto hacen que una persona desarrolle un trastorno de ansiedad. Para Barlow (2002), la génesis de los trastornos de ansiedad requiere tener en cuenta tres tipos de vulnerabilidades: la vulnerabilidad biológica, la vulnerabilidad psicológica generalizada y la vulnerabilidad biológica específica.

La vulnerabilidad biológica hace referencia a una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada e incluye rasgos temperamentales que tienen un fuerte componente genético, entre los que se encuentran el neuroticismo, la introversión, la afectividad negativa (tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos negativos) y la inhibición conductual ante lo desconocido. Aunque esta vulnerabilidad es importante, el desarrollo de un trastorno de ansiedad requiere además de la existencia de una vulnerabilidad psicológica, distinguiéndose en este caso, la de tipo generalizado y la de tipo específico. La primera, la vulnerabilidad psicológica generalizada, siguiendo a Badós (2017) puede definirse como la percepción, basada en experiencias tempranas, de que las situaciones estresantes y/o las reacciones a las mismas son impredecibles y/o incontrolables. Entre las experiencias que contribuyen a esa percepción se encuentran el estilo educativo sobreprotector y falta de cariño por parte de los padres, los vínculos inseguros de apego entre el niño y sus cuidadores y la ocurrencia de eventos estresantes o traumáticos. En cuanto a la vulnerabilidad psicológica específica hace referencia a la ocurrencia de ciertas experiencias de aprendizaje (ya sea de manera directa o indirecta) que provoca o contribuye a que la ansiedad facilitada por la vulnerabilidad biológica y psicológica generalizada se focalice sobre determinadas situaciones, eventos o circunstancias, que pasan a ser consideradas como amenazantes y peligrosas.

Para cada caso, es fundamental y necesario realizar una completa evaluación para poder identificar esos elementos que han podido hacer a una persona más vulnerable en el desarrollo de un trastorno, y está bien, centrarse en la historia pasada de esa persona, para poder entender más el proceso seguido, pero es sobre todo esencial, detenerse en los elementos más actuales que forman parte de ese proceso y que son los que están manteniendo el trastorno en la actualidad. Así, por ejemplo, factores esenciales en los tres casos descritos en este trabajo son: las expectativas de peligro, de incontrolabilidad que se manifiestan con errores o sesgos cognitivos, en el sentido de que sobreestiman la amenaza y la peligrosidad de la misma, al mismo tiempo que, subestiman sus propios recursos; puesta en práctica de conductas de evitación, escape, así como de protección o defensivas que lejos de ayudar en su problema lo que hacen es alimentar más esas expectativas de peligro y esa percepción de nulo o poco control sobre las mismas. Sobre esos elementos, junto con otros, identificados a través de una completa y adecuada evaluación, se establecerá el plan de intervención a aplicar sobre las personas que sufren este tipo de trastornos. En el caso de menores, también tienen un papel importante, las personas que forman parte de su contexto más cercano, en este caso sus padres y otros familiares, dado que además de haber podido contribuir al desarrollo del trastorno, también pueden estar contribuyendo a su mantenimiento, por lo que, la intervención tendrá también que dirigirse en parte a ellos.

En relación a esto, y ante la pregunta de **cómo pueden contribuir los padres en el desarrollo y manteniendo de los trastornos de ansiedad en sus hijos**, se puede decir que las vías de influencia pueden ser diversas: a

través del modelado de conductas de miedo y de evitación; al fomentar o reforzar las respuestas de evitación mostradas por sus hijos; al reforzar quizás, inadvertidamente, las conductas de miedo a través de la atención y el refuerzo social; a través de una excesiva sobreprotección, al intentar controlar la conducta de sus hijos limitando así el rango de conductas que el menor puede aprender y exhibir, así como la puesta en práctica de habilidades para hacer frente al ambiente que le rodea de manera independiente y autónoma. Esto a su vez, influye en la percepción que tiene el niño/a sobre el grado de amenaza de los eventos y en su propia autoeficacia, lo que a su vez, puede inhibir el desarrollo de estrategias de afrontamiento. En muchas ocasiones, esas actitudes y conductas de los padres representan tentativas bien intencionadas en su intento de manejar la ansiedad que muestran sus hijos y en poder prestarles ayuda en el malestar o dificultades que manifiestan (Hirshfeld-Becker y Biederman, 2002; citado en Espinosa-Fernández, 2009).

También se señala, como factor de riesgo, la presencia de psicopatología y específicamente algún trastorno de ansiedad en los propios padres. Ello va a influir tanto en el comportamiento y la relación que establecen con sus hijos, como en el tipo de información que transmiten. Así, en padres con trastornos de ansiedad hay una tendencia a describir los problemas como irresolubles o peligrosos, lo que fomenta en sus hijos una visión negativa, amenazante de los mismos. Esto, junto al modelado de conductas ansiosas, pueden promover en el menor la formación de creencias de que no existe una manera efectiva de enfrentarse a los problemas y que no hay posibilidad de desarrollar estrategias que puedan reducir la ansiedad (Muris, Bodden, Merckelbach, Ollendick y King, 2003).

¿Cómo evaluar los problemas de ansiedad?

La evaluación requiere de instrumentos de medida válidos y fiables que permitan un diagnóstico preciso mediante la recogida de información procedente tanto del menor, como de las personas que viven en su entorno, incluido, los tutores o profesores. Actualmente, se disponen de instrumentos de evaluación que permiten medir un amplio número de problemas de ansiedad a través de diferentes informantes (para más información, véase artículo de Carrasco y Piqueras en este mismo monográfico).

Cuando hablamos de población infantil-juvenil, se requiere hacer una evaluación teniendo en cuenta, el periodo evolutivo del menor, y no solo para poder elegir los instrumentos adecuados a su edad, sino también de cara a poder concluir si existe un problema o no, distinguiendo entre los miedos, preocupaciones que aparecen “típicamente” en determinados periodos evolutivos y que se consideran adaptativos, de los que claramente, no se consideran adaptativos y que lo que están ocasionando es un malestar, un sufrimiento y una interferencia en la vida y adecuado desarrollo del menor.

De manera general, la información que es importante recoger en la comprensión de lo que le puede estar pasando al menor es la historia médica del mismo así como de su familia, historia familiar de psicopatología, desarrollo psicosocial del menor, manifestación actual de sintomatología, teniendo en cuenta parámetros típicos de intensidad, duración y frecuencia, estímulos antecedentes y consecuentes, interferencia psicosocial y malestar que esos síntomas o problema están ocasionando en el menor y también

en su familia, así como creencias, expectativas y motivación hacia el cambio (Cooper, Fearn, Willetts, et al., 2006).

Sin embargo, estos aspectos son usualmente posteriores a una detección temprana. Desafortunadamente, aunque el 50% de los problemas psicológicos se inician antes de los 14 años, la detección es aún un tema pendiente (véase último párrafo en este artículo). De acuerdo con los datos existentes, sólo alrededor de un 25% de los problemas emocionales son detectados, a pesar de ser muy frecuentes. Como consecuencia, los problemas tienden a cronificarse si no son tratados, con el gran padecimiento que eso genera, pudiendo dar lugar también, tal y como se ha señalado anteriormente, a la aparición de otros trastornos posteriores.

En el caso de las personas mencionadas en este trabajo, eso significa que únicamente una de las personas aquí ejemplificadas (Lucía, Martín, María y Esther) sería detectada, evaluada y tratada, a pesar de tener tratamientos eficaces basados en la evidencia.

Tratamientos basados en la evidencia

¿Cómo ayudar a Lucía, Martín, María y Esther?

Una buena intervención ha de estar basada en una buena evaluación y análisis de cada caso en particular, siguiendo lo señalado en el apartado anterior. De esta manera, se podrán identificar aquellos elementos sobre los que trabajar en la terapia.

Un buen profesional ha de dirigir su trabajo para conseguir los objetivos terapéuticos establecidos en cada caso en particular y para ello, ha de utilizar las herramientas, los instrumentos, las estrategias más acordes y efectivas. Y en este sentido, la psicología dispone de tratamientos eficaces que han sido evaluados científicamente (Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian y Chorpita, 2016). Un recurso gratuito para conocer dichos tratamientos basados en la evidencia y avalados por la comunidad científica es la página <https://effectivechildtherapy.org/>. “Effective Child Therapy” es una iniciativa de la *Society of Clinical Child and Adolescent Psychology* (SCCAP), como parte de la División 53 de la *American Psychological Association*.

Para el tratamiento de la ansiedad, de las terapias que han sido evaluadas y en las que investigadores y profesionales de la salud mental infanto-juvenil han encontrado evidencia que muestra que se encuentran en el nivel superior de eficacia aparecen las siguientes: la terapia cognitivo-conductual, la exposición, el modelado, la terapia cognitivo-conductual con la implicación de los padres, la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual con medicación.

Al respecto de la terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes, normalmente se trata de tratamientos de corta duración (entre 6 y 20 sesiones) que se enfocan en dotar al niño/adolescente y/o a sus padres de habilidades específicas para manejar los niveles de ansiedad. En concreto, se centra en la forma en la que los pensamientos, emociones y conductas de los niños y adolescentes se relacionan y afectan las unas con las otras. El objetivo es que éstos aprendan habilidades que les permitan conocer y regular sus emociones y pensamientos, y que puedan afrontar gradualmente sus miedos y preocupaciones. La elección de una o varias técnicas de intervención cognitivo-conductual dependerá

fundamentalmente de la naturaleza etiológica (por ejemplo, cognitiva, psicofisiológica o motora) responsable de la aparición y mantenimiento del trastorno de ansiedad. Una de las técnicas incluidas en la terapia cognitivo-conductual es la exposición a los estímulos temidos, la cual puede hacerse en imaginación o en vivo, aunque la exposición en vivo ha mostrado ser más eficaz que la primera. Es crucial realizar una jerarquía de situaciones temidas para gradualmente ir afrontándolas. Otra de las técnicas es la reestructuración cognitiva, la cual tiene como meta la modificación de las creencias y pensamientos desadaptativos que están contribuyendo a la evitación y/o escape de situaciones aversivas. De este modo, se pretende que el niño etiquete las situaciones y/o estímulos que percibe como amenazantes de manera más positiva, así como su propia competencia para hacerles frente, de modo que decrezca la ansiedad y la evitación. En este sentido, también se le enseñan estrategias de afrontamiento diversas, entre las que se incluyen la relajación, la respiración controlada, las autoinstrucciones positivas, el entrenamiento en solución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales-asertividad, especialmente destinado, este último, en casos de ansiedad social como le sucede a uno de nuestros personajes en este artículo que es Martín.

Existen estupendos recursos bibliográficos en castellano donde se pueden consultar las intervenciones destinadas a diferentes trastornos de ansiedad en población infanto-juvenil y que remitimos al lector para una mayor información (por ejemplo, en la editorial pirámide se puede encontrar no solo libros técnicos y profesionales, sino también colecciones destinadas al público no experto, así, por ejemplo es de destacar las colecciones, Guías para padres y madres y la de Sos-Psicología útil). En relación a los tratamientos basados en la evidencia, se encuentra el artículo "La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos" publicada en la Revista de Psicopatología y Psicología Clínica por el equipo liderado por el profesor Juan Antonio Moriana (Moriana y Martínez, 2011). Por otra parte, una descripción detallada de las intervenciones disponibles y otras adicionales puede leerse en el artículo de Cano-Vindel y Moriana en este mismo monográfico.

Sin embargo, a pesar de que existen herramientas terapéuticas útiles y eficaces para abordar este tipo de dificultades y trastornos en la población infanto-juvenil, el alcance de la disponibilidad de las intervenciones no siempre llega a los padres, niños, adolescentes, el sector educativo o sanitario. Entre los motivos, se encuentra, por una parte, la falta de conocimiento de tratamientos basados en la evidencia y otro la tendencia en la búsqueda de tratamientos farmacológicos, al ser más fácilmente accesibles que los psicológicos a través del sistema de salud, a lo que se une el deseo de disponer de una medicación que palíe los síntomas y molestias físicos de manera rápida.

Por otra parte, se necesita prestar más atención a adaptar culturalmente las intervenciones basadas en la evidencia para que los niños, adolescentes y familias procedentes de otras culturas o colectivos y minorías puedan beneficiarse de ellas.

Volviendo a nuestros personajes, Martín, María y Esther (e incluso Lucía, el primer ejemplo de este capítulo) son casos que, aunque ilustran algunos de los trastornos de ansiedad más frecuentes en niños y adolescentes, han sido inventados para este escrito. No han pasado en realidad, a pesar de que

es un reflejo de lo que un número nada despreciable de chavales pueden estar viviendo, experimentando y sufriendo. Pues bien, si hubiesen ocurrido realmente, tal y como se ha señalado en párrafos anteriores, probablemente sólo uno de ellos habría pedido ayuda. Las estadísticas dicen que sólo una minoría de los adolescentes con problemas de ansiedad acude a un psicólogo (Merikangas, Burstein, et al., 2010).

¿Por qué no buscar ayuda cuando se siente malestar psicológico? ¿Acaso se evita ir al médico si se siente un dolor, hay fiebre u otro síntoma que entorpezca nuestra vida cotidiana?

Una de las razones que favorece el no buscar ayuda es que, al tratarse de un problema interiorizado, frecuentemente no es percibido por los adultos; o en caso de que lo sea, los adultos tienden a minimizar el impacto, sufrimiento e interferencia que la ansiedad puede provocar en los adolescentes. Según Ford y cols. (2008) el acudir o no al servicio de salud mental infanto-juvenil está determinado por tres factores: el impacto del trastorno en los padres, la percepción de los padres de que el adolescente tiene un problema y el contacto previo con profesores o profesionales de atención primaria. Es decir, por elementos ajenos al propio adolescente. No importa tanto la frecuencia o la intensidad en la que se den los síntomas en la persona. En realidad, la búsqueda de ayuda, cuando hablamos de menores, depende sobre todo de la opinión de los padres, de la percepción que ellos tengan sobre si lo que le pasa a su hijo es problemático o no. Normalmente, muchos padres piensan que cuando su hijo muestra síntomas de algún trastorno de ansiedad, lo que están viendo es un defecto del carácter de su hijo, una muestra de falta de control de emociones que se arregla con más voluntad por parte del afectado (“esto se le pasará con el tiempo”, “si se esforzara más, no estaría danto la nota, ni quejándose tanto”...). Y es entonces cuando surge la frase que todo lo soluciona: “tú lo que tienes que hacer es tranquilizarte y dominarte. Mírame a mí, con las preocupaciones que tengo y no voy por ahí lloriqueando y, quejándome como tú y sobre todo preocupándome o teniendo ese miedo que tú dices de cosas que son tonterías”. Con lo que al adolescente le queda perfectamente claro que sus padres se preocupan por él, lo quieren con locura y que son absolutamente incapaces de ofrecerle ayuda o comprensión.

Por otra parte, el tercer factor señalado por Ford y cols. (2008), el tipo de contacto previo con profesionales de atención primaria o de la educación, que puede verse influido por variables tan dispares como la capacitación de esos profesionales (que con toda la buena intención de la que son capaces, empeoren el problema por su falta de pericia o de experiencia), la confianza que el adolescente sea capaz de otorgarles (teniendo en cuenta el tipo de problema que tiene en el que todo es causa de miedo, como ser juzgado, ser traicionado o incomprendido; así como la etapa tan conflictiva en la que vive, como es la adolescencia, llena de inseguridades y de incertidumbres) o, simplemente, por el desinterés o la desgana a la hora de desempeñar su trabajo. Por otra parte, al hilo de lo señalado en párrafos anteriores, los síntomas físicos que acompañan a la ansiedad tienden a ser los más salientes y los que se perciben antes, lo que hace que, si se decide pedir ayuda, se acuda en primer lugar al médico. El que, además de la atención médica que el menor que presenta un trastorno de ansiedad, reciba otro tipo de intervención de tipo psicológica, va a depender en parte, de lo que el médico pueda deducir tras su exploración e indique y recomiende a la familia, el cómo reacciona ésta sobre la información dada, el cómo vaya

evolucionando el menor y la disponibilidad de recursos a los que pueda acudir o utilizar la familia y el menor.

Así pues, sería necesario **aumentar la información** sobre esta problemática en los padres y profesionales de la educación y salud primaria, pero también entre los propios adolescentes. En este sentido, la falta de **alfabetización emocional** de los adolescentes les lleva a percibir la presencia de problemas de ansiedad como algo que debe ser ocultado para evitar el estigma (“van a pensar que soy débil, que no valgo ni para controlarme a mí mismo”). Como consecuencia, muchos menores con problemas de ansiedad sufren no sólo por los síntomas y la discapacidad provocada por estos problemas, sino también por los estereotipos y prejuicios relacionados con la presencia de un problema de ansiedad, así como por la aceptación de ese estereotipo como la verdad absoluta. Los adolescentes son una de las poblaciones con un mayor riesgo de estigma y a su vez, son un grupo de edad en el que sentirse diferente cobra una importancia crucial en el desarrollo del bienestar emocional. Se puede decir que el estigma y la discriminación asociada son otros de los factores relacionados con la no búsqueda de tratamiento entre adolescentes con problemas de salud mental, lo que supone que una buena parte los adolescentes pueden verse privados de las oportunidades educativas, sociales, familiares, laborales y económicas que otras personas sin ningún problema mental tendría (para más información al respecto véase el artículo de Casañas y Lalucut en este mismo monográfico).

Por tanto, se puede decir que el estigma y la discriminación (que lo que refleja es una falta de información sobre lo que son los trastornos mentales y/o alteraciones emocionales), junto con la incompreensión de padres y de algunos profesionales de la educación o de salud primaria son la principal barrera que los adolescentes con ansiedad se encuentran para su recuperación, bienestar y, en definitiva, para alcanzar una vida plena y normalizada.

En consecuencia, se considera necesario, aumentar la información sobre lo que supone la salud mental y emocional entre los niños y jóvenes, padres, familias e incluso entre los profesionales del ámbito educativo y ámbito sanitario. A este respecto, especialmente destinado a los padres y cuidadores, con el objetivo de proporcionar información útil sobre problemas de salud mental en los niños y adolescentes, incluyendo las opciones de tratamiento basadas en la evidencia (tratamientos con apoyo científico) disponibles, se encuentra esta página de la Sociedad de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes y el Centro para Niños y Familias de la Universidad Internacional de Florida: <http://effectivechildtherapy.fiu.edu/parents>. En ella se muestra una serie de videos breves de entrevistas con expertos en problemas específicos que experimentan las familias y los niños.

Así mismo y junto a lo anterior es necesario el diseño e implementación de protocolos de detección temprana e interdisciplinares que permitan que los menores de edad puedan ser identificados tempranamente de modo que se puedan beneficiar de una intervención basada en la evidencia.

Es tarea de los adultos, padres, el sector educativo y sanitario el ayudar a la detección y la intervención sobre estos problemas. Para ello, los profesionales de la salud mental pueden ayudar con programas de sensibilización y alfabetización emocional dirigidos a la población que rodea a los menores. Sin duda, la labor de profesionales de otras disciplinas también puede contribuir a la detección de estos problemas (p. ej, las

tecnologías de la información y comunicación, la epigenética, el análisis de la microbiota y del lenguaje de los niños y adolescentes, la salud pública, los patrones de hábitos saludables, etc.).

Hay mucho hecho, mucho camino recorrido en la comprensión de los trastornos mentales, y en concreto los relacionados con la ansiedad; sobre cómo definirlos, cómo entenderlos, como identificarlos, cómo detectarlos, cómo evaluarlos, cómo intervenir sobre ellos, como prevenirlos (un ejemplo, lo tenemos en los diferentes artículos que aparecen en este monográfico). Y esto no para, es un avance continuo el que realiza la psicología como disciplina científica en el intento de aumentar nuestro conocimiento, mejorar los recursos disponibles, dar respuesta a aquellos casos y situaciones donde no se llega adecuadamente. Pero lo que tenemos en la actualidad, es ya tan importante, son tanto los datos y recursos disponibles que entre todos hay que hacer un esfuerzo para que todo ese conocimiento y recursos pueda ser utilizado, pueda llegar al mayor número de personas posibles y consigamos así, promocionar la salud mental y emocional de los niños y jóvenes, prevenir la aparición de trastornos mentales e intervenir con las mayores garantías posibles en aquellos casos en los que ya es necesario. Terminamos con la frase recogida en el Informe de la Red PROEM (<http://redproem.es>) "No hay futuro sin adolescentes emocionalmente sanos". Y a Lucia, Martín, María y Esther los queremos así, emocionalmente sanos.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido apoyado por el proyecto PSI2016-79241-R financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, la Red PROEMA "Promoción de la salud mental emocional en adolescentes" otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association** (2013). *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, 5th. Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Al-Asadi, A. M.; Klein, B., y Meyer, D.** (2015). "Multiple comorbidities of 21 psychological disorders and relationships with psychosocial variables: a study of the online assessment and diagnostic system within a web-based population", *Journal of Medical Internet Research*, 17 (2), e55. doi: [10.2196/jmir.4143](https://doi.org/10.2196/jmir.4143)
- Badós, A.** (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada. Guía para el terapeuta*. Madrid Síntesis
- Badós, A.** (2017). *Fobias específicas*. Universidad de Barcelona. diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115722/1/Fobias%20especificas.pdf
- Barlow, D. H.** (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Cooper, P. J.; Fearn, V.; Willetts, L.; Seabrook, H., y Parkinson, M.** (2006). "Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders", *Journal of Affective Disorders*, 93, 205-212. doi: [10.1016/j.jad.2006.03.017](https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.017)
- Creswell, C.; Waite, P., y Cooper, P. J.** (2014). "Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents". *Archives of Disease in Childhood*, 99, 674-678. [dx.doi.org/10.1136/archdischild-2013-303768](https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-303768)
- Cummings, C. M.; Caporino, N. E., y Kendall, P. C.** (2014). "Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after". *Psychological Bulletin*, 140 (3), 816-845. doi.org/10.1037/a0034733
- Espinosa-Fernández, L.** (2009). "Ansiedad infantil e implicación de los padres. Una revisión". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17 (1), 67-87.

- Essau, C. A.; Conradt, J.; Sasagawa, S., y Ollendick, T.H.** (2012). "Prevention of anxiety symptoms in children: results from a universal school-based trial". *Behavior Therapy*, 43 (2), 450-64. doi: [10.1016/j.beth.2011.08.003](https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.003)
- Ezpeleta, L.; Keeler, G.; Erkanli, A.; Costello, E. J., y Angold, A.** (2001). "Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42 (7), 901-914. doi: [10.1111/1469-7610.00786](https://doi.org/10.1111/1469-7610.00786)
- Ford, T.; Hamilton, H.; Seltzer, H., et al.** (2008). "Predictors of service use for mental health problems among British schoolchildren". *Child & Adolescent Mental Health*, 13 (1), 32-40.
- García-Lopez, L. J., y Storch, E. A.** (2008). "Prólogo". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16, 357-630.
- Higa-McMillan, C. K.; Francis, S. E.; Rith-Najarian, L., y Chorpita** (2016). "Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety". *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 45, 91-113, <http://doi.org/10.1080/15374416.2015.1046177>
- Hirshfeld-Becker, D. R., y Biederman, J.** (2002). "Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders". *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 161-172.
- Kataoka, S. H.; Zhang, L., y Wells, K. B.** (2002). "Unmet need for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status". *American Journal of Psychiatry*, 159 (9), 1548-1555. doi: [10.1176/appi.ajp.159.9.1548](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1548)
- Kim-Cohen, J.; Caspi, A.; Moffitt, T. E.; Harrington, H.; Milne, B. J., y Poulton, R.** (2003). "Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort". *Archives of General Psychiatry*, 60, 709-17. doi: [10.1001/archpsyc.60.7.709](https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.709)
- Merikangas, K. R., et al.** (2010). "Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A)". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50 (1), 32-45.
- Merikangas, K. R.; He, J. P.; Brody, D.; Fisher, P. W.; Bourdon, K., y Koretz, D. S.** (2010). "Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES". *Pediatrics*, 125 (1), 75-81.
- Moriana, J. A., y Martínez, V. A.** (2011). "La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (2), 81-100. doi: [10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353)
- Muris, P.; Bodden, D.; Merckelbach, H.; Ollendick, T. H., y King, N. J.** (2003). "Fear of the beast: a prospective study on the effects of negative information on childhood fear". *Behavior. Reserch. Therapy*, 41, 195-208
- Polaczyk, G. V.; Salum, G. A.; Sugaya, L. S.; Caye, A., y Rohde L. A.** (2015). "Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56 (3):345-65. doi: [10.1111/jcpp.12381](https://doi.org/10.1111/jcpp.12381)
- Woodward L. J., y Fergusson D. M.** (2001). "Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1086-93. doi: [10.1097/00004583-200109000-00018](https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00018)