

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA (*)

Dra. Carmen Bragado Álvarez

Facultad de Psicología (U.C.M.)

RESUMEN

En este artículo se ofrece una revisión de las aportaciones de la Terapia de Conducta al tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en la infancia. Tras revisar la clasificación de estos trastornos según el DSM-III(R), se presentan los resultados de las técnicas principales de la T.C en estos casos. Se resumen también las conclusiones que se derivan de las publicaciones españolas y se ofrecen algunas sugerencias para estudios futuros.

SUMMARY

In this paper a review is made of the main contributions of Behavior Therapy to the treatment of Anxiety Disorders in childhood. After reviewing the classification of those following DSM-III(R), the main results of behavioral techniques in these cases are presented. The conclusions of the main results in the Spanish publications are presented as well, and suggestions for the future research are also offered.

(*) Comunicación presentada en el II Congreso Nacional del Colegio de Psicólogos. Valencia, Abril 1.990.

INTRODUCCION

El objetivo de esta comunicación es ofrecer un avance-resumen de un trabajo mucho más amplio sobre "Las Aportaciones de la Terapia de Conducta al Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en la Infancia", cuya finalidad esencial consiste en proporcionar al terapeuta de conducta infantil un conocimiento actualizado a las Técnicas de Tratamiento más utilizadas, su grado de eficacia terapéutica y el apoyo empírico de las mismas.

Durante todo el año pasado y lo que llevamos de éste, hemos estado trabajando en este proyecto y hemos efectuado una revisión bibliográfica bastante extensa (más de 200 referencias han sido analizadas) sobre publicaciones españolas y extranjeras de los últimos 10 años, cuyos resultados y conclusiones esperamos poder ofrecer próximamente.

Debido a que el espacio de que disponemos aquí es limitado, dedicaré mi exposición a los siguientes contenidos:

(a) Enumeración de los trastornos de ansiedad en la infancia, con el propósito de delimitar el campo de estudio.

(b) Resultados generales, extraídos básicamente de algunos trabajos de revisión, sobre miedos y fobias infantiles. En nuestra investigación hemos clasificado las distintas publicaciones en cuatro grandes categorías a fin de realizar un mejor análisis de los datos: Trabajos Clínicos, Trabajos Análogos, Mixtos y de Revisión.

(c) Síntesis de los resultados obtenidos en el análisis de las publicaciones españolas.

(d) Conclusiones finales.

(A) Enumeración de los trastornos de ansiedad en la infancia

Siguiendo la clasificación del D.S.M. III, tanto en su versión original (1980) como en la revisada (1987), el listado de los trastornos por ansiedad se encuentra dividido en dos secciones (ver Tabla nº 1):

1.- Trastornos por Ansiedad en la Infancia y Adolescencia, subdividida en 3 categorías:

- Ansiedad de separación
- Trastorno por evitación
- Trastorno por ansiedad excesiva.

En las dos primeras, la ansiedad aparece relacionada con situaciones específicas (marcado temor a separarse de las personas a las que el niño se encuentra afectivamente vinculado o ante personas des-conocidas), mientras que en la tercera, la ansiedad se generaliza a una gran variedad de situaciones (preocupación por acontecimientos futuros, cumplimiento de obligaciones comportamientos pasados, etc.).

Tabla 1.- Clasificación general de los Trastornos de ansiedad (DSM III vs. DSM III-R)

1. TRASTORNOS POR ANSIEDAD DE LA INFANCIA O ADOLESCENCIA	
<ul style="list-style-type: none">- Trastornos por Angustia de separación- Trastornos por Evitación- Trastornos por Ansiedad excesiva	
2. TRASTORNOS POR ANSIEDAD	TRASTORNOS POR ANSIEDAD (O NEUROSIS DE ANSIEDAD Y NEUROSIS FOBICA)
2.1. Trastornos Fóbicos (o Neurosis Fóbica)	- Tr. por Angustia (con o sin Agorafobia)
<ul style="list-style-type: none">- Agorafobia (con o sin crisis de Angustia)- Fobia Social- Fobia Simple	<ul style="list-style-type: none">- Agorafobia (sin crisis de An- gustia)- Fobia Social- Fobia Simple
2.2. Estados de Ansiedad (o Neurosis de Ansiedad)	
<ul style="list-style-type: none">- Trastornos por Angustia- Tr. Ansiedad Generalizada- Tr. Obsesivo-Compulsivos- Tr. por Estrés Postraumático	<ul style="list-style-type: none">- Tr. Obsesivo-Compulsivos- Tr. por Estrés Postraumático- Tr. por Ansiedad Generalizada
(DSM III) 1980	(DSM III-R) 1987

Todos estos desórdenes parecen característicos de la etapa infantil, pero los trastornos por Ansiedad en la Infancia no se agotan en esta clasificación, sino que los niños pueden manifestar además los trastornos incluidos en una segunda sección denominada:

2.- Trastornos por Ansiedad (o neurosis fóbicas y de Ansiedad), categoría que incluye:

- Trastornos por Angustia con o sin agorafobia
- Agorafobia sin historia de crisis de Angustia
- Fobia social
- Fobia simple
- Trastornos Obsesivo-Compulsivo (T.O.C.)
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por Ansiedad generalizada

Tabla 2.- Edad de comienzo de Trastornos por Ansiedad (Thyer, 1987, pág. 22)

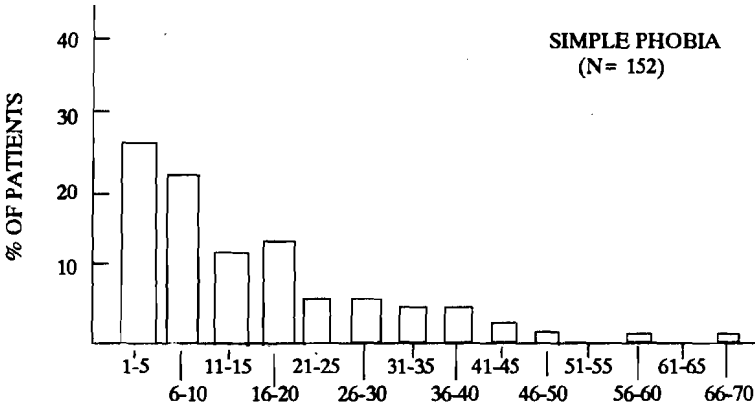


Figure 1. Distribution of the age of onset (in five-year time periods) for 152 patients with simple phobia. From Thyer, Parrish, Curtis, Cameron, and Nesse (1985, p. 118)

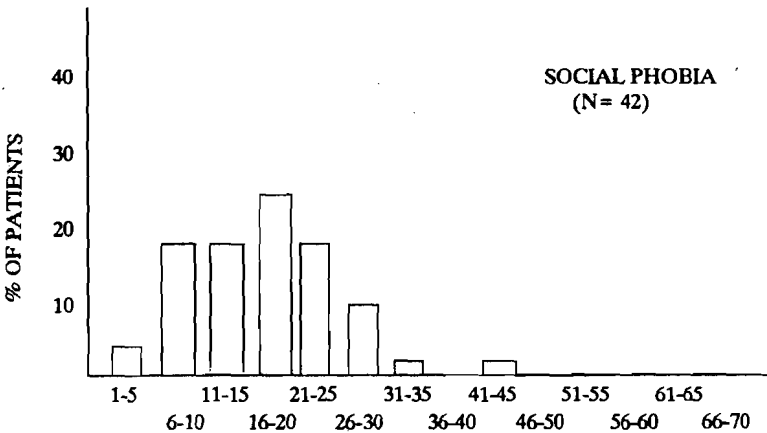


Figure 2. Distribution of the age of onset (in five-year time periods) for 42 patients with social phobia. From Thyer, Parrish, Curtis, Cameron, and Nesse (1985, p. 118)

Tabla 3.- Edad de comienzo de Trastornos por Ansiedad (Thyer, 1987, págs. 63,65,97,112)

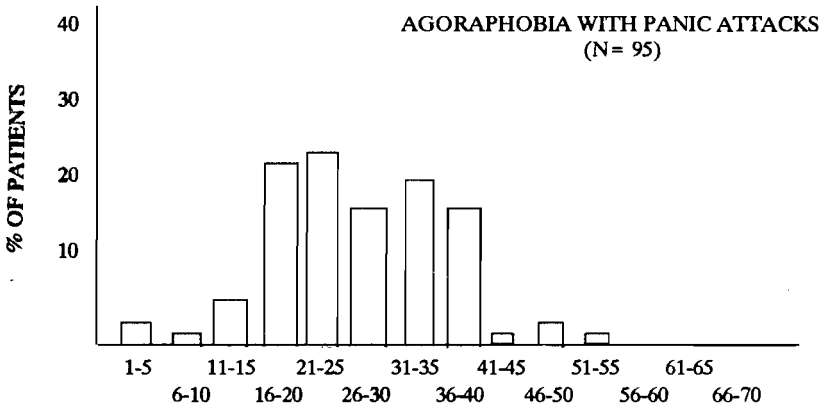


Figure 8. Distribution of the age of onset (in five-year time periods) for 95 patients with agoraphobia with panic attacks. From Thyer, Parrish, Curtis, Cameron, and Nesse (1985, p. 117)

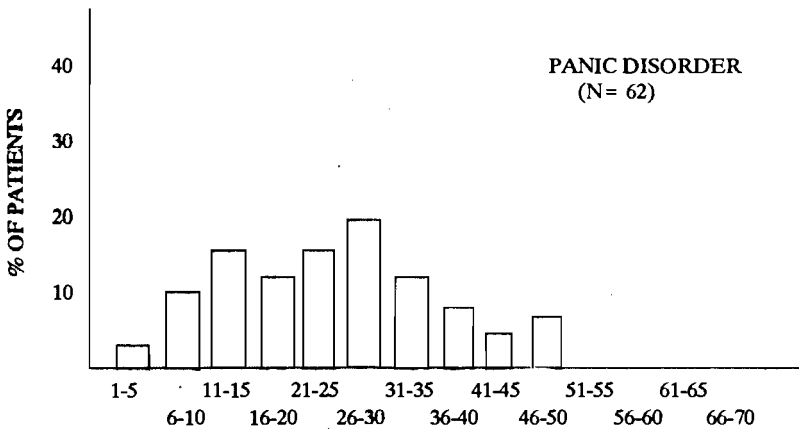


Figure 9. Distribution of the age of onset (in five-year time periods) for 62 patients with panic disorder. From Thyer, Parrish, Curtis, Cameron, and Nesse (1985, p. 119)

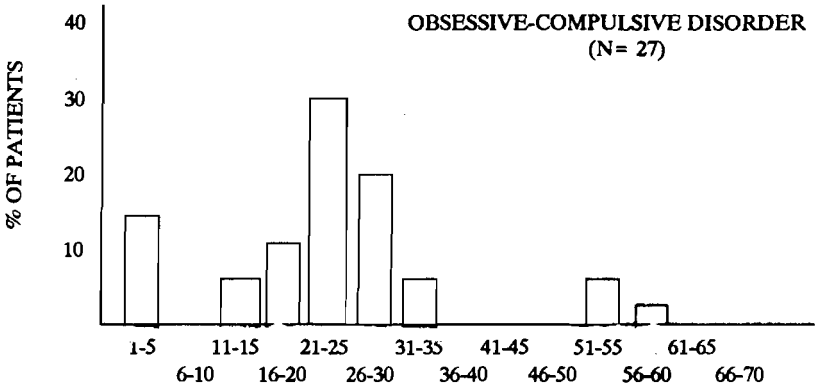


Figure 10. Distribution of the age of onset (in five-year time periods) for 27 patients with obsessive compulsive disorder. Reprinted from Thyer, Parrish, Curtis, Cameron, and Nesse (1985, p. 119)

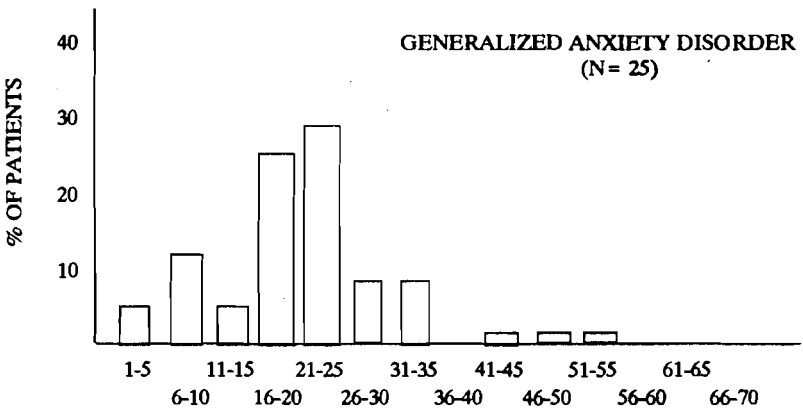


Figure 12. Distribution of the age of onset (in five-year time periods) for 25 patients with generalized anxiety disorder. From Thyer, Parrish, Curtis, Cameron, and Nesse (1985, p. 120)

- Trastornos por Ansiedad N.E.

Aunque pudiera pensarse que la mayoría de los trastornos aquí enumerados parecen estar más relacionados con la edad adulta que con la infantil, un análisis individualizado de cada uno de ellos revela un panorama algo diferente.

En concreto, las fobias simples y las fobias sociales parecen ser las que con más frecuencia se han reportado en los estudios epidemiológicos infantiles (Ollendick y Francis, 1988). Por otro lado, los datos de THYER y otros (1985) (*) sobre la edad de comienzo de las fobias y otros trastornos de Ansiedad, ponen de manifiesto que las fobias simples y sociales suelen aparecer en la primera infancia o al inicio de la adolescencia; de hecho, la edad media de comienzo se sitúa, en ambos casos, entre 12-16 años. (Ver Tabla nº 2).

Respecto a los demás, llama la atención que aunque la edad media de comienzo se establece en torno a los 20-28 años para los trastornos por Angustia con o sin agorafobia (20 y 25 años, respectivamente), la Ansiedad generalizada (28 años) y el trastorno Obsesivo-Compulsivo (25 años), los histogramas muestran que en un gran número de casos (entre el 30%-40%) el problema se inició mucho tiempo antes (Ver Tabla nº 3).

Finalmente, resulta obvio que el trastorno por estrés postraumático puede acontecer a cualquier edad y, de hecho el D.S.M. III-R señala unas "características específicas" cuando éste tienen lugar en la infancia.

Posiblemente, como han indicado algunos autores, deberían añadirse a esta relación algunos trastornos más, que, aunque no estén incluidos específicamente entre los desórdenes de Ansiedad, es precisamente la Ansiedad lo que constituye el núcleo básico del problema. Nos referimos a los "terrores nocturnos" (Morris y Kratochwill, 1983), caracterizados por una intensa ansiedad y cuyo inicio parece acontecer entre 4- 12 años. El D.S.M. III (1980) lo incluía entre los trastornos con inicio en la infancia y adolescencia dentro de la categoría de "otros trastornos con manifestaciones físicas", en tanto que el D.S.M. III-R (1987) lo clasifica entre los trastornos del sueño (Parasomnias).

Werry (1986) propone incluir también el "trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso" y la hipocondría. El primero se caracteriza por la aparición de gran preocupación, inquietud y nerviosismo como reacción ante la presencia de un estresor psico-social claramente identificable; puesto que varios estresores suelen estar asociados a ciertas etapas del desarrollo (escolarización), la inclusión de este trastorno nos parece acertada.

Respecto a la hipocondría, clasificada dentro de los trastornos somatoformes, también parece adecuado tenerla en cuenta, ya que el aspecto que la caracteriza es un fuerte temor ante las enfermedades. El trastorno puede comenzar a "cual-

(*) Recogidos por Thyer (1987)

quier edad" (D.S.M. III-R) y no es infrecuente que los niños manifiestan este tipo de temores.

(B) Resultados generales sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia, extraídos de los estudios de revisión

El primer aspecto a destacar es el escaso número de trabajos publicados sobre el tratamiento conductual de los miedos y fobias infantiles, comparado con el gran volumen de publicaciones que abordan estos aspectos en el caso de los adultos.

Posiblemente, la revisión de GRAZIANO, DE GIOVANNI y GARDIA (1979) es una de las revisiones más amplias y sistemáticas sobre el tema, y a nuestro juicio ha tenido un fuerte impacto en las publicaciones posteriores, probablemente porque en este trabajo se ofrece un panorama "bastante desolador".

Según sus propias palabras, estos autores se quedaron "sorprendidos" al constatar que desde 1924, fecha en la que JONES publica el tratamiento conductual de un niño (Pedro) con un fuerte temor a las ratas blancas, conejos, etc., solamente se habían publicado 40 estudios sobre casos clínicos de miedos infantiles desde una orientación conductual, lo que suponía una media de menos de 1 publicación por año, en los 54 que habían transcurrido hasta su revisión.

Estas 40 publicaciones implicaban a un total de 130 niños de los que alrededor de 112 (86%) presentaban fobia escolar, quedando sólo 18 casos para todos los demás miedos infantiles. Considerando *la gran variedad* de miedos incluidos en estudios normativos y en las escalas de evaluación, parece que el número de fobias que requieren tratamiento es muy escaso. Además la gran mayoría de las publicaciones (35) habían aparecido a partir de 1960.

Estos datos señalan varios aspectos de interés:

- Desde un punto de vista bibliométrico, que existe una laguna temporal de casi 40 años en que prácticamente no se publica sobre el tema.

- Que la fobia escolar parece el trastorno más frecuente, o al menos el que requiere una mayor atención por parte de los clínicos y de los padres, a juzgar por el número de publicaciones.

- Que la incidencia clínica de las fobias infantiles es muy escasa.

Respecto a las técnicas de tratamiento utilizadas en este grupo de estudios, es importante diferenciar entre las seguidas en el caso de fobia escolar y en el resto de las fobias.

En el primer caso (fobia escolar), se utilizaron 3 procedimientos derivados del C. Clásico:

- (1) D.S. en imaginación o variaciones de esta técnica como la imaginación emotiva (arts.)

(2) D.S. en vivo (4 arts.)

(3) Implosión - inundación (2 arts.)

También fueron 3 los procedimientos utilizados desde un paradigma operante:

(1) Manejo de contingencias en el hogar (6 arts.)

(2) Manejo de contingencias en la escuela (4 arts.)

(3) Moldeamiento o aproximaciones sucesivas (2 arts.)

Sin embargo, conviene hacer notar que estas técnicas no se utilizaron aisladamente, sino que en la mayoría de las publicaciones se emplearon programas terapéuticos combinados en los que se incluían varios de los procedimientos mencionados.

En el resto de las fobias, el tratamiento utilizado se apoyaba básicamente en principios derivados del Condicionamiento Clásico. El procedimiento más utilizado fue la *Desensibilización sistemática en vivo*. En varios trabajos la D.S. en vivo fue empleada después de algunos intentos en que la D,S, en imaginación había resultado infructuosa; en otros, se utilizaron ambos procedimientos.

Además de los estudios de caso no controlados, GRAZIANO DE GIOVANNI y GARCIA, reseñaron un total de 28 estudios controlados, publicados en el mismo periodo de tiempo, de los cuales 26 son considerados estudios *análogos* puesto que se referían a miedos de moderada intensidad que no cumplían los requisitos de las fobias. Solamente 2 artículos trataban sobre miedos de significación clínica. (Ver Tabla nº 4).

Las técnicas de tratamiento utilizadas en estas publicaciones, fueron en su mayoría *técnicas de modelado*, seguidas en 20 de los 28 estudios. En todos estos casos los miedos eran de moderada intensidad.

En el resto, 6 estudios, incluidos los 2 clínicos, se utilizaron procedimientos complejos que implicaban métodos operantes de Condicionamiento Clásico y de modelado. Por último, sólo en un trabajo se usaba la *Práctica reforzada* y en otro, *estrategias cognitivas* (autoinstrucciones).

La temática de los miedos tratados era bastante restringida:

- Temor o ansiedad anticipatoria relacionadas con la visita al dentista o una próxima intervención quirúrgica (9 arts.).

- Miedo a los animales (7 arts.).

- Miedo a la interacción social (5 arts.).

- Temor a la oscuridad (3 arts.).

- Temor al W.C. (1 arts.).

- Ansiedad ante exámenes (2 arts.)

Al mismo tiempo que Graziano y Colegas, Ollendick (1979) publica otra revisión sobre el mismo tema. Prácticamente todos los estudios analizados en su trabajo, a excepción de 9 (3 estudios de casos no controlados y 6 controlados), se encuentran incluidos en la revisión de Graziano. Sus resultados y conclusiones son bastante similares, por lo que las comentaremos conjuntamente.

Tabla 4.- Resultados obtenidos en los trabajos de revisión. Estudios controlados

AUTOR/RES	TEMA	D.S. SOLA O COMBINADA CON OTRAS TECNICAS	T. MODELADO	T. OPERANTES (PR. REFORZADA)	T. COGNITIVAS
GRAZIANO ET AL (1979)	Miedos y fobias	6 arts.: - 5 análogos - 2 clínicos (de resultado)	20 arts. análogos	1 art.: análogo	1 art.: análogo
OLLENDICK (1979)	Miedos y fobias	4 arts.: - 2 análogos - 2 clínicos (de caso)	2 arts.: análogos	-----	-----
WELLS Y VITULANO (1984)	Miedos y fobias	1 art.: análogo	-----	-----	-----
OLLENDICK Y FRANCIS (1988)	Miedos y fobias	1 art.: análogo	4 arts.: análogos	-----	3 arts.: clínicos
TOTALES		12	28	1	4

NOTA: En cada revisión se han excluido los estudios que ya estuvieran recogidos en las anteriores

1.- En primer lugar y como conclusión general, podemos afirmar que existen pocos datos que avalen la utilización de los distintos métodos de tratamiento con poblaciones clínicas y miedos de cierta intensidad.

2.- En cuanto a la efectividad de las técnicas de tratamiento parece que (Ver la Tabla Nº 4):

(a) Respecto a la DESENSIBILIZACION SISTEMATICA:

- Solamente dos estudios con metodología experimental apoyan la eficacia de la D.S. en imaginación con niños mayores de 11 años, aunque en ambos casos fué necesario introducir procedimientos específicos para mantener los cambios terapéuticos a largo plazo (Ollendick, 1979).

- Al menos 3 estudios análogos indican también que la D.S. en imaginación es útil en la reducción de miedos leves o moderados (exámenes o evaluación) con niños entre 11-15 años. En tanto que un estudio (Kelley, 1976) señaló que la D.S. (presentando los E.E. temidos a través del juego, más que en imaginación o en vivo) era totalmente inoperante para reducir el miedo a la oscuridad en niños pequeños.

- Los estudios de caso no controlados *sugieren* que con miedos clínicos y niños menores de 11 años resulta más útil la D.S. en vivo que en imaginación y que parece más aconsejable utilizar agentes de contracondicionamiento diferentes a la relajación, tales como el juego, el contacto personal, la comida, música, etc..

- A pesar de lo anterior, conviene mencionar que no existen estudios que hayan investigado experimentalmente la eficacia diferencial entre las dos formas de D.S.

- Solamente un trabajo (Miller et al, 1972) investiga la efectividad diferencial de la D.S. con otros métodos de trabajo (Psicoterapia). Los autores trataron un total de 67 niños (6-15 años) con múltiples fobias y no encontraron diferencias entre ambos procedimientos. Hecho no sorprendente porque los dos grupos experimentales contenían aspectos comunes como el manejo de contingencias.

En suma, la evidencia existente no es muy halagadora y como señala Ollendick (1979): "el apoyo empírico disponible para el uso de la D.S. con niños es alentador pero no abrumador".

(b) Los METODOS DE MODELADO tienen aún menos apoyo clínico; todos los estudios controlados son análogos lo que implica varias cuestiones:

- Los miedos tratados son de escasa intensidad

- Los niños de estos estudios no son representativos ni de la población clínica ni de la general (Graziano y otros, 1979), debido básicamente a la procedencia de las muestras, guarderías universitarias, escuelas parroquiales, etc.

- El rango de miedos es bastante restringido: a animales, ansiedad a dentista o médicos y ansiedad a la interacción social.

- La duración del tratamiento oscila entre 8 minutos y 4,30 horas, aspecto poco esperable en una situación clínica.

- Todas estas cuestiones reducen considerablemente la posibilidad de generalizar sus resultados y métodos al trabajo clínico.

Sin embargo poseen una metodología experimental cuidadosa que permite extraer ciertas consistencias:

1.- Las técnicas de modelado se muestran eficaces en la reducción de miedos moderados.

2.- La investigación sugiere que el modelado participante es el más efectivo.

3.- El modelado simbólico tiene importantes implicaciones en el terreno preventivo y de preparación ante situaciones generadas de ansiedad (médicos, intervenciones quirúrgicas, etc.)

4.- Respecto a las *variables del modelo* parece que:

- Si el modelo posee una edad similar a la del niño se obtienen mejores resultados.

- El modelo de "enfrentamiento" parece más efectivo que el modelo "de dominio", aunque este aspecto no se ha investigado específicamente.

5.- Ollendick (1979) ha efectuado una estimación sobre el grado de eficacia de cada uno de los métodos de modelado, calculando el % de sujetos que obtenían éxito, definido por el número de sujetos que ejecutaban la respuesta de aproximación al objeto temido. El nivel de éxito resultó de un 25-50% para el *modelado filmado* (simbólico) (6 arts.); 50-67% para el *modelado en vivo* (4 estudios) y entre un 80-92% para el *modelado participante*.

Sin embargo, se desconoce la *estabilidad* de estos logros ya que la fase de seguimiento en estos estudios nunca superó el mes.

Solamente un estudio de caso no controlado se ha publicado con miedos clínicos (Ross, Ross y Evans, 1971); un niño con un temor tan fuerte a las relaciones interpersonales, que incluso se negaba a observar representaciones simbólicas de niños. Los autores tuvieron que emplear un gran número de sesiones e incluir diversos procedimientos además del modelado. Este trabajo es representativo de dificultad que entraña trasladar los resultados procedentes de estudios análogos a la clínica.

(c) En cuanto a los METODOS OPERANTES (Práctica reforzada) Y ESTRATEGIAS COGNITIVAS, como puede observarse en la Tabla Nº 4, el apoyo experimental es muy pequeño para ambos procedimientos.

En 1988, la revista BEHAVIOR MODIFICATION dedica su número 2 a un estudio monográfico sobre los trastornos de ansiedad en niños, clasificándolos según el D.S.M. III (1980). El número es coordinado por Cynthia Last, que en su presentación adelanta una conclusión general, repetida sistemáticamente en todos los artículos:

- En primer lugar hace notar el escaso número de publicaciones sobre el tema en los últimos 20 años y el contraste que sigue existiendo respecto a el número de publicaciones sobre estos problemas en sujetos adultos.

Tabla 5.- Tiempo de revisión y Nº de publicaciones aparecidas en revistas españolas

REVISTAS	ANÁLISIS Y MODIFICACION DE CONDUCTA	ESTUDIOS DE PSICOLOGIA	REV. ESPAÑOLA DE TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO	REV. DE PSICOLOGIA GENERAL Y APLICADA	TOTALES
AÑOS	1975 - 1989	1980 - 1989	1982 - 1988	1978 - 1989	
Volumen y / o números (Total números)	1 - 15 / 1 - 43 (43)	- / 1 - 40 (40)	0 - 6 / - (19)	33 - 42 / - (58)	(160)
Nº Publicaciones	5 (11,63%)	0	4 (21,05%)	1 (1,72%)	10 (6%)

(*) El porcentaje que figura entre paréntesis se ha obtenido dividiendo el Nº de publicaciones por el total de números revisados, con el propósito de obtener un indicador sobre la atención dedicada por cada Revista a los problemas de ansiedad en la infancia

Tabla 6.- Características generales de los estudios publicados en revistas españolas

REVISTAS	TIPO DE ESTUDIO		TIPO DE TRASTORNO (Nº Sujetos y edad)	TECNICAS DE TRATAMIENTO
	CONTROLADO	NO CONTROLADO		
ANALISIS Y MODIFICACION DE CON- (5 estudios)	1: Análogo Comparativo	4 (Clínicos): 2= con medidas pre-post tratamiento 2: Hª de caso	C = (1) Puntuación escala de Miedos. (N = 36), 4-9 años NC = (2) T.O.C. (N = 1; 6 años) (3) Ansiedad fracaso (4) Fobia oscuridad - Soledad (N = 3; 6-7 años) (5) Multifobias (oscuridad, ruidos, inyecciones, etc) (N = 11; 3-8)	C = (1) Información Etiología vs. Mod. participante vs. Mod. Simbólico (2) Extinción (casa-colegio) (3) Relajación + Reestr. Cognitiva + Concentración tarea + manejo contingencias ambientales. (4) Aproximación graduada + Ref. material + RR. inhibidoras ansiedad (5) Escenificaciones Emotivas (Mod. Participante + Ref. por aproximación + RR. inhibidoras ansiedad.
REV. ESPAÑOLA DE TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO (4 estudios)	2 (Clínicos): 1 = AB con seguimiento 1 = L.B.M entre sujetos	2 (Clínicos): 1 = con medidas pre-post tratamiento 1 = Hª de caso	C = (1) Fobia alimentos (anorexia) (N = 1; 5,5 años) (2) Terrores nocturnos NC = (3) T.O.C. (N = 1; 13 años) (4) Ansiedad errores competiciones deportivas (N = 1; 15 años)	C = (1) DS. imaginación + Mod. Participante + Ref. diferencial - extinción. (2) Relajación (3) Parada pensamiento + RR. Incompatibles + Econ. fichas (4) Inoculación estrés + extinción + Discusión pensamientos irracionales + Información Entrenador

Tabla 6.- Características generales de los estudios publicados en revistas españolas (Continuación)

REVISTAS	TIPO DE ESTUDIO		TIPO DE TRASTORNO (Nº Sujetos y edad)	TECNICAS DE TRATAMIENTO
	CONTROLADO	NO CONTROLADO		
REVISTA DE PSICOLOGIA GENERAL Y APLICADA	1: Básico Comparativo	-----	C= (1) Conductas de apego; miedos extraños y exploración.	C= (1) Análisis diferencias entre niños normales e institucionalizados en situación experimental.
TOTALES	4	6		

C = Estudios controlados
 NC = Estudios no controlados
 T.O.C. = Trastorno Obsesivo-Compulsivo

- En 2º lugar, indica que nuestro conocimiento sobre los problemas de ansiedad en la infancia se encuentra seriamente limitado en el momento actual.

- Y por último, una nota de esperanza, deseando que el esfuerzo efectuado por esa revista promueva nuevas y mejores investigaciones en el área.

Ollendick y Francis (1988) se encargan de revisar la evaluación, y tratamiento conductual sobre miedos y fobias infantiles, tema que hemos abordado dejando de lado otros trastornos, cuyo análisis hubiera sido imposible tratar en este resumen.

El primer aspecto a destacar es que, conforme a sus datos (Ver Tabla Nº 4) la situación ha variado poco desde 1979. Respecto a las estrategias utilizadas parece que el interés de los investigadores se ha decantado claramente por los procedimientos de modelado y técnicas cognitivas. En los dos casos se recogen una serie de estudios publicados con posterioridad a 1979.

Los cuatro *de modelado* son estudios análogos dirigidos a disminuir la ansiedad asociada con visitas al dentista, hospitalización e intervenciones quirúrgicas, y tienen las mismas características que ya hemos comentado.

Quizás el aspecto más novedoso del artículo de Ollendick y Francis lo constituye el uso de *estrategias cognitivas* con niños que padecían un miedo intenso a la oscuridad. Tres trabajos fueron efectuados por Graziano y Colegas (1979; 1980), que trataron un total de 40 niños (de 6-13 años) que padecían miedos nocturnos muy marcados durante un período medio de 5 años. El tratamiento incluía: pensamientos placenteros/autoverbalizaciones positivas/relajación y refuerzo operante, y produjo cambios significativos en todas las variables dependientes (tiempo en minutos para ir a la cama/veces que indicaban su deseo de ir a dormir/tiempo que tardaban en dormirse/ % de días que utilizaban tácticas de demora como, pedir agua, encender la luz, etc. Treinta y nueve de los 40 niños consiguió el criterio inicial de éxito de 10 noches consecutivas sin manifestaciones de temor durante la noche. El éxito se mantenía en 91% de los sujetos 2 o 3 años después del tratamiento (Graziano & Mooney, 1982).

No cabe duda de que trabajos como el de estos autores ponen de manifiesto que es posible efectuar estudios controlados con poblaciones clínicas y miedos significativos; sin embargo, una de sus mayores limitaciones es que sus resultados no se pueden considerar como un *test* de los métodos cognitivos, ya que como hemos señalado se utilizaron además otras técnicas, no precisamente cognitivas (relajación y refuerzo operante).

Ollendick y Francis (1988) concluyen su revisión casi de la misma manera que Graziano, De Giovanni y García (1979) o que Ollendick (1979) diez años antes, señalando la necesidad de obtener más datos con miedos infantiles de cierta intensidad y de averiguar la eficacia diferencial de la técnicas disponibles.

(C) Síntesis de los resultados obtenidos en el análisis de las publicaciones españolas

Uno de los objetivos perseguidos en nuestra propia revisión ha sido determinar los avances producidos por la Terapia de Conducta a partir del “oscuro panorama” ofrecido por Graziano y sus Colegas en 1979. Tarea que hemos abordado en dos frentes, analizando por separado las publicaciones españolas y las extranjeras.

Respecto a las primeras, hemos investigado 4 revistas que considerábamos representativas del desarrollo de la Psicología española: *Rv. de Psicología General y Aplicada*; *Análisis y Modificación de Conducta*; *Estudios de Psicología y RV. Española de Terapia del Comportamiento*. Las tablas números 5 y 6 sintetizan los resultados conseguidos.

La primera cuestión a reseñar es que hemos obtenido un perfil muy similar al que hemos venido describiendo a lo largo de estas páginas. El número de publicaciones sobre el tratamiento conductual de los trastornos de ansiedad en la infancia, incluidas las cuatro revistas mencionadas y en un periodo de tiempo que oscila entre 6 y 14 años, es solamente de 10 (Tabla nº 5). Seis de ellas son estudios clínicos no controlados, 2 análogos y 2 estudios de caso con metodología experimental (Tabla nº 6).

La revista que parece prestar más atención a estos problemas es la *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, seguida de *Análisis y Modificación de Conducta*, y, la que menos lo ha hecho ha sido *Estudios de Psicología* (Tabla nº 5). Tampoco la *Revista de Psicología General y Aplicada* se ha dedicado a publicar sobre el tema ya que el único trabajo incluido en esta revisión (López, 1982) no debería considerarse, pues su contenido tiene poco que ver con el objeto de la misma. Se trata de una “investigación básica” que analiza conductas de apego, miedo a extraños y de exploración e niños institucionalizados versus no institucionalizados. Ha sido incluido exclusivamente por el interés que ofrecen sus datos para comprender mejor la naturaleza del “Miedo ante los Extraños”, temor relacionado con el mundo infantil.

Los problemas que se abordan en estos trabajos son limitados y el tratamiento utilizado incluye en todos los casos procedimientos terapéuticos complejos, en los que se mezclan técnicas derivadas de los distintos paradigmas de aprendizaje, Condicionamiento Clásico, Operante, Observacional y Cognitivo (Ver Tabla nº 6). Todo ello impide la posibilidad de extraer conclusiones específicas respecto a la eficacia diferencial de los componentes implicados, al procedimiento más idóneo para cada tipo de trastornos y respecto al apoyo empírico que avala el uso clínico de cada técnica concreta.

Sin embargo, también conviene mencionar algunos aspectos positivos que ponen de manifiesto el esfuerzo desarrollado por los autores de los estudios

clínicos no controlados para conseguir un cierto rigor metodológico, tales como, ofrecer una descripción detallada del trastorno y del procedimiento seguido, lo que sin duda facilitará la ejecución de futuras réplicas; utilizar fase de seguimiento (en todos los trabajos excepto en uno se proporcionan datos sobre este periodo, que oscila entre 3 y 12 meses) y que, en un 50% de los casos se han utilizado medidas pre y post tratamiento.

Un ejemplo excelente de lo que estamos diciendo lo constituye el estudio de Mendez y Macia (publicado por la revista de Análisis y Modificación de Conducta en 1988) quienes describen pormenorizadamente el tratamiento de 11 niños (8 varones y 3 mujeres) de 3 a 8 años de edad, con fobias diversas (oscuridad, ruidos, animales, etc.) mediante un método denominado "Escenificaciones Emotivas".

Los autores, además de realizar un análisis teórico riguroso, explican detalladamente las fases y pasos del procedimiento terapéutico y, lo que es más importante, como lo llevaron a cabo ofreciendo ejemplos claros de aplicación. En este caso concreto, su clasificación como estudio "no controlado" podría parecer en cierta medida arbitraria ya que, en algunos casos, se ofrecen datos suficientes como para considerar que se ha utilizado un diseño tipo *AB*; sin embargo, como no se proporcionan datos generales (para todos los sujetos) sobre la fase "B", hemos preferido seguir un criterio restrictivo y categorizarlo como no controlado (*).

(D) Conclusiones Finales

En primer lugar, resaltar que nuestro conocimiento actual sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia se apoya casi exclusivamente en sugerencias clínicas y no, como sería de desear, en datos experimentalmente obtenidos.

En segundo término, constatar que, a juzgar por el número de publicaciones, la incidencia clínica de estos problemas parece poco relevante. Sin embargo tal incidencia no es en absoluto despreciable (Graziano y De Giovanni, 1979), ni tan diferente de la que se ha publicado en el caso de sujetos adultos con este tipo de trastornos (Marks, 1981) como para justificar el estado actual de la investigación en este campo.

Por otro lado, el hecho de que gran parte de los estudios de caso publicados se refieran a la Fobia Escolar, (aspecto también confirmado en nuestros datos sobre las publicaciones extranjeras, donde hemos encontrado que al menos un 35% de estos estudios versa sobre este trastorno), nos lleva a formular algunas cuestiones

(*) En nuestro trabajo definitivo incluimos una discusión sobre los problemas que conlleva el uso de diseños experimentales en la práctica clínica

respecto a la actuación de los adultos en general y de los padres en particular cuando los niños manifiestan estos problemas.

Posiblemente, los adultos tienden a minimizar la importancia de los miedos infantiles, considerándolos como algo transitorio y normal en el curso del desarrollo (lo que es en parte cierto, aunque dependerá de la intensidad y grado de perturbación que genere el miedo en cuestión), por lo que no suelen solicitar ayuda especializada.

Además, resulta evidente para el clínico infantil que muchos padres se “resisten” o se sienten incómodos al consultar con psicólogos o psiquiatras por temor a que sus hijos sean considerados como “enfermos mentales”. En consecuencia, los padres tienden a acudir a estos profesionales en casos extremos, por lo que no sería aventurado hipotetizar que los problemas infantiles tenderán a cronificarse, si no se solucionan por sí solos en el transcurso de los años.

No cabe duda de que el hecho de que la fobia escolar haya recibido una mayor atención tiene mucho que ver con que este problema resulta más inconveniente, socialmente hablando, que el miedo a la oscuridad o a los automóviles. La falta de asistencia a la escuela tiene importantes repercusiones sociales, culturales, legales e incluso familiares, en una estructura social que se apoya en la escolarización obligatoria y en un sistema familiar que se estructura, en buena medida, en base a la escolarización de los niños. Probablemente por estas razones resulta más frecuente la demanda asistencial en este caso que en otros.

En suma, parece que cuando el problema es “menos privado” se le presta más atención y, a la inversa, si solo repercute en el ámbito familiar, seguramente se esperará a que sea lo suficientemente grave o a que el niño alcance una edad en la que pueda decidir por sí mismo si acude o no a un profesional especializado para resolverlo.

El hecho de que ciertos trastornos infantiles puedan cronificarse hasta la edad adulta no es nada nuevo; nos remitimos como muestra a los datos de Thyer (1987) ya comentados y reseñados en las tablas nºs 2 y 3, por lo que no estaría de más que tanto las instituciones sanitarias como investigadores y clínicos prestaran una mayor atención a este tipo de trastornos, con el fin de prevenir su agravamiento y/o cronificación. En el momento actual, las instituciones público-sanitarias parecen más interesadas en la investigación de temas de gran trascendencia social como el S.I.D.A., las drogodependencias o las enfermedades cardiovasculares; los profesionales clínicos muestran un “cierto retraimiento” a la hora de publicar sus resultados, posiblemente porque no están demasiado familiarizados con este tipo de tarea; en tanto que en el ámbito académico el interés de los investigadores parece decantarse más por problemas adultos que infantiles, quizás porque los primeros son más susceptibles y accesibles a la investigación experimental.

En nuestra opinión sería muy beneficioso para el progreso en este campo que los clínicos se “atrevieran” a publicar sus datos e invirtieran parte de su tiempo en

tomar contacto con los aspectos metodológicos e, inversamente, que los investigadores se preocuparan más por problemas de mayor significación clínica.

BIBLIOGRAFIA

- D.S.M.III (1980): **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**, Masson, S.A., Barcelona, 1983.
- D.S.M. III-R (1987): **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales** (Edición Revisada), Masson, S.A., Barcelona, 1988.
- GRAZIANO, A.M.; DE GIOVANNI, I.S. y GARCIA, A.K. (1979): Behavioral Treatment of Children's Fears: A Review. *Psychological Bulletin*, **86** (4), 804-830.
- GRAZIANO, A.M. y DE GIOVANNI, I.S. (1979): The clinical Significance of Childhood Phobias: A note on the proportion of child-clinical referrals for the treatment of children's fears. *Behav. Res. & Therapy*, **17**, 161-162.
- GRAZIANO, A.M.; MOONEY, K.C.; HUBER, C. e IGNASIAK, D. (1979): Self-control Instruction for children's fear reductions. *Jr. of Behavior Therapy & Exp. Psychiatry*, **10**, 221-227.
- GRAZIANO, A.M. y MOONEY, K.C. (1980): Family self-control instruction for children's nighttime fear reduction. *Jr. of consulting & clinical Psychology*, **48**, 206-213.
- GRAZIANO, A.M. y MOONEY, K.C. (1982): Behavioral Treatment of "Night-Fear" in children: maintenance of improvement at 2 to 3 year-follow-up. *Jr. of Consulting and Clinical Psychology*, **50**, 598-599.
- KELLEY, C.K. (1976): Play Desensitization of Fear of Darkness in Preschool Children. *Behav. Res. & Therapy*, **14**, 79-81.
- LOPEZ, F. (1982): Conductas de Apego, Miedo a extraños y exploración en niños institucionalizados. *Rv. de Psicología General y Aplicada*, **37** (3), 529-547.
- MARKS, I. (1981): **Tratamiento de las Neurosis**, Martínez Roca, S.A., Barcelona, 1986.
- MENDEZ, F. y MACIA, A. (1988): Escenificaciones Emotivas. Una Técnica para las fobias infantiles. *Análisis y Modificación de Conducta*, **14** (41), 323-352.
- MILLER, L.C.; BARRET, C.L.; HAMPE, E. y NOBLE, H. (1972): Comparison of reciprocal inhibition, psychotherapy and waiting list control of phobic children. *Jr. of Abnormal Psychology*, **79**, 269-279.
- MORRIS, R.J. y KRATOCHWILL, T.R. (1983): **Treating children's Fears and Phobias. A Behavioral Approach**. Pergamon Press, Inc.

- OLLENDICK, T.H. (1979): Fear reduction techniques with children. en M. Hersen,; R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.). **Progress in Behavior Modification** (vol. 8), Academic Press. Inc. N.Y.
- OLLENDICK, T.H. y FRANCIS, G. (1988): Behavioral assessment and treatment of childhood phobias. **Behavior Modification**, 12 (2), 165-204.
- ROSS, D.; ROSS, S. y EVANS, T. (1971): The modification of extreme social withdrawal by modification with guided practice. **Jr. of Behavior Therapy & Exp. Psychiatry**, 2, 273-279.
- THYER, B.A. (1987): **Treating Anxiety Disorders: A guide for human service professional**. Sage Publications Inc. California.
- WERRY, J.S. (1986): **Diagnosis & Assessment**. En R. Gittelman. **Anxiety Disorders of childhood**. Guilford Press, N.Y. (cap. 4).