



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LA MANUALIZACIÓN DE LAS
INTERVENCIONES PARA TRASTORNOS DE
ANSIEDAD EN NIÑOS**

TESIS QUE PARA OBTENER EL
TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA PRESENTA:

**ADRIANA FERNANDA DEL PALACIO
GONZÁLEZ**

Directora: Dra. Laura Hernández Guzmán

Revisora: Dra. Georgina Cárdenas López

Sinodales: Dr. Ariel Vite Sierra
Dra. Mariana Gutiérrez Lara
Dr. Samuel Jurado Cárdenas

México, D.F. Febrero 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi abuela María.

A Steven: paso a paso.

*A la UNAM, por la huella profunda que me deja
y la huella que deja en México.*

*A mis papás, Coco y Alejandro, porque en todo lo que haga
siempre habrá una parte de ellos.*

Gracias...

... a la Dra. Laura Hernández-Guzmán, por iniciarme en el mundo de la investigación en psicología, y por todo el aprendizaje que adquirí en su laboratorio, el cual valoro sinceramente. Por todo el tiempo y cuidado depositado en este trabajo, y por su respaldo en mis proyectos personales. Por muchas razones, gracias.

... A mis papás, Alejandro y Cocó, por darme más que un sustento en la vida; por brindarme un ambiente estimulante intelectual y afectivamente.

...A mi tía Pili, y a mis amigos Esperanza, Germán, Héctor y Jesús, por su interés en mis progresos y su ánimo paciente. Especialmente a Alejandro MRH, porque coincidimos en este proceso, lo cual lo hizo más llevadero, por su ayuda y por ser un amigo valioso.

...A mis compañeros del laboratorio "I", por su agradable compañía e interés en mi trabajo. A Grace, Flor y Violeta, por facilitar material para esta tesis.

...A las doctoras Georgina Cárdenas y Mariana Guitérrez y a los doctores Ariel Vite y Samuel Jurado, por su disposición y tiempo para revisar este trabajo, por su retroalimentación y su trato amable.

ÍNDICE

I. Resumen	9
II. Introducción	11
1. Trastornos de ansiedad en niños	15
1.1 ¿Qué es la ansiedad?.....	15
1.2 ¿Cuándo se trata de ansiedad normal y cuándo de ansiedad clínica?.....	17
1.3 Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	35
1.4 Curso de los trastornos de ansiedad.....	41
1.5 Epidemiología de los trastornos de ansiedad en niños y comorbilidades.....	42
2. Evaluación y diagnóstico de los trastornos de ansiedad	47
2.1 Entrevistas diagnósticas y escalas psicológicas.....	48
2.2 Informantes y evaluación de la familia.....	56
3. Panorama general de las intervenciones para la ansiedad en niños	59
3.1 Tratamiento psicodinámico.....	59
3.2 Psicofarmacología.....	61
3.3 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).....	63
3.4 Tratamiento psicofarmacológico vs. TCC.....	69
3.5 La participación de la familia en el tratamiento.....	70
3.6 Factores que afectan los resultados del tratamiento.....	73
4. Estrategias y Técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad en niños	77
4.1 Estrategias conductuales.....	78
4.2 Estrategias cognitivas.....	83
4.3 Exposición y desensibilización sistemática.....	86
4.4 Otras estrategias terapéuticas.....	90
5. Investigación de resultados y metodología de investigación	93
5.1 Investigación de resultados.....	93
5.2 Validez interna vs Validez externa.....	100
5.3 Metodología de investigación.....	104
5.4 Controversias estadísticas y problemas en la interpretación de datos en la investigación de psicoterapia.....	112
5.5 Manualización de los tratamientos psicológicos.....	121

III. Método	125
IV. Resultados	133
Hallazgos de investigación sobre tratamientos basados en manuales.....	133
a. Aspectos metodológicos y estadísticos de la investigación...	133
b. Criterios psico-educativos y manuales de intervención.....	199
Manuales de tratamiento para la ansiedad desarrollados en México.....	233
V. Discusión y conclusiones	239
Contexto histórico. ¿Por qué han proliferado los manuales de tratamiento?.....	239
Perspectiva científica. ¿Cómo se evalúan los tratamientos para ansiedad en niños basados en manuales?.....	240
Perspectiva teórica. ¿Cuál es el contenido de los manuales?.....	243
Ventajas, limitaciones y retos de los manuales de tratamiento para la ansiedad en niños.....	245
VI. Referencias	251

I. RESUMEN

Los datos epidemiológicos sugieren que los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia muy elevada entre los niños de población clínica y general (Barrett, 2004; Fergusson, Horwood & Lynskey, 1993). Sin tratamiento, su curso es crónico, y afecta el desarrollo socio-emocional del niño (Strauss, Frame & Forehand, 1987). Por este motivo es importante desarrollar tratamientos que ayuden a los niños a restablecer un desarrollo psicológico normal. Paralelamente, para evaluar los tratamientos que se desarrollan, se debe cumplir con ciertas características que la tendencia actual en la investigación en psicoterapia demanda. Tomando lo anterior como punto de partida, el objetivo de esta tesis es documentar y exponer los datos que sustentan la eficacia de los tratamientos para la ansiedad en niños; basados en manuales, pues son éstos los que se derivan de investigación psicológica y se pueden evaluar empíricamente. Para cumplir este objetivo se localizó y analizó 31 estudios, incluyendo 6 de seguimiento a largo plazo, que ofrecen datos sobre la eficacia y la efectividad de tratamientos de ansiedad en niños basados en manuales. En la primera fase de la revisión, se analizaron los estudios con base en ciertos criterios estadísticos, metodológicos y terapéuticos. A raíz de esto se encontró que actualmente la mayoría de las investigaciones se basan en el ensayo clínico aleatorio, y una minoría son diseños de línea base múltiple. Al usar los diseños de grupo, se aplican pruebas de significancia estadística a partir de las cuales se decide si el tratamiento fue eficaz o no. Pocos estudios incluyen otros parámetros como significancia clínica y tamaño del efecto. En cuanto a variables terapéuticas, los tratamientos son variados, ya que algunos son en modalidad individual, otros grupal, y algunos han incluido un tratamiento familiar. La mayoría de los tratamientos, independientemente de su modalidad, han demostrado ser eficaces en la reducción de la sintomatología de ansiedad. Los síntomas depresivos y el funcionamiento general de los niños también parecen beneficiarse de los tratamientos. En la segunda fase, se retoman los dos manuales más representativos de la revisión anterior, para analizarlos con mayor detalle en cuanto a estrategias y técnicas terapéuticas. Ambos manuales se desprenden de un modelo cognitivo-conductual y emplean las siguientes estrategias y técnicas terapéuticas: entrenamiento en relajación, reestructuración cognoscitiva, solución de problemas, reforzamiento, exposición, juego de roles y modelamiento. En una tercera fase se describen algunos avances en este ámbito en México. La discusión se dispone en términos de cómo el modelo médico ha impactado la investigación psicológica y de las consecuencias de ello. Por otro lado, se discuten aspectos teóricos sobre factores de riesgo y modelos explicativos de la ansiedad que se han tratado de incluir en el desarrollo de los tratamientos. Finalmente, se contemplan las ventajas y limitaciones del empleo de manuales de tratamiento en la práctica psicológica.

II. INTRODUCCIÓN

En diversas universidades de prestigio se ha sugerido que la formación del psicólogo debe seguir un modelo científico-práctico mediante el cual se espera preparar a los psicólogos para que en el futuro proporcionen servicios seguros y confiables a los usuarios. Con esto en mente, la investigación psicológica se ocupa de conocer en detalle la conducta del ser humano y los procesos psicológicos superiores, no sólo con el fin de explicarlos de la mejor manera, sino también para aplicar esos conocimientos en el ámbito profesional. Una de las áreas psicológicas más complejas de ajustar a las demandas tanto del ámbito científico como del profesional es la psicoterapia. Es compleja porque, de cierto modo, requiere la integración de diversos fenómenos psicológicos básicos y superiores en un todo organizado y coherente. En esta tesis se ofrece un panorama general de un proceso que muestra cómo se ha logrado vincular con éxito los ámbitos científicos y prácticos en la psicoterapia: la manualización de tratamientos.

La presente revisión de literatura se avoca, en particular, a los manuales de tratamiento para trastornos de ansiedad en niños por varios motivos. Los trastornos de ansiedad son de los más prevalentes en los niños de población clínica y general, con un espectro de 10 a 20% en ambas poblaciones (Barrett, 2004; Fergusson, Horwood & Lynskey, 1993). Las consecuencias en el desarrollo psicológico por no tratar dichos trastornos pueden ser negativas y afectar en diferentes grados la funcionalidad del niño en diversos contextos (Costello, et al., 2004; Strauss, Frame & Forehand, 1987). Además, estos trastornos tienden a ser crónicos y están relacionados con la aparición posterior de otros trastornos psicológicos, en especial de depresión. Por estas razones, un tratamiento adecuado es importante en dos niveles: 1) a manera de prevención de otros trastornos psicológicos y 2) de intervención inmediata para rehabilitar al niño y encausarlo a un desarrollo normal.

Ya que es tan importante el tratamiento de la ansiedad en los niños, resulta igualmente importante conocer cuáles son los tratamientos más eficaces. La formación del psicólogo, mencionada en un inicio, lo obliga -o debería obligar- a basar su práctica en conocimientos científicos, actualmente identificados y derivados de una tradición de investigación empírica. Dentro de este contexto, el objetivo principal de este estudio es

brindar una descripción detallada de los avances actuales en el tratamiento de la ansiedad de los niños y adolescentes, concretamente en cuanto a manuales de tratamiento. Para lograr ese objetivo, se cubren diversos aspectos que ayudan a comprender de una manera holística tanto el contenido mismo de los manuales de tratamiento, como el modelo científico de investigación del que se desprenden. Así, manera, se revisan y discuten aspectos históricos, científicos (metodológicos y estadísticos) y psico-educativos que de una forma u otra afectan al diseño de los tratamientos y la toma de decisiones sobre su eficacia.

Para empezar, en el primer capítulo se revisan componentes esenciales de la experiencia de ansiedad normal. Después, se hace una transición hacia aspectos patológicos de tal experiencia, desde una perspectiva de desarrollo contemporáneo. Así mismo, se revisan factores de riesgo y modelos explicativos de la psicopatología infantil, y de la ansiedad en particular. Hacia el final del capítulo, se revisan aspectos epidemiológicos de los trastornos de ansiedad en niños y su clasificación diagnóstica. Una vez cubiertos estos aspectos, en el segundo capítulo, se hace una revisión de la forma de evaluación de los trastornos de ansiedad, con énfasis en escenarios de investigación. Se hace así porque la evaluación del trastorno es relevante dentro de la investigación de psicoterapia, pues son las mediciones que se hacen las que dan pauta para determinar los cambios efectuados por el tratamiento.

Los capítulos tercero y cuarto tratan aspectos terapéuticos del tratamiento de ansiedad. Primero se revisan varias opciones terapéuticas en general, para después concentrarse en los tratamientos cognitivo-conductuales. Así mismo, se revisan brevemente algunas variables que pueden afectar los tratamientos.

El quinto capítulo, por su parte, se enfoca a aspectos metodológicos y estadísticos que enmarcan la investigación de resultados en psicoterapia. Es decir, aquéllos criterios que determinan y ayudan a decidir si un tratamiento dado produce los resultados que se observan. De igual forma, se explica el contexto y momento en la historia de la investigación psicológica que han delineado dichos criterios.

Los cinco capítulos introductorios proporcionan los elementos que permitirán analizar los estudios que integran la presente revisión documental. A través del análisis

que se haga de estos estudios, desde diferentes perspectivas, podremos conocer cual es el estado actual de los manuales de tratamiento de ansiedad para niños, los elementos que los componen y los beneficios que producen. Finalmente, se reflexiona sobre las posibles implicaciones que el desarrollo de este tipo de manuales tiene o podría tener en la práctica clínica de los psicólogos.

1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS

1.1 ¿Qué es la ansiedad?

Por su origen etimológico (*angh*) ansiedad significa estrechez, constricción, malestar o apuro, y en realidad constituye un fenómeno afectivo intenso y difuso, o bien un estado emocional displacentero. Es un estado psicológico que funciona como una señal de alarma ante peligros externos e internos, por lo que, desde el punto de vista biológico, la ansiedad se considera normal y un medio importante de protección contra posibles daños (Nauta, 2005). Se asemeja a un estado de expectación del peligro y de preparación para el mismo (Solloa, 2001), de modo que permite al sujeto manifestar conductas adaptativas para evitar el estrés (Albano & Kendall, 2002). Como fenómeno psicológico, la ansiedad está sujeta a modulaciones y modificaciones mediante el aprendizaje y de la interacción que tienen las personas con diferentes contextos a lo largo de su vida (como la familia, es escuela, el trabajo, etc.) (Hernández-Guzmán, 1999).

La ansiedad guarda similitudes con la emoción del miedo, la cual está determinada filogenéticamente y por ello se considera normal, pues tiene un valor para la sobrevivencia. El miedo es un fenómeno psicológico con manifestaciones físicas y psicológicas similares a las de la ansiedad. Sin embargo, en la respuesta de miedo, el estímulo está presente, es real y conocido y la respuesta es racional y proporcional al estímulo. En cambio, en la ansiedad, la respuesta no es proporcional a la situación que la desencadena, es irracional y persistente. Además, dicha respuesta no requiere que el estímulo desencadenante esté presente (Solloa, 2001).

Existen tres dimensiones identificables en la respuesta ansiógena, o formas en las que ésta suele manifestarse:

- a) *Fisiológica o somáticamente*. En general se relaciona con un incremento en la actividad del sistema nervioso autónomo: frecuencia cardíaca y respiratoria aceleradas, aumento de tensión arterial, sudoración, resequedad de la boca,

vasoconstricción (la cual causa disminución de la temperatura periférica y piloerección), dolor abdominal difuso, temblor (de manos principalmente), deseos de orinar, ondas repentinas de calor o de frío, y enrojecimiento o palidez del rostro. Cuando alguno o varios de los síntomas persisten se pueden ocasionar cefaleas, trastornos digestivos diversos, náuseas y posible vómito (Kendall, et al., 1992; Solloa, 2001). Algunos niños expresan su ansiedad con síntomas hipocondríacos, tienen temores sobre su salud e integridad física. Con los niños, particularmente, las respuestas fisiológicas son muy diversas de sujeto a sujeto, pero también de cultura a cultura. Supuestamente, las poblaciones hispanoamericanas (adultos y niños) tienden a informar más síntomas somáticos relacionados con la ansiedad en comparación con los caucásicos y afroamericanos. Sin embargo, los datos que sugieren esto podrían estar sesgados con el nivel socioeconómico, ya que, según Canino (2004), los datos proceden de estudios hechos con muestras de inmigrantes en los Estados Unidos de modo que la diferencia está dada, posiblemente, por el nivel socioeconómico y no por el grupo étnico.

- b) *Cognoscitivamente*. Esta dimensión involucra la experiencia mental del niño: lo que piensa sobre algo que está ocurriendo y el informe de lo que siente. Existen diferentes mecanismos del pensamiento relacionados con la ansiedad. Participa un mecanismo de atención selectiva hacia claves de sucesos amenazantes, que se acompaña por pensamientos anticipatorios y ciertas imágenes (Albano & Kendall, 2002), así como distorsiones del pensamiento (Kendall, et al., 1992), por ejemplo, fantasías y aprensiones de lo que puede suceder o de lo que ya aconteció.
- c) *Conductualmente y mediante respuestas motoras*. Se trata de síntomas o manifestaciones públicos, en el sentido de que son observables, pues constituyen respuestas músculo-esqueléticas (Kendall, et al., 1992). De esta forma, los síntomas conductuales son: voz temblorosa, posturas rígidas, temblor de manos, llanto, onicofagia, tics, explosiones de cólera y agitación psicomotriz (la cual consiste en luchar contra cualquier intento de contención sobretudo durante crisis de angustia) (Solloa, 2001). Conductas comunes más complejas y con implicaciones psicosociales no deseables son la evitación, la inhibición del

comportamiento (por ejemplo, a nivel comunicativo la voz es apagada y la expresión gestual es pobre, en algunos casos puede llegar al mutismo) y la dependencia ansiosa que consiste en un lazo excesivo con el cuidador primario (Solloa, 2001).

1.2 ¿Cuándo se trata de ansiedad normal y cuándo de ansiedad clínica?

Para poder responder esta pregunta se debe recurrir en primera instancia a teorías que expliquen cómo se va desarrollando el individuo tanto de manera normal como anormal. Tener un panorama general sobre el desarrollo psicológico sirve como punto de partida para después comprender aquéllos factores que se relacionan con el desarrollo de los trastornos de ansiedad en particular.

1.2.1 Desarrollo psicológico

Un enfoque contemporáneo sobre el desarrollo psicológico es la Teoría Conductual de Sistemas (TCS) planteada por Novak (1998). En ella, Novak fusiona el análisis conductual y el desarrollo psicológico a través de un enfoque dinámico de sistemas. A través de este enfoque no se busca invalidar las teorías conductuales, sino al contrario, se enfatizan con el objetivo de fortalecer la predicción y control del desarrollo conductual. Es un enfoque científico pues se basa en el estudio de los cambios e interacciones de la conducta y el ambiente, los cuales son fenómenos observables. A continuación se revisan los principios de esta teoría. El primer principio es el de la parsimonia científica. Si bien el desarrollo psicológico es complejo, su complejidad resulta de la combinación única de muchos procesos simples. Del mismo modo, la conducta compleja (por ejemplo, la adquisición del lenguaje) es producto de la interacción de conductas más simples con sucesos ambientales a lo largo del tiempo.

El segundo principio se refiere al aprendizaje a través de la selección. En este punto Novak (1998) se sirve de la analogía del desarrollo filogenético con el ontogénico. Tanto la evolución filogenética como la ontogenética están dadas por la selección - natural, en el caso de la evolución filogenética, y por consecuencias, en la ontogenética. Dicho de otro modo, la selección puede explicar la evolución de las especies y de los individuos a conductas más complejas cada vez. Para que dichos cambios en la conducta

ocurran se necesita, a su vez, que tres mecanismos tengan lugar. El primer mecanismo de cambio es el de la variación. Aunque las conductas se repiten, éstas no son réplicas exactas de las anteriores, sino que las repeticiones van conformando una gama o clase de respuestas. Entonces, se da el segundo mecanismo de cambios: la selección. La variación en las respuestas permite que se seleccione la conducta más funcional cada vez y dicha selección dependerá de las consecuencias dadas en el momento en que se presenta la conducta o respuesta. Este mecanismo puede explicar lo que sucede en las aproximaciones sucesivas. Finalmente, el mecanismo de retención, equivale a decir que el reforzamiento de la conducta o respuesta debido a las contingencias -consecuencias ambientales-, permite que el cambio hacia la nueva conducta, o conducta más compleja, se mantenga.

A partir de la explicación anterior se puede entender que la conducta aprendida por condicionamiento operante (a partir de las consecuencias) tiene un papel fundamental en el desarrollo ontogenético. La teoría no ignora las conductas no-aprendidas como los reflejos y respuestas preceptuales, cuya explicación se basa en la filogenética, y que cumplen con funciones adaptativas en el infante, pero éstas son sustituidas por conductas aprendidas conforme el infante crece.

El tercer principio de la teoría conductual de sistemas es que el desarrollo sucede simultáneamente en cuatro sistemas (o niveles): procesos básicos (genética y mecanismos de aprendizaje); clases o grupos de respuestas (respuestas condicionadas, lenguaje); transacciones entre sistemas (relaciones interpersonales, relaciones sociales); y sistemas sociales y culturales (tradiciones, leyes).

El contextualismo es el siguiente principio y va de la mano con el anterior pues se refiere a las condiciones en varios sistemas en el que el individuo se desenvuelve. El contexto incluye condiciones interpersonales, relevantes para una conducta o un trastorno, externos al individuo, pero interpretadas por él mismo. Los factores contextuales dan luz para comprender bajo qué circunstancias se dará cierto resultado. Las circunstancias son importantes para analizar los procesos dinámicos de desarrollo, los cuales involucran la interacción del individuo con el ambiente. Las variables contextuales implican contingencias inherentemente, en tanto que describen las

circunstancias o escenarios en las que las predisposiciones o tendencias individuales surgen (Boyce, et al., 1998; Novak, 1998) e incluye contextos biológicos y sociales.

La determinación múltiple de la conducta es el quinto principio. Este se refiere a que tanto la conducta simple como la compleja, lo mismo que el desarrollo humano, tienen varias causas que convergen. Además, la conducta no sólo es efecto de varios factores ambientales, sino que la conducta también puede ser agente de cambios en el ambiente.

Antes se tenía una visión unidireccional del desarrollo, en el que éste era producto de influencias ambientales -o genéticas-. En cambio, la teoría conductual de sistemas postula que el determinismo entre los diferentes sistemas, así como entre la conducta y el ambiente, es recíproco. Dicho en otras palabras, los contextos -incluido el ambiente biológico- también cambian como respuesta a la acción del individuo (del niño), o de la aparición de un trastorno, por ejemplo. Esto tiene dos implicaciones. La primera es que la combinación de ciertos factores puede causar diferentes resultados en el desarrollo en diferentes individuos. La segunda es que un mismo resultado en el desarrollo puede ocurrir a partir de la combinación de diferentes factores (principio que se conoce como *equifinalidad*). Esto, aplicado al desarrollo de la psicopatología significa que un mismo trastorno en diferentes sujetos, pueden tener detrás diferentes historias de aprendizaje.

Otro principio es la no-linealidad. Los cambios se presentan de forma exponencial, lo cual implica que pueden ocurrir cambios tanto cuantitativos como cualitativos. Así mismo, una cadena de antecedentes, pueden causar repentinamente un cambio desproporcionado a la secuencia de cambios previos. O sea, no todos los cambios son resultado de una sucesión de pasos que van incrementando gradualmente. Pueden presentarse cambios o conductas nuevas desproporcionados, abruptos o repentinos.

Por último, la teoría conductual de sistemas adopta la adquisición de habilidades como parte central de su teoría. Se concibe a las habilidades como clases de respuestas funcionales. Éstas se desarrollan durante periodos en los que diversos ensayos o unidades de aprendizaje suceden. Como cualquier otro cambio en el desarrollo, la adquisición de habilidades está sujeta a las influencias ambientales. Y finalmente, puede ser que los

componentes o requisitos básicos para adquirir una habilidad estén presentes previamente al momento en que se manifiesten.

Esta teoría forma parte de un cuerpo de teorías contemporáneas del desarrollo, cuyos principios sirven para explicar tanto el desarrollo normal como el patológico (Hernández-Guzmán, 2006). Los postulados de la Teoría Conductual de Sistemas han servido como punto de referencia para explicar el origen y mantenimiento de los trastornos de ansiedad, así como el planteamiento del tratamiento.

1.2.2 Factores de riesgo y explicaciones sobre el origen de la ansiedad

La Teoría Conductual de Sistemas brinda un panorama comprehensivo y holístico del desarrollo psicológico, el cual, aunque no es segmentado, aditivo y lineal como lo caracterizan planeamientos tradicionales del desarrollo, está fundamentado en principios que guían y permiten tener un entendimiento de un momento dado en el desarrollo de un sujeto. Para el tratamiento de la ansiedad en los niños interesa conocer cuáles son los contextos (internos y externos) que contribuyen a su desarrollo. En la literatura de prevención psicológica esos factores contextuales se conocen como factores de riesgo de la ansiedad. Los factores de riesgo son aquéllos que indican el posible surgimiento de un estado psicológico disfuncional (Hernández-Guzmán, 2006a).

1.2.2.1 Perspectiva biológica: factores de riesgo y bases biológicas de la ansiedad

Tanto el miedo como la ansiedad tienen una base biológica que no depende de las experiencias del individuo. Esta suposición se desprende de un hecho más general sobre el componente genético de las emociones, lo cual se ha verificado con estudios en los que se encuentra que las expresiones faciales para las emociones primarias (enojo, miedo, alegría, etc.) son muy similares en las diferentes culturas del mundo (Izard, 1994), y a través de datos que indican que los gemelos monocigóticos (idénticos) tienen respuestas emocionales más parecidas que los hermanos fraternales desde el nacimiento hasta, al menos, la adolescencia (Emde, et al., 1992; Webb, Singleton, Laplace & VanDevere, 1986).

Al estudiar los trastornos de ansiedad en específico, se ha encontrado patrones dentro de las familias, en donde en términos generales, los parientes en primer grado de las personas con trastornos de ansiedad tienen una mayor tasa de prevalencia que aquéllas con parientes sin trastornos de ansiedad (Pollock, et al., 1995). Sin embargo, este hallazgo no diferencia claramente la influencia específica del ambiente (que comparten muchas veces los parientes entre sí) y la genética. Para determinar eso, se han llevado a cabo estudios con gemelos idénticos. Por ejemplo, Thapar y McGuffin (1995) hicieron una investigación para diferenciar la influencia de factores genéticos y ambientales con hermanos gemelos adolescentes. Se encontró que el factor hereditario explicaba mejor la ansiedad que el ambiental, a partir de los datos obtenidos de los informes de los padres. En cambio, según los de los adolescentes, los factores ambientales mostraron tener una influencia más significativa. En otros estudios, se ha encontrado que la influencia genética tiene un grado de influencia en la manifestación de trastornos de ansiedad que varía entre un 10 % (Eley & Stevenson, 1999) y un 44% (Kendler, et al., 1995).

La variabilidad entre los datos se puede explicar por aspectos metodológicos, ya que algunos estudios son retrospectivos, mientras otros no. En algunos se toma en cuenta el informe de los padres, en otros el de los niños o adolescentes, y en otros de ambos. Además, el trastorno de ansiedad en específico que se esté evaluando puede ser diferente de estudio a estudio (Nauta, 2005). A este último respecto, Kendall (2005) y Pollock, et al. (1995) coinciden en concluir que en ciertos trastornos, como el trastorno de pánico, la carga genética puede ser más determinante que en otros, como en el caso del trastorno de ansiedad generalizada.

Esta perspectiva también se apoya, indirectamente, en las relaciones entre ciertos constructos psicológicos y mecanismos biológicos. Dos de estos constructos son la inhibición conductual y el temperamento. La inhibición conductual se refiere a los niños que se estresan y se retraen en situaciones nuevas y ante extraños. Esta característica psicológica se considera un rasgo, cuya respuesta conductual se hereda (Nauta, 2005). Los niños con inhibición conductual tienen umbrales más bajos para activar su amígdala y regiones hipotalámicas; tienen niveles más elevados de cortisol y catecolaminas, así como mayor tensión arterial y muscular (Pollock, et al., 1995). Se ha encontrado que el

grado en el que se presenta este rasgo en los niños, es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad en general y ansiedad social, en particular (Gladstone, Parker, Mitchell, Wilhelm & Malhi, 2005). El segundo constructo, el de temperamento, tiene que ver con la forma en que el bebé o niño responde al medio. El “temperamento difícil” recibe este nombre porque se relaciona fuertemente con trastornos emocionales y conductuales. Los bebés con temperamento difícil son aquéllos que tienen alta reactividad, es decir, movimientos motores vigorosos y frecuentes, y que lloran mucho. Este patrón de comportamiento podría estar asociado con los niveles de excitación del sistema límbico (el sistema cerebral de las emociones). Datos provenientes de una investigación longitudinal (Kagan, Snidman, Zentner & Peterson, 1999), sugieren que el temperamento difícil de los infantes está relacionado con la futura aparición de síntomas de ansiedad durante la niñez. Si bien ambos constructos se relacionan con la aparición de trastornos de ansiedad, esta relación es indirecta, pues no todos los niños con inhibición conductual o temperamento difícil desarrollan trastornos de ansiedad, y otros niños sin ninguno de estos dos rasgos, sí desarrollan trastornos de ansiedad.

De modo que hay certeza en que los trastornos de ansiedad tienen bases biológicas y, al menos en un cierto grado, las predisposiciones genéticas tienen un papel en la aparición de dichos trastornos. Sin embargo, la relación no es lineal ni determinante. Más bien, su interacción con otros factores, que veremos a continuación, es la que puede derivar en los trastornos de ansiedad. Incluso puede ser que un niño sin exposición alguna a factores de riesgo genéticos de ansiedad, termine por desarrollar el trastorno.

1.2.2.2 La familia como contexto social

Dentro de los diferentes contextos sociales en los que un niño o adolescente se puede desenvolver, el familiar es, al menos durante la niñez, el más relevante y el que ha recibido mayor atención en la investigación con respecto a su relación con el desarrollo de la psicopatología (Hernández-Guzmán, 2006a). Existen datos que indican que los padres juegan un importante papel tanto en el surgimiento como en el mantenimiento de la ansiedad de los niños (Kendall, et al., 1992). De hecho, se acepta en general que la ansiedad “se da” en la familia. Hay hallazgos que señalan que los hijos

de padres con trastornos de ansiedad tienen un sistema autónomo más reactivo, y necesitan más ensayos para habituarse a los estímulos causantes de ansiedad (Turner, Beidel & Roberson-Nay, 2005). Hay muchos factores específicos de la familia, aparte del genético, que podrían desempeñar un papel en el desarrollo y mantenimiento de trastornos de ansiedad de los niños, por ejemplo: estilos de crianza, psicopatología de los padres y tipo de apego. A continuación se explica brevemente cómo se relacionan estas características con la ansiedad de los niños.

En primer lugar, hay varios factores de crianza que están relacionados con la ansiedad infantil y adolescente. En primera instancia es posible identificar la calidad afectiva de la relación entre padre(s) y niño. Por ejemplo, las actitudes y conductas de rechazo, en oposición a las de aceptación, son un factor de riesgo. En segunda instancia, el control parental y la intrusividad, limitan la autonomía del niño (Gruner, Muris & Merckelbach, 1999). Esto es cierto para la mayoría de los niños ansiosos, quienes perciben a sus padres como controladores y rechazantes, y a sus familias como poco cohesivas (Rapee, 1997). Otras veces, los padres contribuyen a la conducta de evitación de los niños, cuando los animan a afrontar los problemas evitándolos o ignorándolos. Una crianza sobreprotectora también se ha ligado con la ansiedad en los niños en estudios retrospectivos con adultos. Posiblemente los padres sobreprotectores no propicien que sus hijos se expongan a las situaciones de ansiedad, y no permiten así que aprendan a afrontar situaciones estresoras (Pollock, Rosenbaum, Marrs, Millar & Biederman, 1995). También se debe tomar en cuenta que estos factores se pueden afectar mutuamente. Por ejemplo, la psicopatología del niño, puede generar cierto rechazo de los padres

En un estudio Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa (1996) detallan qué aspectos de las relaciones entre padres e hijos se relacionan con la ansiedad en los adolescentes mexicanos. Resultó que dimensiones negativas de factores como amistad, apoyo para enfrentar problemas, interés y la forma de hacer las críticas, tanto de padres como de madres, se relacionan con la ansiedad. Otras correlaciones entre ansiedad y dimensiones negativas de la relación padres-hijo, fueron específicos de la madre (falta de promoción de confianza) o del padre (expresión de afecto).

En segundo lugar, la psicopatología de los padres puede influir en el niño de varias maneras, por ejemplo, directamente por una vía genética, e indirectamente por modelamiento y por el deterioro de las prácticas de crianza. Por ejemplo, si alguno o ambos padres padecen un trastorno de ansiedad, ellos podrían fungir como agentes para que el niño aprendiera a qué temer, cómo manifestar la ansiedad (en sus tres dimensiones), y cómo afrontar las situaciones de ansiedad. Pero hay mecanismos más complejos mediante los cuáles la psicopatología de los padres tiene un efecto en el desarrollo emocional y disfuncionalidad de los hijos.

Nomura, Wickramratne, Warner, Mufson y Weissman (2002) encontraron que la presencia de depresión en los padres es un fuerte predictor de trastornos de ansiedad y depresión en los hijos, ya que eleva el riesgo de presentar síntomas internalizados. Uno de los mecanismos posibles por los cuales la depresión de los padres origina o exacerba los problemas emocionales en los niños en general, y los problemas de ansiedad en particular, es el que los padres deprimidos presenten conductas negativas e impredecibles (irritabilidad, disciplina inconsistente), poco apoyo hacia sus hijos (calidez, reconocimiento), además de conflicto marital con sus parejas. Así mismo, los padres deprimidos tal vez sean negligentes en el cuidado de sus hijos y eviten asumir responsabilidades (Langrock, Compas, Keller, Merchant, Copeland & 2002). Además, las madres deprimidas eligen estilos de afrontamiento que requieren menos esfuerzo cognitivo y responden menos a las necesidades de sus hijos desde que nacen. Después, cuando los niños crecen, su estilo de crianza tiende a ser coercitivo. Datos similares existen sobre los padres con trastornos de ansiedad, a quienes sus hijos describen como más rechazantes y controladores (Gruner, et al., 1999). Los niños cuyos padres poseen dichas características, a su vez, informan de niveles más altos de preocupación, la cual es una característica central del esquema cognitivo de los niños con ansiedad (Muris, Meesters, Merckelback & Hülsenbeck, 2000). También, los niños cuyos padres sufren alguna psicopatología, están en contacto frecuente con un ambiente estresante, ante el cual posiblemente no tengan los recursos de afrontamiento adecuados, y en cuyo caso estarían más propensos a desarrollar tanto síntomas internalizados como externalizados (Downey & Coyne, 1990). Las investigaciones que relacionan la psicopatología de los padres con la psicopatología de los hijos que se ejemplifican en este capítulo, provienen de datos de padres con depresión o ansiedad. Sin embargo, los hallazgos se podrían

aplicar también a padres con otras psicopatologías si se entiende que la psicopatología de los padres afecta sus funciones de parentaje y estilo de crianza.

Por último, Bowlby en una serie de obras (1976; 1988, en Bretherton, 1997) describió el valor de la relación de apego en el desarrollo psicológico del infante. Introdujo el concepto de apego en sustitución del “dependencia”, el cual, en términos generales tenía una connotación negativa. Bowlby señaló entonces, que la relación de apego entre madre e hijo tiene una función evolutiva para proteger al infante de daños, tanto psicológicos, como físicos. Un apego seguro, caracterizado por el apoyo y la responsividad consistentes de la madre ante las necesidades de su hijo, resultará al mismo tiempo, en seguridad del infante sobre sí mismo y sobre el ambiente, le ayudará a disminuir su estrés, y engendrará autonomía. En cambio, los niños con apego inseguro experimentan ansiedad, pues no confían en que su cuidador les proteja. Existe una tensión interna excesiva debido a la separación de la madre, circunstancia en la que no se pueden satisfacer las necesidades del niño. Además, el infante va desarrollando un modelo del mundo en general a partir de su estilo de apego, el cual puede explicar la aparición de los trastornos de ansiedad u otros problemas psicológicos posteriormente.

La teoría de Bowlby sobre la relación del tipo de apego y el desarrollo de la ansiedad cuenta con datos que la sustentan. Por citar un estudio más o menos reciente, Muris, et al. (1997) encontraron que los niños con apego inseguro, en comparación con los de apego seguro, tienen preocupación muy elevada y de mayor gravedad, y esperan recibir menos apoyo social ante situaciones estresantes. Dichas características, hacen que los niños sean más propensos a desarrollar psicopatología.

Repetti, Taylor y Seeman (2002), en su un meta-análisis presentan un modelo muy completo sobre las relaciones entre el contexto familiar y las repercusiones, en varios niveles, en los hijos. A partir de los hallazgos de una gran cantidad de estudios, logran sintetizar en su modelo varios de los factores que terminan por causar problemas tanto físicos como psicológicos y los procesos involucrados. Ellos describen que el contexto familiar de una “familia riesgosa” en interacción con factores genéticos, pueden causar, en primera instancia irregularidades biológicas en varios sistemas neuropsicológicos (sistemas serotoninérgico, eje hipotalámico-pituitario-adrenal, etc.) y en el procesamiento de las emociones. Las familias riesgosas se caracterizan por propiciar

una ambiente de conflicto y agresividad, por ser frías, no brindar apoyo a otros miembros de la misma, y por ser negligentes. Los efectos a nivel biológico y de procesamiento de emociones pueden causar problemas físicos y psicológicos, y éstos interactúan con el contexto social de la familia. A lo largo del tiempo, causan disfunción en otros niveles de desarrollo como competencias sociales y de conductas de riesgo (abuso de sustancias, conducta sexual de riesgo) que deriva finalmente en un trastorno psicológico o un problema de salud crónico (si es que no estaba presente de antemano). A pesar de que el modelo propuesto por Repetti y sus colaboradores no es una explicación específica sobre el desarrollo de los trastornos de ansiedad, el modelo puede aplicarse para explicar dichos trastornos, en particular. Con base en la Teoría Conductual de Sistemas, conviene hacer una precisión al modelo de Repetti y colaboradores: los efectos del contexto social de la familia, en interacción con las predisposiciones genéticas, no sólo actúan entre sí para desencadenar otra serie de consecuencias en otros niveles, sino que los efectos (irregularidad en sistemas biológicos, procesamiento de emociones inadecuado, disfuncionalidad en competencias sociales, incursión en conductas riesgosas, etc.), retro-alimentan, a su vez, al contexto de la familia, y causan mayor estrés o conflicto. Incluso podría interactuar con las predisposiciones genéticas, lo que propiciaría la manifestación de ciertas tendencias, por ejemplo.

1.2.2.3 Perspectiva Cognitivo-Conductual

Los modelos cognitivo-conductuales de la psicopatología son modelos integrativos que enfatizan los procesos de aprendizaje y las influencias del ambiente, al mismo tiempo que describen la importancia de factores cognitivos y de procesamiento de información. Respecto a la ansiedad, la perspectiva cognitivo-conductual supone que ésta es una emoción normal y esperada, cuyos síntomas se manifiesta conductual, cognitiva y fisiológicamente. Cada individuo está en contacto con más o menos factores de riesgo que pueden propiciar el desarrollo de un cierto trastorno, por ejemplo: predisposición genética, temperamento, historia familiar, experiencias de aprendizaje, estilos de crianza, y otros factores ambientales internos y externos (Albano & Kendall, 2002). De modo que, el desarrollo de la psicopatología es multicausal, y ciertos factores de aprendizaje regulan el impacto que tienen los diversos factores en los individuos.

El componente conductual de esta perspectiva está basado en los modelos de aprendizaje clásico, operante y social. De manera breve se describen dichos mecanismos a continuación. El condicionamiento clásico es la evocación de una respuesta incondicionada por parte de un estímulo que alguna vez fue neutral, pero que ahora se ha condicionado. Una situación regularmente no temida puede provocar ansiedad si se ha asociado previamente con situaciones o estímulos verdaderamente peligrosos.

El condicionamiento operante, por su parte, señala que la posibilidad de que se presente una conducta aumenta cuando se le refuerza, y que disminuye cuando se castiga. Es decir, el seleccionar y descartar conductas depende de las consecuencias que contraigan. La conducta compleja, tanto normal como disfuncional, puede desarrollarse por aproximaciones sucesivas (moldeamiento), al reforzar positivamente avances graduales. También se ha explicado cómo el reforzamiento negativo mantiene la respuesta de ansiedad. Cuando el individuo enfrenta una situación ansiógena, incrementa la incomodidad y los pensamientos de ansiedad. Por lo que si se evita tales situaciones (por ejemplo inventando excusas) el individuo siente alivio inmediato de la ansiedad. Es decir, la conducta de evitación se ve reforzada por el alivio, pero establece respuestas cíclicas de la aparición de ansiedad (ante las situaciones temidas) seguidas de una respuesta de escape y alivio (Compton, et al., 2004). Algunas veces, las respuestas de evitación ni siquiera son funcionales en el sentido de que, independientemente de que el sujeto evite o no una situación, dicha situación se deja de presentar. Pero a pesar de ello la conducta de evitación para enfrentar la situación persiste, pues el individuo percibe que al haber evitar la situación, ésta deja de ocurrir (Kendall, 2000).

La teoría de aprendizaje social es otro pilar teórico del modelo cognitivo-conductual, la cual explica que el comportamiento en una situación dada es el resultado de la interacción de factores interpersonales, ambientales y conductuales. El modelamiento y el aprendizaje vicario son mecanismos que pueden contribuir a la transmisión de trastornos de ansiedad dentro de la familia. El niño puede aprender conductas disfuncionales observando las reacciones de otras personas (especialmente los padres), o escuchando las explicaciones e interpretaciones de otros. Es decir, el niño puede desarrollar un estilo ansioso sin experimentar directamente una situación que provoque ansiedad (Kendall, 2000).

Existen datos (Muris, Merckelbach & Collares, 1997) que indican que, según el informe de los niños, el origen de sus miedos más comunes está relacionado, en la mayoría de los casos, con mecanismos de condicionamiento clásico, seguido por factores de modelamiento y por haber recibido información atemorizante con respecto a una situación u objeto determinado. Estos mecanismos no sólo están relacionados con el origen o surgimiento de los miedos, sino que también con su intensificación. En este caso el condicionamiento parece ser el factor más informado, nuevamente. Así, el condicionamiento puede explicar satisfactoriamente el origen de miedos específicos, que después podrían convertirse en fobias, como miedo a los animales, a situaciones médicas y a la crítica y que por mecanismos de generalización se pueden extender a otros objetos.

A pesar de que hay datos de que los tres mecanismos básicos del enfoque conductual (condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje vicario) estén relacionados con la aparición de ansiedad, no siempre se puede identificar el origen de los trastornos de ansiedad a partir de ellos (Merckelbach, de Jong, Muris & van den Hout, 1996) y en otras ocasiones la combinación de más de uno tiende a ofrecer una explicación mejor.

Ya sea que el aprendizaje o cualquier otro factor de riesgo mencionado anteriormente esté propiciando el trastorno de ansiedad, el papel de las cogniciones jugará un papel primordial, pues éstas mediarán las experiencias y se les asimilará y acomodará en un modelo mental que guíe la percepción, no sólo de los sucesos causantes de ansiedad, sino del mundo en general. El modelo cognitivo enfatiza entonces, que las expectativas e interpretaciones caracterizan la experiencia de las personas, aunque también funcionan con otros sistemas como el emocional, el conductual y el fisiológico (Sweeney & Pine, 2004).

Así, el enfoque cognitivo pone énfasis, lógicamente, en la parte del contenido de los pensamientos y el procesamiento de información. Los niños ansiosos presentan con frecuencia pensamientos de temor al daño físico, de peligro y de autocrítica. Esto sucede así, porque perciben distorsionadamente las demandas de su medio, y además tienen expectativas irracionales sobre ellos mismos (Kendall, 2000), lo cual incrementa

su estrés. La ansiedad también se asocia con una mayor frecuencia de pensamientos negativos sobre sí, lo que no se observa en niños no ansiosos (Solloa, 2001). Kendall, et al. (1992) señalan que los niños ansiosos tienen pensamientos distorsionados sobre sucesos externos, por ejemplo, tienden a hacer muchas generalizaciones o a exagerar. Silverman, et al. (1995) añaden que los niños ansiosos no tienen la capacidad para reconocer en forma realista la probabilidad de ocurrencia de lo que temen. En contraste, los niños menos ansiosos, quienes a pesar de que tengan muchas preocupaciones, reconocen que es poco probable que ciertas cosas ocurran. Los niños ansiosos, además muestran una preocupación inusual por la evaluación de otros. Probablemente, estas distorsiones se deban a experiencias previas, y/o a la forma equivocada con que interpreta, de antemano lo que sucede (Kendall, 2000). Otra razón por la cual los niños con ansiedad presentan patrones cognoscitivos distorsionados puede ser el aprendizaje a partir del modelo que exhiben sus padres. Creswell, Schniering y Rapee (2005) encontraron que las madres de niños con trastornos de ansiedad compartían con sus hijos muchas de las interpretaciones que se hacían sobre situaciones ambiguas. Las percibían como situaciones de riesgo. La teoría cognitiva propone, entonces, que los niños ansiosos tienen una sobreactividad crónica de esquemas relacionados con amenazas o peligros que resulta en pensamientos disfuncionales.

Dalendein y Vasey (1997) proponen un modelo de procesamiento de información de los niños con ansiedad, en el que se describe algunas de sus distorsiones en los diferentes niveles de procesamiento. Primero, en la codificación, los niños con ansiedad atienden selectivamente la información que indica amenaza; son hipervigilantes a las señales de amenaza. Después, pasan a la interpretación de dichas señales rápidamente, evalúan su significado y posible resultado. Por ejemplo, concluyen que la situación es peligrosa, a pesar de que un análisis más detallado no lo indicaría así, y también esperan un número desproporcionado de resultados negativos. Esto lleva al siguiente paso, el de selección de metas, en donde, con base en las interpretaciones, los niños ansiosos deciden evitar la situación. La tendencia a escoger la evitación o el escape se debe a una deficiencia en la habilidad para recordar o generalizar estrategias de afrontamiento. Dicha deficiencia resulta; a su vez, de la interferencia que producen los pensamientos negativos para representar otras alternativas de respuesta, lo que al final se traduce en carencia de habilidades. El último nivel es el de habilidades y ejecución, el cual se puede deducir que es deficiente también, pues al evitar situaciones, los niños se van

rezagando en la adquisición o perfeccionamiento de habilidades de afrontamiento. Esto a su vez, incrementa su ansiedad, pues por la falta de habilidades (o al menos por no exhibirlas y practicarlas), aumenta la probabilidad de fracaso.

1.2.2.4 Interacción de factores

Desde una visión dinámica del desarrollo queda claro que no hay relaciones uno-a-uno respecto a la causalidad de trastornos psicológicos. Es decir, ningún factor contextual originará inequívocamente cierta condición psicológica. En cambio, la presencia de uno o varios factores de riesgo presentados anteriormente, y la interacción entre ellos en diferentes momentos del ciclo de la vida de los individuos, propiciará la aparición de algún trastorno de ansiedad, o alguna otra condición psicológica o médica.

A través de los datos provenientes de las investigaciones mencionadas anteriormente, se puede resumir que los factores que aparecen más consistentemente como de riesgo para los trastornos de ansiedad son los siguientes: predisposición genética, psicopatología de los padres (en especial trastornos depresivos y de ansiedad), apego inseguro, estilos de crianza deficientes (rechazantes, negligentes, sobreprotectores, y controladores) y experiencias de aprendizaje (condicionamientos, reforzamiento y modelamiento o imitación). Desde el punto de vista de las teorías contemporáneas del desarrollo (Boyce, et al., 1998; Novak, 1998) varios de estos factores se podrían estar retroalimentando cíclicamente, por ejemplo, si los padres de algún modo modelaron una conducta ansiosa, y el niño comenzara a exhibirla, esto ocasionaría una reacción de sobreprotección de los padres, o bien de rechazo, y esta conducta de los padres intensificaría la ansiedad del niño.

Los mecanismos cognitivo-conductuales no sólo constituyen factores de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad, sino que también ayudan a explicar cómo las circunstancias externas al individuo se implantan o llegan a influenciar la conducta manifiesta de un individuo. El papel del aprendizaje por asociación es sumamente importante para entender cómo los factores del contexto familiar derivan en la conducta particular de un individuo. El niño inmerso en un ambiente de riesgo, como el descrito por Repetti, et al. (2002), tomará de ahí los modelos conductuales y

cognitivos. Posteriormente, la forma misma que ha adquirido de interactuar con el ambiente le hará más propenso a seguir interactuando con ambientes nocivos, aún fuera de casa (durante la adolescencia), pues las habilidades que ha adquirido para desenvolverse y el modelo del mundo que tenga, sólo tendrán sentido en contextos similares. De esta forma, los efectos de los factores de riesgo no se acotan a un periodo de vida, sino que se perpetúan y exacerbán, a menos que se haga una intervención eficiente, o bien el contexto (interno y externo) del individuo cambie drásticamente.

1.2.3 Miedos comunes y ansiedad normal en niños

El papel del desarrollo psicológico es importante para entender, tanto cualitativa como cuantitativamente, la ansiedad que presentan los niños normalmente. Según la etapa del desarrollo del individuo, ciertos miedos o ansiedades se consideran normales pues son típicas de ese grupo de edad. Aunque se suele distinguir entre los conceptos de ansiedad y de miedo, como ya se especificó anteriormente, según Solloa (2001) esta distinción en los niños es innecesaria, pues gran parte de la niñez se caracteriza por pensamiento animista, lo que significa que los niños no distinguen entre lo real y lo irreal. Tomando esto en cuenta, a continuación se describen algunos de los miedos más usuales para distintos grupos de edad según Sroufe y Rutter (1984, en Warren & Sroufe, 2004):

- 0 a 6 meses, miedo a ruidos fuertes y a la pérdida de apoyo.
- 6 a 18 meses, miedo a situaciones o sujetos extraños, ansiedad por separación.
- 2 a 3 años, miedo a animales.
- 3 a 6 años, miedo a la oscuridad, criaturas imaginarias (monstruos, fantasmas), y pérdida de cuidadores primarios, ruidos, y gente mala.
- 6 a 10 años, preocupaciones a lastimarse, al peligro físico, a los rayos, dormir solos, robos o asaltos y a la escuela.
- 10 a 12 años, preocupaciones sobre las amistades, exámenes, apariencia física.
- a partir de los 13 años, preocupaciones por las relaciones heterosexuales, independencia y planes para la vida.

De forma general se podría apreciar una secuencia en los miedos que van de miedos indiferenciados, globales y externalizados hacia miedos diferenciados, abstractos e internalizados, congruentes con la maduración del sujeto (Hernández-Guzmán, 1999; Kendall & Ronan, 1990).

Se ha intentado explicar por qué cambia el contenido de los miedos con el tiempo. Una explicación es que los cambios cognitivos y ambientales los causan (Warren & Sroufe, 2004). Los infantes y niños más chicos temen a sucesos que ocurren en su entorno inmediato. Después, durante los años preescolares, su mundo se expande y se mueven más por ellos mismos, entonces empiezan a tener miedo ante cosas que no necesariamente han experimentado directamente y de cosas que no están en su entorno inmediato. Después, en los primeros años de escuela, cuando el desarrollo cognoscitivo aumenta, se teme más a miedos físicos, lo cual se puede deber a una diferenciación de la realidad de los objetos, o bien, a una mayor comprensión del mundo físico y de las relaciones causa-efecto. Posteriormente, en los años de escuela también, los niños comienzan a estar más conscientes de ellos mismos e internalizan más sus miedos, al mismo tiempo que los dirigen hacia posibles situaciones en el futuro. A medida que el niño experimenta mayor control en su ambiente, sus miedos se vuelven más realistas. Para la adolescencia, los miedos están más relacionados con aspectos morales, sexuales, religiosos y de aceptación social. Incluso en la adultez, se experimentan miedos típicos que se relacionan con la capacidad de logro, peligro físico, la soledad y la muerte. Esta explicación va de la mano con teorías dinámicas del desarrollo, en donde se contempla que conforme el niño madura, los contextos sociales relevantes para él van cambiando (desde la relación madre-hijo de los infantes, hasta los escenarios de actividades extra-académicas o de tiempo libre, en la adolescencia) (Boyce, et al., 1998).

Otros investigadores como Westenberg, Drenes, Goedhart, Siebelink y Treffers (2004) han dado ofrecido explicaciones alternativas a los datos encontrados. Ellos llevaron a cabo un estudio en el que también se evaluaba el cambio en el contenido de los miedos según la edad. A *grosso modo* encontraron que los miedos relacionados con peligro físico (heridas, muerte, situaciones médicas, etc.) disminuían con la edad, pero las preocupaciones relacionadas con la evaluación social (fracaso, crítica) aumentaban a partir de la niñez tardía (8-11 años) y hasta la adolescencia (12-18 años). Explicaron sus hallazgos a partir de una perspectiva de maduración socio-cognitiva según la cual

durante la adolescencia se incrementa la auto-conciencia, lo que conlleva a percibir el mundo egocéntricamente, un fenómeno al que también se le ha llamado “audiencia imaginaria”. Sin embargo, el cambio en el contenido de los miedos no está estrictamente relacionado con la edad, sino más bien con el nivel de maduración socio-cognitiva del individuo (de la cual uno de sus indicadores puede ser la habilidad verbal). Al mismo tiempo, estos autores proponen que varios factores, como el temperamento del individuo y el estilo de crianza de los padres, influyen en el nivel de la maduración socio-cognitiva. Esta explicación no se deslinda totalmente de una teoría dinámica del desarrollo y da cabida al principio de multicausalidad, pero enfatiza la influencia prominente del desarrollo cognitivo basado en la interacción del individuo con sus contextos sociales.

En oposición a los datos sobre el cambio -y transitoriedad- de los miedos con la edad, en otro estudio (Ollendick, Matson & Helsel, 1985) se obtuvieron datos diferentes. Se averiguaron los miedos más comunes en una muestra de niños y adolescentes de 7 a 18 años de edad. En los niños y niñas de 7 a 9 años los miedos más comunes fueron los siguientes: que un ladrón entrara a la casa, incendios o a sufrir quemaduras, no poder respirar, a morir o a los muertos, recibir castigo de los padres, ir al doctor, a las inyecciones, cortarse, a los perros y comer cosas extrañas. En la muestra total, los miedos más comunes fueron (en orden): no poder respirar, que un ladrón entre a la casa, incendios o sufrir quemaduras, ser atropellado, a morir o a los muertos, bombardeos, hacer el ridículo, y sacar malas calificaciones. Como se puede observar en las listas, en este estudio algunos miedos no parecen ser transitorios, pues los informaron participantes de todas las edades. Los miedos o preocupaciones relacionados con situaciones sociales aparecen escasamente.

En México, Bermudez-Ornelas (2003) encontró datos que muestran igualmente que muchos miedos nos son transitorios en la muestra de niños entre 7 y 16 años de edad. En esta muestra de niños y adolescentes mexicanos dentro de los diez miedos más comunes para toda las edades se encontraron los siguientes: a morir o gente muerta, ser llamado por el director a su oficina, que un profesor les mande “reportes”, sacar malas calificaciones, hacer un mal trabajo para la escuela y a animales (ratones, víboras, osos, lobos). La mayor parte de estos miedos persistían a edades más tardías, mientras que unos pocos se desvanecían, por ejemplo los niños de 7 a 9 años de edad mencionaban

miedo a los fantasmas y a estar en un lugar extraño, mientras que los niños más grandes, no. Además, pocos miedos aparecieron con la edad (los niños más grandes, de 10 a 16 años mencionaron el miedo a las inyecciones y a estar en un hospital). Si bien, algunos datos coinciden con aquéllos de Ollendick, et al. (1985), sobre todo en la falta de transitoriedad, en la muestra de niños mexicanos se puede apreciar claramente que muchos de los miedos están relacionados con actividades escolares, hecho que no fue tan relevante en la muestra de Ollendick, et al. (1985).

La falta de transitoriedad de algunos miedos representa un fenómeno difícil de interpretar desde el punto de vista de una teoría de desarrollo tradicional, pues lo esperable, entonces, sería que niños de diferentes edades, informaran miedos muy diferentes. Dejando de lado posibles influencias metodológicas de los estudios en los resultados, se podría recurrir al principio de equifinalidad de la teoría conductual de sistemas, a través del cual se comprendería que a pesar de que los niños de diferentes rangos de edad tienen experiencias acumuladas diferentes, presentan miedos similares. Incluso podría significar que para aquéllos miedos que no cambian de una edad a otra, algún factor contextual preponderante compartido por los individuos, por ejemplo, algún vínculo relacionado con lo filogenético de la especie, tiene mayor poder explicativo.

Por su parte, Silverman, La Greca y Wasserstein (1995) hacen una aportación en este campo, no con respecto a la posible transitoriedad de los miedos intra-subjetivamente, sino a través de generaciones. Los aspectos sociales e históricos también influyen en los miedos que tienen los niños. Por ejemplo, actualmente más niños temen por la salud de sus padres, a las operaciones, a contagiarse de SIDA, a que sus padres tengan conflictos o que se divorcien. Dichos autores argumentan que estos miedos tienen correlatos con fenómenos sociales actuales como la violencia, nuevos riesgos para la salud y la alta tasa de divorcios, lo cual nos habla de cambios de la conducta en un nivel cultural.

Finalmente, respecto al número de miedos, los niños más pequeños presentan mayor cantidad, los cuales van disminuyendo a medida que crecen. Por ejemplo, 90% de los niños entre 2 y 14 años presentan al menos un miedo (Rapee, 1997). Según Kendall, et al. (1992) entre los 2 1/2 y 4 años hay mayor incidencia de miedos en los niños; después de esta edad el número de miedos empieza a disminuir. Sin embargo aún los

adolescentes de 16 y 18 años de edad pueden referir hasta 12 situaciones que les causan miedo (seleccionados de una lista de 80 miedos potenciales), en comparación con 14 miedos, en promedio, referidos por niños de 7 a 9 años de edad (Ollendick, et al., 1985). Para el caso del presente trabajo, se entiende que el número de miedos que un individuo tenga, es más o menos irrelevante, en tanto que un número por sí solo no ofrece una visión comprensiva de los contextos del individuo. Más relevante será conocer la forma en que el o los miedos causan disfuncionalidad en el sujeto, y como dicha disfunción retro-alimenta los contextos (internos y externos) del individuo.

1.2.4 Ansiedad clínica

Se acepta entonces que, los niños experimentan miedo y ansiedad elevada, de forma transitoria, como parte normal del desarrollo. Sin embargo, para distinguir entre la ansiedad normal y la clínica, o bien, para considerar un trastorno de ansiedad como tal, diferentes autores han propuesto ciertos criterios. Por ejemplo, la ansiedad y el miedo son anormales cuando: interfieren con el funcionamiento normal del niño (Solloa, 2001); cuando son prolongados e intensos (Kendall, 2000); cuando son pervivientes, se prolongan más allá de la edad típica y cuando no hay una amenaza genuina (Warren & Soufre, 2004); o bien cuando son excesivos en relación con la situación, están más allá del control voluntario, conllevan a evitar la situación o el estímulo, son persistentes, y no son específicos de la edad (Ollendick & Francis, 1988).

También hay que tener presente que algunos trastornos de ansiedad pueden ser tan graves que no sólo impacten negativamente el desarrollo del niño, sino que pueda afectar a los padres u otras personas cercanas (Kendall, et al., 1992).

1.3 Clasificación de los trastornos de ansiedad

1.3.1 Sistemas de clasificación

Los dos sistemas de clasificación usados con más frecuencia son el CIE-10 (*ICD* por su nombre en inglés *International Clasification of Disaeses*) (World Health Organization, 1992) y el DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*-cuarta edición)

(American Psychiatric Association [APA], 1995), lo cuales están basados en una aproximación categórica-médica. En esta aproximación se supone que lo normal difiere de lo patológico en términos de tipo y no de grado. Del mismo modo, los trastornos difieren unos de otros cualitativamente, son entidades discretas conformadas por conjuntos de síntomas clínicos. Se puede distinguir un trastorno de otro según el conjunto de síntomas que presente el paciente, y de cómo éstos se relacionen con otros factores clínicos (Dadds, James, Barrett & Verhulst, 2004).

El DSM permite hacer un diagnóstico basado en síntomas observables que pertenecen a las categorías establecidas. Dichas categorías, en la actualidad se establecen con base en procesos empíricos y se actualizan conforme la investigación avanza. Por eso mismo, este sistema de clasificación ha pasado por varias revisiones y modificaciones. La creación de este manual ha permitido que la comunicación entre clínicos e investigadores, y entre profesionales de la salud mental, sea más fácil, pues propicia un vocabulario común (Dadds, et al., 2004).

El CIE, al igual que el DSM, tiene un enfoque atóxico para establecer el diagnóstico, en el sentido de que no examina las causas de los trastornos. Sin embargo, una de las diferencias más grandes entre ambos sistemas es que el CIE no incluye criterios operacionales de diagnóstico, sino que únicamente describe en general el trastorno. Otra diferencia es que en el CIE no se considera que existan comorbilidades como tales, sino más bien se considera que los trastornos pueden estar mezclados, en lugar de que una persona tenga dos o más trastornos simultáneamente. Por último, la investigación basada en el sistema CIE es mucho más limitada que la que se ha hecho con el sistema DSM (Dadds, et al., 2004), por lo que es más frecuente referirse a los trastornos de ansiedad de acuerdo a la clasificación del DSM.

Una de las problemáticas más polémicas del sistema categórico es la cuestionabilidad de la validez y confiabilidad de las categorías, así como el grado en que dichos sistemas cubren la estructura tan variada de síntomas que pueden presentar los pacientes. También se cuestiona la utilidad de estos sistemas ante las comorbilidades, sobretodo cuando a partir del diagnóstico deba tomarse una decisión respecto al tratamiento (Dadds, et al., 2004). Ante las deficiencias presentadas por los sistemas

categoricos, puede usarse como alternativa, o complementariamente, un enfoque dimensional de la psicopatología.

El enfoque dimensional supone que la psicopatología es una desviación cuantitativa de la normalidad. La mayoría de estos modelos se han establecido estadística y empíricamente a través de análisis de factores que reducen potencialmente el número de categorías a un número menor de dimensiones o disfunciones emocionales o conductuales. Es decir, se vale de escalas o instrumentos psicológicos estandarizados para determinar el grado de psicopatología. (Los instrumentos psicológicos más frecuentemente usados para evaluar la ansiedad en niños se detallarán más adelante en el segundo capítulo). Este modelo es más sensible a un espectro de gravedad de los síntomas o problemas, por ejemplo puede ir de leve a muy grave, en comparación con el sistema categorico, según el cual la decisión se da en términos de ausencia o presencia del trastorno o de un estado saludable. La desventaja más grande del sistema dimensional ha sido la dificultad para comunicarse entre el campo de investigación y la práctica clínica, y entre los psicólogos y los psiquiatras. Éstos últimos han mostrado más resistencia a adaptarlo.

El sistema categorico y el dimensional se traslapan en ciertos sentidos. Por ejemplo, en los instrumentos estandarizados se cuentan con un punto de corte para distinguir entre la población normal y la clínica, lo que al final de cuentas da pie para determinar la presencia o ausencia de un trastorno. Al mismo tiempo, el sistema DSM, por ejemplo, incluye algunos criterios dimensionales para evaluar el grado de disfuncionalidad que presenta un paciente dentro de un continuo de salud-disfuncionalidad.

1.3.2 Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM

En el DSM-III-R se incluían, por primera vez, de manera separada los trastornos de ansiedad de los adultos y los trastornos de ansiedad de aparición en la niñez o adolescencia, que eran tres: trastorno de ansiedad por separación, trastornos hiperansioso y trastorno evitativo. Los trastornos de ansiedad considerados de adultos exclusivamente eran: trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, fobia específica o simple, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno generalizado de ansiedad y trastorno de ansiedad no especificado. Debido a problemas

con la confiabilidad (réplica del diagnóstico), estabilidad del diagnóstico, y validez discriminante baja, los criterios para formar las categorías en los trastornos de ansiedad con aparición en la niñez en la siguiente versión del DSM, el DSM-IV, fueron más rigurosos. Esto con el objetivo de evitar que ciertos trastornos se traslaparan y para aumentar la compatibilidad con los trastornos de los adultos (Saavedra & Silverman, 2002). De esta manera, se eliminó el trastorno evitante, el cual era idéntico al de fobia social. También se suprimió el trastorno hiperansioso, por la falta de validez discriminante y se fusionó con el trastorno por ansiedad generalizada de los adultos. Así, sólo quedó el trastorno de ansiedad por separación como un trastorno exclusivo de aparición en la niñez (Dadds, et al., 2004; Kendall, et al., 1992). El resto de los trastornos de ansiedad se formulan en general y pueden afectar tanto a niños como a adultos.

Antes de proceder con la clasificación de los trastornos, conviene aclarar dos conceptos importantes: fobia y estrés. Las fobias son miedos intensos que han adquirido una dimensión patológica, pues son desproporcionados con respecto a las demandas de la situación. Además no se pueden descalificar a través del razonamiento. Las fobias pueden paralizar al individuo al punto en que su vida se puede afectar seriamente (Ollendick, Davis & Muris, 2004). Las fobias están muy delimitadas a ciertos objetos, seres o situaciones, a diferencia de la ansiedad que es difusa. El estrés, por su parte, es una reacción del organismo para movilizar energía ante un estímulo amenazante que puede ser interior o exterior, físico o social. El estrés, se refiere a la discrepancia que un individuo percibe entre las demandas del ambiente y los recursos que tiene para hacerle frente, y fisiológicamente, involucra una activación del sistema nervioso autónomo (Sarafino, 2006). Tiene sentido conocer estos conceptos, pues algunos trastornos clasificados como de ansiedad, dependen de ellos.

A continuación se describe brevemente los trastornos de ansiedad incluidos en el DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1995):

→ Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.

- Trastorno de ansiedad por separación (TAS). Se caracteriza por una ansiedad excesiva e inapropiada desde la perspectiva del desarrollo, con respecto a la separación del hogar o de las figuras de apego más cercanas.

El niño sufre emocionalmente o presenta disfuncionalidad social, académica, o en otras áreas importantes de funcionamiento. Estos niños evitan quedarse solos en casa, ir a la casa de amigos, quedarse con una niñera o con alguien más que los cuide, etc. Por las noches, quieren dormir con sus padres o piden que alguien los acompañe en su recámara hasta que se queden dormidos. En los casos en los que el niño se separa de sus cuidadores primarios, querrá llamarlos y saber cuándo se verán de nuevo, e incluso preguntará sobre la salud de los padres. El niño estará constantemente deseando regresar a casa cuando esté fuera de ella. La duración mínima de los síntomas es de 4 semanas y debe aparecer antes de los 18 años.

→ Trastornos de ansiedad.

- Crisis de angustia (ataque de pánico). Es la aparición repentina de aprehensión intensa, miedo, y terror. Se presentan síntomas fisiológicos muy intensos y la persona refiere sentirse en peligro de morir, de volverse loco o de perder el control.
- Agorafobia. Se trata de la aparición de ansiedad en o evitación de lugares de los cuales podría ser difícil escapar (o vergonzoso), o que son de difícil acceso para obtener ayuda.
- Trastorno de Pánico (con o sin agorafobia) (TP). También se le ha llamado "miedo al miedo". Este trastorno consiste en un miedo a pasar por un ataque de pánico (o crisis de angustia). Este trastorno puede estar acompañado o no de agorafobia.
- Fobia Social (FS). Consiste en un miedo persistente de una o más situaciones en las que se involucra el escrutinio de otros, o en las que se debe actuar frente a un público, e incluye la posibilidad de hacer algo vergonzoso o humillante. La exposición a la situación social provoca una respuesta inmediata de ansiedad, por lo que tales situaciones se evaden. Esta fobia interfiere con la rutina diaria del niño, en su desempeño académico y funcionamiento social. En las personas menores a los 18 años de edad, los síntomas deben persistir por al menos 6 meses. La antigua descripción del trastorno evitante es congruente con este diagnóstico en la actualidad, según Kendall y Warman (1996).

- Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Se trata de una ansiedad y preocupación excesivas (expectativas aprensivas) que ocurren más días de los que no, por un período de al menos 6 meses. Las preocupaciones provocan malestar subjetivo, dificultad para controlar la preocupación, o dificultades en ámbitos sociales o escolares. Estos niños evitan hacer tareas escolares o unirse a equipos de deportes por temor a cometer errores, o por las posibles consecuencias. Según Kendall y Warman (1996), los niños que cumplen con los criterios diagnósticos de este trastorno, cumplían también con los criterios del antiguo trastorno hiperansioso.
- Fobia Específica (FE). Se caracteriza por la presencia de una ansiedad clínicamente significativa (temor excesivo e irracional) como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos que son temidos (animales, fenómenos naturales, intervenciones médicas, etc.). El individuo presenta también una respuesta de evitación al estímulo fóbico. Los síntomas en los menores a 18 años de edad deben persistir por al menos 6 meses.
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Consiste en obsesiones que causan ansiedad y malestar significativo y/o compulsiones, cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad. Las compulsiones u obsesiones consumen mucho tiempo, por lo que la vida normal del individuo se puede ver afectada.
- Trastorno por Estrés Postraumático (TEP). En este trastorno los síntomas de ansiedad aparecen después de exponerse a un suceso estresante o altamente traumático (accidentes, desastres naturales, secuestro, violación, etc.) en los que la vida del sujeto se ve afectada realmente o hay riesgo de morir. El sujeto puede re-experimentar el suceso a través de recuerdos, sueños o asociaciones simbólicas y presentar una respuesta de temor, desesperanza u horror. También intentará evitar estímulos o situaciones relacionados con el trauma.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Se caracteriza por síntomas predominantes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias. Consiste en síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
- Trastorno de ansiedad no especificado. Se clasifican así todos los trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica, pero que no reúnen los criterios diagnósticos de ninguno de los trastornos de ansiedad ya mencionados.

1.4 Curso de los trastornos de ansiedad

Calcular la edad en la que surgen los trastornos de ansiedad no es fácil, pues el informe de los padres y de los niños no suelen ser exacto al calcular desde cuándo los síntomas han estado presentes. A través de varios estudios realizados se ha logrado calcular que los trastornos de inicio más temprano son las fobias específicas, el trastorno de ansiedad por separación, y el trastorno de ansiedad generalizada (entre los 7 y 8 años) en ese orden, y uno de los últimos es el trastorno de pánico (a los 14 - 16 años) (Costello, Egger & Angold, 2004; Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992, en Nauta 2005). En México, el trastorno de ansiedad de inicio más temprano es el trastorno de ansiedad por separación (a los 5 años) (Medina-Mora, et al., 2003).

A través de varios indicadores, se ha concluido que los trastornos de ansiedad tienen un curso crónico. Por ejemplo, hay mayor prevalencia de estos trastornos en adolescentes que en niños (Nauta, 2005). Por otro lado, los trastornos de ansiedad más prolongados (con duración de 6 meses a toda la vida) son más frecuentes que los de duración más breve (menos de 3 meses) (Costello, et al., 2004). Por si fuera poco, existen muchos datos que indican que los trastornos de ansiedad suelen ser precursores de depresión (Costello, et al., 2004) u otros tipos de psicopatología tanto en la adolescencia como en la adultez (Pollock, Rosenbaum, Marrs, Millar, & Biederman, 1995).

En aproximadamente 30% de los casos, los trastornos de ansiedad tienden a remitir naturalmente (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996). Independientemente de que el trastorno remita o siga un curso crónico, mientras está presente, a cualquier edad, causa disfuncionalidad. A través del ciclo normal de la vida, los niños se

enfrentarán con diferentes ambientes, que les provocarán sentimientos diferentes y que deberán afrontar con habilidades diferentes (Kendall, 2000), pero el hecho de que los niños padezcan estos trastornos puede implicar que su interacción con el medio no sea adecuada y pueda tener implicaciones socio-emocionales negativas, por ejemplo en las relaciones con los pares, en la auto-estima, en el desempeño escolar y la conducta social (Strauss, et al., 1987).

Los trastornos de ansiedad tienen además un impacto en la vida adulta. Cincuenta por ciento de los adultos con ansiedad han indicado retrospectivamente que padecen el trastorno desde la niñez. Estos adultos sufren de mayor inestabilidad con sus familias y en el trabajo (Pollack, Otto, Sabatino & Majcher, 1996). Quienes sufrieron o sufren de fobia social en particular informan de mayor sentimiento de soledad y tienen menos habilidades sociales. Además, se ha encontrado una mayor propensión de los niños que sufren algún trastorno de ansiedad al consumo inmoderado de alcohol en la adolescencia (Costello, et al., 2004).

Teniendo en mente el modelo de Repetti, et al., (2002), el cual fue descrito en la sección 1.2.2.2, y los datos que lo apoyan, no resultará sorprendente decir que los trastornos de ansiedad también tienen efectos en la salud física de los individuos. Al inicio del capítulo se comentó sobre la manifestación fisiológica de la ansiedad, y después se explicó que los sujetos que viven en contextos estresantes, experimentan irregularidades en sistemas neurobiológicos, los cuales al final de cuentas repercuten en su salud. En la práctica médica general muchos de las quejas que informan los pacientes, están relacionadas con mecanismos de somatización, comunes en pacientes con ansiedad y depresión (de Waal, Arnold, Spinhoven, Eekhof & van Hemert, 2005).

1.5 Epidemiología de los trastornos de ansiedad en niños y comorbilidades

1.5.1 Prevalencia

La investigación epidemiológica tiene por objetivo establecer los patrones de la distribución de las enfermedades o trastornos psicológicos a lo largo del tiempo y en

diferentes espacios (Costello, et al., 2004). En el campo de los trastornos de ansiedad en los niños se pueden encontrar diferentes datos que dependen de los siguientes criterios: tipo de población que se muestrea (población general o población clínica); el rango de edad de la muestra; y la categorización de los trastornos (evaluar la presencia de cualquier trastorno de ansiedad o de trastornos de ansiedad en particular).

Para calcular la prevalencia de los trastornos de ansiedad en general en niños de la *población general* se han usado una gran variedad de métodos y en diferentes países. Por esta razón, junto con el hecho de que los sistemas de clasificación de los trastornos de ansiedad han cambiado con el tiempo, el espectro de la prevalencia es bastante amplio. Por ejemplo, con base en una entrevista clínica a los niños se ha encontrado prevalencias de cualquier trastorno de ansiedad que van de un 10.8 a un 21% (Fergusson, et al., 1993; Kashani & Orvaschel, 1990, ambos en Nauta, 2005). Por otro lado, los mismos estudios basados en una entrevista clínica con los padres, informan de un rango aún más amplio: 3.9 a 29%. De los trastornos de ansiedad, aparentemente el más prevalente es el trastorno de ansiedad generalizada (Costello, et al., 2004), aunque en estudios anteriores, la fobia específica figuraba como el trastorno más frecuente (por ejemplo, Benjamín, 1990). En México, en la encuesta epidemiológica llevada a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría se encontró que el trastorno psicológico con mayor prevalencia en población general es el de ansiedad (14.3 % de la población lo ha padecido alguna vez en su vida). En específico, los trastornos de ansiedad más prevalentes a lo largo de la vida son las fobias específicas (7.1%) y la fobia social (4.7%) (Medina-Mora, et al., 2003). A pesar de la gran variabilidad en los datos, la mayoría de los investigadores coinciden al concluir que los trastornos de ansiedad en niños son los más prevalentes dentro de la población general (Nauta, 2005; Pollock, et al., 1995).

En la *población clínica infantil* los trastornos de ansiedad también son muy frecuentes (Bernstein & Kinlan, 1997; Crawford & Manassis, 2001), ya que se calcula que están presentes en un 10 a un 20% de dicha población (Barrett, 1998). Sin embargo, la mayoría de los datos disponibles pertenecen a clínicas específicas, y no de práctica regular o representativa. Aparte de su gran incidencia y prevalencia como diagnóstico primario, la ansiedad es un elemento central en la psicopatología en general. Es decir, está presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos (Belloch, Sandín & Ramos, 1995). Esto también significa que los niños con trastornos de ansiedad

son más propensos que los niños sin trastornos de ansiedad a desarrollar o presentar psicopatología comórbida como trastornos del estado de ánimo y problemas de conducta (Pollock, et al., 1995).

Con respecto al género, se han encontrado algunas diferencias de prevalencia entre niños y niñas, los cuales indican que éstas últimas padecen trastornos de ansiedad más comúnmente. Sin embargo, se han hecho algunas especificaciones al respecto. Por ejemplo, según Kashani, et al., (1989) estas diferencias sólo se dan en la población general, pero no en la clínica. Acorde con esto, en México los trastornos de ansiedad han sido más prevalentes en mujeres que en hombres de la población general (Medina-Mora, et al., 2003). Por su parte, según Kendall (2000), las diferencias dependen del rango de edad, pues en muestras de niños, los porcentajes son equivalentes para niños y niñas, pero conforme se avanza a la adolescencia, las mujeres muestran mayor prevalencia de trastornos de ansiedad.

1.5.2 Comorbilidad

El término comorbilidad se refiere a la co-ocurrencia de dos o más trastornos según un diagnóstico clínico. Aproximadamente 50% de los niños con algún trastorno de ansiedad presentan frecuentemente otro trastorno de ansiedad (Anderson, 1994; Costello, et al., 2004), y la probabilidad aumenta en los niños que presentan más gravedad (Nauta, 2005). Sobre todo, es común la comorbilidad entre el trastorno de ansiedad generalizada y fobia social (Albano & Kendall, 2002; Costello, et al., 2004). También, un alto porcentaje (entre 17 y 50%) de niños con ansiedad tienen un trastorno depresivo, el cual tiende a exacerbarse con la edad (Strauss, Last, Hersen & Kazdin, 1988). Por último, están las comorbilidades con trastornos de síntomas externalizados o de conducta, como el trastorno oposicionista y el trastorno por déficit de atención (Costello, et al., 2004), los cuales también son muy variables según la edad (Nauta, 2005).

Los datos presentados anteriormente proceden, obviamente, de estudios cuyas evaluaciones se basaron en algún sistema categórico. La alta tasa de comorbilidad entre los diferentes trastornos de ansiedad, y entre éstos y la depresión puede explicarse

mediante modelos integrativos sobre el origen común de los trastornos emocionales (Barlow, Allen & Choate, 2004). Dichos modelos se explicarán a detalle en el capítulo 3. Por el momento basta decir que la clasificación categórica de los trastornos mentales ofrece muchas ventajas para establecer comunicación entre diferentes profesionales de la salud, sin embargo, la proposición de dicha clasificación es arbitraria, y es difícil concebir en la práctica que los trastornos sean entidades discretas. Desde el punto de vista dimensional, dichas comorbilidades indican más bien la presencia de una mayor gama de sintomatología, posiblemente propiciada por la presencia de mayor número de factores de riesgo o irregularidades más graves en factores comunes que anteceden a los trastornos emocionales. Además, no resulta difícil comprender que los trastornos emocionales compartan muchos de los síntomas, pues como Repetti y sus colaboradores (2002) exponen, hay varios factores contextuales que promueven la desregulación biológica (común de los trastornos de ansiedad) y la desregulación del procesamiento emocional y el desarrollo posterior de problemas psicológicos.

En este capítulo se ha señalado la importancia de atender los trastornos de ansiedad en niños, pues éstos son los más prevalentes tanto en la población clínica como en la población general, sus efectos suelen perdurar por varios años o incluso de por vida, y pueden interferir con el desarrollo social y emocional normal de los niños y adolescentes. También se ha ofrecido un panorama de cómo surgen y se mantienen dichos trastornos lo cual nos ayuda a entender los contextos interno y externo que los niños con problemas de ansiedad pueden estar sufriendo. Todos estos antecedentes sobre el origen, características e impacto de la ansiedad infantil dan pauta para desarrollar métodos de evaluación y diagnóstico con el propósito futuro de implementar una intervención. En el siguiente capítulo se describen dichos métodos de evaluación y diagnóstico, los cuales se desprenden y comprenden muchos de los aspectos relacionados con la disfunción que causa la ansiedad.



2. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El campo de la evaluación y diagnóstico de la ansiedad en niños se considera más o menos nuevo, pues muchas de sus herramientas se desprenden de las usadas para medir la ansiedad en adultos (Solloa, 2001). Sin embargo, avances en el estudio de los trastornos de ansiedad en los niños durante los últimos 15 años, principalmente, han permitido el mejoramiento de la evaluación de los mismos, desde el punto de vista clínico y metodológico. La evolución de los trastornos es importante no sólo en un inicio para plantear un tratamiento, sino posteriormente, para monitorear al paciente conforme el tratamiento progrese y hacer la evaluación final. Uno de los retos en la evaluación de los trastornos de ansiedad en los niños es el papel de los aspectos del desarrollo. Ha sido difícil diferenciar entre las fases de ansiedad transitorias y los trastornos verdaderos, así como la cuantificación de los síntomas internalizados (Langley, Bergman & Piacentini, 2002). Otro aspecto importante a considerar es la tasa elevada de comorbilidad entre trastornos, sobretodo cuando se requiere precisar un diagnóstico primario.

Existen varios métodos para diagnosticar o evaluar los trastornos de ansiedad en los niños. A *grosso modo*, se pueden clasificar como métodos directos e indirectos. Las mediciones directas se tratan de evaluaciones hechas en el momento preciso en que se presentan las conductas o síntomas. Dentro de los métodos directos se encuentran las mediciones fisiológicas y el registro de observaciones conductuales. Las mediciones fisiológicas se realizan mediante métodos no invasivos, usando sensores que permiten conocer la respuesta galvánica de la piel, las tasas respiratoria y cardíaca, la presión arterial, la temperatura periférica, entre otras. Se ha encontrado que varias de estas medidas en los niños, son confiables y que permiten diferenciar entre niños con trastornos de ansiedad y niños sin trastornos (Langley, et al., 2002). En el caso de las observaciones conductuales, se lleva un registro de las conductas que se han caracterizado como manifestaciones de la ansiedad como, morderse los labios o las uñas, titubear al hablar, temblor de manos, evitar involucrarse en actividades, etc.

2.1 Entrevistas diagnósticas y escalas psicológicas

Por su parte, las entrevistas clínicas y los instrumentos o escalas psicológicos (que a su vez pueden ser auto-informes de los niños o bien, informes por parte de los padres o cuidadores primarios, los maestros o un clínico) conforman los métodos indirectos. Algunos de estos métodos se usan más para fines de investigación (como las escalas psicológicas). Otras son de uso más frecuente en la práctica clínica (entrevistas). Sin embargo, ninguno de los métodos tiene por qué ser exclusivo de uno u otro escenario.

Las entrevistas diagnósticas permiten establecer perfiles diagnósticos válidos, confiables, objetivos y comprensivos. Pueden variar en su estructura, pero permiten la codificación, según el juicio clínico, de las respuestas dadas por el entrevistado, en relación con la presencia e importancia de los síntomas (Langley, et al., 2002). Actualmente, son los métodos más comunes para evaluar trastornos de ansiedad (Nauta, 2005). Algunas de ellas están validadas e incluyen versiones para padres y para niños. En México se han traducido algunas de ellas (el Kiddie-SADS, por ejemplo), pero aún no se adaptan y validan para la población mexicana.

Las primeras de estas entrevistas fueron el *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in School-age Children* (Kiddie-SADS, Puig-Antich & Chambers, 1978) y la *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (DICA, Herjanic & Reich, 1982). Ambas están basadas en la clasificación del DSM-III-R, por lo que a partir de entonces, se han desarrollado otras entrevistas que siguen la clasificación actual del DSM-IV. Las dos que con más frecuencia se usan son la *Anxiety Disorder Interview Schedule* (ADIS; Silverman & Nelles, 1988) y la *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC; Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas & Klaric, 1984). A continuación se presenta una descripción de cada una de ellas:

1. **ADIS (n/p): The Anxiety Disorder Interview Schedule (Silverman & Albano, 1996; Silverman & Nelles, 1988).**

La ADIS es una entrevista semi-estructurada que evalúa principalmente trastornos de ansiedad (fobia social, trastorno de ansiedad por separación, fobia específica, trastorno

de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés post-traumático) en niños y adolescentes de 6 a 17 años, pero también permite evaluar otros trastornos comunes en niños y adolescentes como trastorno por déficit de atención, trastorno oposicionista, problemas de conducta, depresión y distimia. Además, incluye algunas preguntas para sondear otros trastornos psicológicos como esquizofrenia, mutismo selectivo, enuresis, problemas de aprendizaje y trastornos del desarrollo. Existe una versión para padres y una para niños. Dependiendo de qué versión se use se indica de la siguiente manera: ADIS-n para la versión de niños, ADIS-p para la versión de los padres, o bien, si se usan ambas se señala ADIS-n/p. Un clínico es quien lleva a cabo la entrevista, y para establecer el diagnóstico debe verificar que se cumplan los criterios diagnósticos correspondientes a los diferentes trastornos, también debe incluir la duración de los síntomas y el grado de interferencia que provocan en el funcionamiento cotidiano (que es evaluado de 0-no causa interferencia- a 8-interfiere altamente-, con puntajes de 4 o más indicando un trastorno). A través de esta entrevista también se pueden diagnosticar trastornos comórbidos, pero se considerará como diagnóstico primario a aquél que interfiera mayormente. La administración de la entrevista dura aproximadamente una hora y media. Cuenta con buena confiabilidad inter-jueces; excelente confiabilidad test-retest; y buena sensibilidad para efectos de tratamiento para trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Silverman & Eisen, 1992).

Existe, así mismo una versión para adultos, ADIS-IV-L (DiNardo, Brown & Barlow, 1994), la cual evalúa trastornos presentes o pasados. Cuenta con excelente confiabilidad para los trastornos de ansiedad.

2. DISC. Diagnostic Interview Schedule for Children (Costello, et al., 1984) / DISC IV. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule for Children - cuarta versión (Schaffer, et al., 2000).

La DISC es una entrevista estructurada que no requiere de mucho conocimiento clínico por parte del entrevistador para que se aplique. Fue creada con fines epidemiológicos por lo que no incluye preguntas abiertas. Existe una versión para padres y otra para niños. Evalúa más de 30 categorías, entre las cuales se incluyen las

siguientes: trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno opositorista-desafiante, problemas de conducta, trastorno de depresión mayor, distimia, fobia específica; trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico (con y sin agorafobia) y trastorno obsesivo-compulsivo. Sigue los criterios diagnósticos tanto del DSM-IV como del ICE-10. Su aplicación dura entre 60 y 75 minutos en población general, y de 90 a 120 minutos para población clínica. Es apta para aplicarse en niños y adolescentes de 6 a 18 años. Tiene confiabilidad test-retest confiable, así como buen nivel de congruencia entre la versión de padres y la de niños en poblaciones clínicas (Shaffer, et al., 1993).

3. K-SADS. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Orvaschel & Puig-Antich, 1987).

Se trata de una entrevista semi-estructurada usada comúnmente para establecer diagnósticos clínicos en escenarios de investigación. Existe una versión para padres y otra para niños. Toma aproximadamente una hora completarla y es aconsejable que la administre un clínico con experiencia. La entrevista cubre un amplio rango de psicopatología para evaluarse en niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad. En comparación con la ADIS, cubre más trastornos pero tiene preguntas menos específicas. La entrevista en general tiene buenos índices de confiabilidad test-retest, pero los puntajes para los trastornos de ansiedad son menores a los de trastornos externalizados, y no discrimina adecuadamente entre los diferentes trastornos de ansiedad (Kaufman, et al., 1997).

Si las entrevistas diagnósticas que se emplean no incluyen preguntas para elaborar una historia clínica, o si no se emplea ninguna de dichas entrevistas, es imprescindible, sobre todo en escenarios de práctica clínica, que el profesional elabore por su parte la historia clínica que incluya, al menos, los siguientes datos: edad de surgimiento de los síntomas, estresores y factores contextuales asociados, historia médica, historia familiar de trastornos psicológicos y psiquiátricos, historia de desempeño académico y disciplina, datos sobre el desarrollo (sobretudo historia de apego y temperamento) (Bernstein & Kinlan, 1997), etc.

Por su parte, las escalas o pruebas psicológicas son un informe verbal de una muestra de conducta (Anastasi, 1998). Éstas pueden usarse adicionalmente a las entrevistas clínicas. De forma general, proveen de una visión dimensional de la gravedad de los síntomas y del estrés sufrido por los niños (Langley, et al., 2002). Algunas de las pruebas se enfocan a medir sólo una dimensión del trastorno, por ejemplo, el tipo de pensamientos que tiene el niño durante una situación de ansiedad. Otras, contemplan las tres dimensiones de la ansiedad: la cognitiva, la conductual y la fisiológica (a través de informes). Las pruebas psicológicas, tienen la ventaja de ser económicas y, al igual que las entrevistas, se cuenta con datos de estandarización, normalización, validez y confiabilidad sobre la mayoría de ellas en varias naciones (aunque no así en México). Sin embargo, también tienen limitaciones. Por ejemplo, algunas son complejas para los niños más pequeños, sobre todo si se presentan muchas opciones de respuesta (reactivos tipo Likert), otras pruebas no cubren todo los trastornos de ansiedad, por lo que posiblemente no se capture adecuadamente el trastorno o trastornos que padece el niño (Solloa, 2001).

A continuación se enlistan varias escalas psicológicas que miden ansiedad y miedo (la evaluación del miedo muchas veces se usa como medida complementaria a la ansiedad por las semejanzas que existen en la manifestación de sus síntomas, lo que se explicó en el capítulo 1).

1. BAI. Beck Anxiety Inventory (Beck, Epstein & Brown, 1988a).

Es una escala de 21 reactivos que evalúa dimensiones comunes de la ansiedad, con especial atención a síntomas cognitivos y físicos. Los reactivos son tipo Likert de 4 puntos. Los autores del instrumento han encontrado datos adecuados de confiabilidad y validez.

2. CASI. Child Anxiety Sensivity Index (Silverman, Fleisig, Rabian & Peterson, 1991).

Se trata de una medida de auto-informe, de 18 reactivos a través de la cual se evalúa la sensibilidad ansiosa de los niños (por ejemplo, la creencia de que los síntomas

de ansiedad tienen consecuencias aversivas). Se contesta en una escala de 3 puntos, y posee buena confiabilidad test-retest, consistencia interna y validez de constructo.

3. FSSC-R. Fear Survey Schedule for Children-revised (Ollendick, 1983).

Escala de 80 reactivos de 3 puntos cada uno (1= no causa miedo a 3= causa mucho temor), que evalúan miedos específicos en los niños. Se obtiene un puntaje total que va de los 80 a los 240 puntos, así como puntajes individuales para 5 factores: Miedo al fracaso y a la crítica, miedo a lo desconocido, miedo a las heridas y animales pequeños, miedo al peligro y a la muerte, y miedos médicos. Hay datos normativos para niños y adolescentes de 7 a 18 años. Hay datos sobre su validez discriminante entre varias fobias (Weems, Silverman, Saavedra, Pina & Lumpkin, 1999).

4. FQ. Fear Questionnaire (Marks & Mathews, 1979)

Mide fobia social, agorafobia, miedo a la sangre y las heridas en adultos, con buena confiabilidad y validez.

5. HARS. Hamilton Anxiety rating Scale (Clark & Donovan, 1994; Hamilton, 1959).

Este instrumento evalúa un amplio rango de síntomas de ansiedad, predominantemente los de naturaleza psicossomática o fisiológica. Es un instrumento confiable y válido para medir ansiedad global en adolescentes, pero hacen falta datos con muestras de niños.

6. MASC. Multidimensional Anxiety Scale for Children (March, 1998).

Consiste en 39 preguntas que evalúan cuatro dominios amplios de la ansiedad, tres de los cuales contienen dos sub-factores cada uno: síntomas físicos (tenso-relajado y somático-autónomo); ansiedad social (humillación/rechazo y miedo a las actuaciones públicas); evitación de daño (perfeccionismo y afrontamiento ansioso); y ansiedad por separación. Entre mayor puntaje, mayor gravedad. Los reactivos se evalúan del 0 = nunca al 3 = seguido. Se puede aplicar a niños de 8 a 19 años, y toma aproximadamente

15 minutos. Se ha probado tanto en muestras clínicas como de población general, con excelente confiabilidad test-retest. Es el instrumento más usado para medir trastornos de ansiedad en niños.

7. RCDAS. Revised Child Anxiety and Depression Scales (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis, 2000).

Esta escala es una adaptación del SCAS (ver más adelante) cuyos cambios más relevantes son la adición de reactivos específicos de preocupación excesiva para representar mejor el trastorno de ansiedad generalizada del DSM-IV y la inclusión de reactivos que reflejen síntomas de depresión mayor. Esta conformado por 56 reactivos, que son evaluados del 0 = nunca al 3 = siempre. Otros cambios incluyeron la supresión del factor de "miedo al daño físico", y la separación del factor de pánico y agorafobia. La nueva estructura de factores tiene buena consistencia interna, así como buena validez discriminante y convergente.

8. RCMAS. Revised Children's Manifest Anxiety Scale (Reynolds & Richmond, 1978)

Es un instrumento de auto-informe, que contiene 37 reactivos sobre síntomas de ansiedad que conforman 3 factores: Síntomas fisiológicos; preocupación e hipersensibilidad; y concentración. También incluye 11 reactivos que conforman una escala de mentira. En general mide la ansiedad crónica de los niños y existen datos normativos para varias edades, con buenos índices de confiabilidad y validez (Reynolds & Pager, 1982).

9. SCAS-n. Spence Children's Anxiety Scale (Spence, 1998).

La escala fue desarrollada para evaluar síntomas de trastornos de ansiedad en niños según la clasificación del DSM-IV. Esta conformada por 44 reactivos, de 4 puntos cada uno (0 = nunca, a 3 = siempre). Se obtiene un puntaje total, así como puntajes para 6 sub-escalas: pánico/agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, y miedo al daño

físico. Existen datos sobre su alta consistencia interna y datos satisfactorios de confiabilidad test-retest (Spence, 1998).

Posteriormente, se desarrolló una versión para padres (**SCAS-p. Spence Children's Anxiety Scale-versión para padres; Spence, 1999**), la cual mide síntomas de ansiedad en niños. Contiene 38 reactivos que se agrupan en 6 factores: pánico/agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, miedo a daño físico.

10. SCARED. Screen for Child Anxiety related Emocional Disorders (Birmaher, et al., 1997). / SCARED-R (Muris, Merckelbach, Schmidt & Mayer, 1999).

Es un cuestionario de 38 reactivos con reactivos de 3 puntos (0 = casi nunca, a 2 = muy seguido). A través de las sub-escalas se mide trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de ansiedad por separación, y fobia a la escuela. Sus propiedades psicométricas son buenas dentro de muestras clínicas. En la versión de Muris et al, (1999) el cuestionario fue extendido a 66 reactivos. Con los nuevos reactivos se evalúan también trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés post-traumático, fobia a los animales, fobia situacional, fobia a las inyecciones-sangre-heridas.

11. STAIC. State-Trait Anxiety Inventory for Children (Spielberger, 1983).

La consistituyen dos escalas de 20 reactivos cada una, que miden tendencias duraderas de experimentar ansiedad (A-Trait) y variaciones temporales y situacionales de ansiedad percibida (A-State). Los reactivos se califican del 1 al 3. Hay datos satisfactorios de confiabilidad test-retest y consistencia interna y también hay datos normativos disponibles (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970).

De esta escala, también existe una versión para padres. El **STAIC-A-Trait-P (State-Trait Anxiety Inventory for Children - Modification of Trait Versión for Parents; Strauss, 1987)** es una versión modificada del STAIC para la ansiedad rasgo de los niños, a través del informe de los padres.

Existe otra escala psicológica que se usa muy frecuentemente como índice de ansiedad. El CBCL (Child Behavior Checklist; Achenbach, 1991) es un instrumento general que contestan los padres de niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad. No evalúa trastornos de ansiedad en sí, sino más bien síntomas internalizados y externalizados; problemas conductuales y competencias sociales. Se define como síntomas internalizados aquéllos síntomas que se refieren a experiencias internas y que difícilmente son percibidos por otros. Los síntomas externalizados en cambio, suelen manifestarse abiertamente y son fácilmente identificables por otras personas. La escala consiste en 118 reactivos calificados con 0 (falso), 1 ó 2 (verdadero o frecuentemente verdadero). El instrumento cuenta con puntajes T para problemas de conducta, así como para los síntomas internalizados y externalizados. Tiene propiedades psicométricas satisfactorias, así como datos de normalización. Existe también una versión para que la respondan los profesores (CBCL- Teacher Report Form) (Achenbach & Edelbrock, 1991).

En México, existe una batería llamada ITA-UNAM que mide distintos trastornos de ansiedad. La batería está compuesta por cuatro instrumentos que miden trastornos de ansiedad por separación, fobia social, fobias específicas y trastorno obsesivo-compulsivo. La escala para fobia social consta de 27 reactivos y está conformada por 6 factores (actividades grupales, exposición social, juego, actividades individuales, acercamiento e iniciativa). El alfa de Cronbach es de 0.86. El *Instrumento diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación* está compuesto por factores: separación de los padres, soledad y asistencia a la escuela. El alfa de cronbach es 0.83. El *instrumento diagnóstico de fobia específica (IDFE)* agrupa 9 factores: fobia escolar, fobia animal, fobia a la obscuridad, fobia situacional, fobia al daño físico, fobia al peligro y a la muerte, fobia ambiental, fobia médica y fobia a la crítica. El instrumento tiene una alfa de Cronbach de 0.92. Por último, la escala TOC-UNAM tiene 5 factores: limpieza, culpabilidad, verificación, perfeccionismo, y cogniciones obsesivo-compulsivas. El alfa de Cronbach es 0.87. Para todas las escalas anteriores se obtuvo una validez de constructo, convergente (con relación al SCAS) y discriminante (con respecto a poblaciones clínicas) satisfactorias. La batería es apta para niños y adolescentes mexicanos de 7 a 16 años de edad (Bermudez-Ornelas, 2003; Gil-Bernal, 2004; Uribe-Zamora, 2003; Zermeño-León, 2003).

Existen datos de que los cuestionarios diferencian entre poblaciones de niños con ansiedad clínica y no clínica, pero al mismo tiempo, no siempre distinguen entre poblaciones clínicas de niños con ansiedad y niños con otros trastornos psiquiátricos (Dadds, et al., 2004). Además, no todos los instrumentos distinguen entre los diferentes trastornos de ansiedad. Por citar un ejemplo, uno de los instrumentos, que sí mide y permite distinguir entre los diferentes trastornos de ansiedad es el SCAS (Spence Children's Anxiety Scale; Spence, 1998).

Al igual que las entrevistas, las pruebas pueden aplicarse al propio niño (auto-informe), o bien, se puede acudir a otros informantes como los padres o los maestros. Contar con multi-informantes es lo más conveniente, pues cada uno provee información esencial para la evaluación.

2.2 Informantes y evaluación de la familia

Existen varias razones que justifican recolectar datos sobre la ansiedad de los niños a partir de su auto-informe, así como del informe de los padres. Una de las razones es que los niños muchas veces subestiman la interferencia que les causa la ansiedad en diversos escenarios como la escuela, la casa u otras actividades sociales. Otra razón, sobre todo con los niños más pequeños, es que su vocabulario es limitado y tal vez no suficiente para comunicar los síntomas o bien, contestar un instrumento psicológico.

Aunque los resultados son variados, desafortunadamente se encuentra frecuentemente que la coincidencia entre los informes de los niños y sus padres es escasa (Achenbach, McConayghy & Howell, 1987). Algunas investigaciones (por ejemplo, Schnierieng, et al., 2000) han encontrado que los padres tienden a informar sobre más síntomas de ansiedad y, por esta razón, tal vez sean más confiables para informar sobre detalles complejos. Pero otras investigaciones (Kolko & Kazdin, 1993) han encontrado lo opuesto, es decir, que son los niños más pequeños quienes informan más síntomas de ansiedad que, al parecer, sus padres no perciben. Dados estos datos, la posición de los investigadores también es diversa. Por un lado, algunos investigadores argumentan (por ejemplo Klein, 1991 en Langley, et al., 2002) que debido a la naturaleza interna y subjetiva de la ansiedad, el informe de los niños es más confiable que el de los padres.

Por otro lado, otros (Rapee, Barrett, Dadds & Evans, 1994) argumentan lo contrario, prefiriendo basarse en el informe de los padres.

Para explicar la discrepancia entre los informes de padres e hijos se ha sugerido, por ejemplo, que los métodos de evaluación tal vez no sean adecuados para el nivel de desarrollo de los niños (tal vez los niños no comprenden correctamente los reactivos); que los niños responden con deseabilidad social; o que los padres no comprenden acertadamente o no perciben las dificultades del niño (Dadds, et al., 2004). De esta manera, no existe una regla de decisión universal que permita hacer un diagnóstico de ansiedad definitivo basado en un informe u otro. En un escenario clínico, posiblemente la tarea del diagnóstico se facilita en tanto que el clínico puede evaluar de una manera más cercana e individualizada cada caso y comprender la dinámica en las relaciones de padre-hijo. En la investigación, por su parte, es frecuente encontrar que se establezca el diagnóstico si cualquiera de los informantes provee información suficiente que indique la presencia de un trastorno de ansiedad (Langley, et al., 2002). Finalmente, se puede considerar también el informe de los maestros sobre ciertas conductas de los niños, en especial cuando la ansiedad impacta en actividades escolares. Existen datos (Mesman & Koot, 2000) sobre mayor concordancia entre el informe de los maestros y los niños que entre los padres y el niño.

Aparte de la evaluación de los síntomas de ansiedad, también es prudente incluir evaluaciones sobre el funcionamiento familiar o los estilos de crianza, pues como ya se ha dicho antes, el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad en los niños están relacionados con variables de la familia. Dichas variables (en especial el control de los padres y la falta de promoción de autonomía del niño) tienen un impacto en la sintomatología del niño (Langley, et al., 2002).

En conclusión, seleccionar el método adecuado para asegurar una buena evaluación resulta sumamente importante sobretudo en la investigación de psicoterapia cuando se tiene el objetivo de probar la eficacia de un tratamiento para un conjunto de síntomas en particular. Los métodos directos pueden tener ventajas superiores en tanto que son más objetivos desde el punto de vista clínico, pero se incluyen escasamente como parte de la evaluación en escenarios de investigación pues requieren más tiempo, son más costosos y no están estandarizados. La evaluación del trastorno y de los cambios que se

presenten se puede realizar satisfactoriamente si se seleccionan los instrumentos adecuados, y si se incluyen al menos informes de los padres y de los niños. También se sugiere incluir otras medidas que no sean de sintomatología de ansiedad, pues si se quiere aplicar un tratamiento, es conveniente conocer las variables más importantes que se relacionan con el trastorno, más allá de los síntomas. Se pueden incluir medidas de depresión, de estilos de crianza, funcionamiento familiar, etc. Contar con esas medidas ofrece una visión más amplia del contexto del trastorno, y si se vuelven aplicar después de un tratamiento, se puede observar si de alguna manera se ha impactado en esas otras variables también. Una vez que se ha establecido un diagnóstico y se ha evaluado el trastorno comprensivamente, se da paso a la intervención. En el siguiente capítulo se exploran algunas de las opciones de tratamiento para la ansiedad en niños.

3. PANORAMA GENERAL DE LAS INTERVENCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS

La historia del tratamiento de la ansiedad podría rastrearse en sus comienzos con la terapia psicoanalítica de Freud, cuando a la ansiedad se le conocía con el término de neurosis. Aunque en la actualidad es muy común encontrarse con tratamientos para la ansiedad en niños derivados de la corriente psicoanalítica, otras intervenciones han surgido y evolucionado rápidamente. En esta sección se revisarán algunas de estas intervenciones. Se incluye la intervención psicodinámica pues se difunde ampliamente en el ámbito clínico. Al contrario, en el campo de la investigación clínica, otros enfoques como el tratamiento psicofarmacológico y la terapia cognitivo-conductual, con posible inclusión de los padres en el tratamiento, han recibido mucha más atención en las últimas décadas y han arrojado más datos que permiten conocer sus ventajas y limitaciones.

3.1 Tratamiento psicodinámico

Este enfoque se desprende del psicoanálisis de Freud. En el caso del tratamiento de la ansiedad en niños, antes de comenzar con el mismo, el terapeuta tiene que tener claros varios aspectos respecto al surgimiento y entorno en el que existe el trastorno. Primero se debe recabar información respecto al desarrollo del niño, su relación con cuidadores primarios (separaciones, rupturas), si presenta somatizaciones, cómo expresa sus emociones (en especial la ansiedad), la influencia de los padres en los problemas de los niños, etc (Solloa, 2001).

En esta psicoterapia se retoman aspectos teóricos del psicoanálisis y se trabaja principalmente con la ansiedad y miedos subyacentes. Incluye la resolución de problemas de separación, independencia y autoestima. A veces también se invita a los padres a trabajar sus propios temores de separación u otras fuentes de ansiedad (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996; Bernstein & Kinlan, 1997). El objetivo en este enfoque terapéutico es “analizar y modificar los principales mecanismos de defensa y

producir cambios estructurales en el yo y superyó. Los conflictos inconscientes se llevan luego a la conciencia, y una vez que el del niño se ha fortalecido con la relación terapéutica, será capaz de manejar con mayor adecuación sus conflictos y de encontrar en la realidad soluciones más adaptativas para ello” (Solloa, 2001, p.223). El tratamiento, dependiendo de la edad del niño, la posible participación de los padres y del diagnóstico diferencial, puede ser psicoanálisis o una terapia psicoanalítica breve.

La alianza terapéutica con niños ansiosos puede ser fácil de establecer, pues tratan de agradar a los demás, son alertas y tienen buena capacidad simbólica. Cuando se sienten aceptados, y dejan de preocuparse por controlar la situación, pueden experimentar fantasías regresivas. En dichas regresiones pueden experimentar relaciones de confianza y experimentar calma (Racusin, 2000). Durante las sesiones terapéuticas se puede trabajar con el material de los sueños de los niños, o bien con juegos, que hacen las veces de la asociación libre de los adultos. Además, la actividad lúdica es un tratamiento psicodinámico a través del cual el niño expresa su ansiedad y reelabora sus preocupaciones excesivas. El juego puede ser totalmente libre o se puede dirigir para atender las preocupaciones que interfieren con el niño más rápida y directamente. Cuando el niño juega normalmente es un indicador de que sus mecanismos de defensa son adecuados. Por el contrario, si sus defensas no están muy desarrolladas, la angustia puede hacer que no tenga la paciencia suficiente para aprender un juego nuevo o para concentrarse en él. Otra técnica que se emplea en este tratamiento, es el dibujo, a través de los cuales los niños representarán sus miedos o angustias. Cuando el niño explica al terapeuta su dibujo, a veces logra corregir suposiciones erróneas. Otra técnica es el uso de historias metafóricas. Tanto el terapeuta como el niño van construyendo la historia, pero el terapeuta intenta incluir sugerencias inconscientes que ayuden al niño a identificar sus miedos, simbólicamente, y después a enfrentarlos (Muratori, Picchi, Bruni, Patarnello & Romagnoli, 2003).

Los datos sobre la eficacia de este tratamiento a partir de estudios controlados son escasos. Para ejemplo, se pueden revisar Kronmuller, et al. (2005) y Muratori, et al. (2003). La mayoría de los datos clínicos provienen de estudios de caso provistos por el Centro Anna Freud, los cuales indican mejora de los síntomas para el 72% de los pacientes (Target & Fonagy, 1994 en Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996).

3.2 Psicofarmacología

Algunos fármacos que son prescritos para controlar los síntomas de ansiedad son antidepresivos, benzodiazepinas, neurolépticos, inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y antihistamínicos. Desde la década de los sesenta se han usado antidepresivos tricíclicos; actualmente se usan más comúnmente los ISRS. Sin embargo, en términos generales hace falta investigación sobre la eficacia de los medicamentos para el tratamiento de niños con ansiedad (Walkup, Labellarte & Ginsburg, 2002). Algunas de las razones por las cuales la investigación psicofarmacológica es limitada en la población infantil son la falta de especialistas entrenados en esta área y posibles obstáculos para obtener los medicamentos, los cuales se ofrecen en el mercado después de que se han registrado para adultos. Además, hay estudios que se llevan a cabo, pero no se publican (Nauta, 2005), por lo que muchas preguntas al respecto de su uso con niños están aún sin contestar.

A continuación se describen brevemente los grupos de fármacos usados con más frecuencia:

- a. Antidepresivos. El uso de antidepresivos para tratar la ansiedad parte del conocimiento de que hay ciertas similitudes entre los trastornos de ánimo y los de ansiedad (Solloa, 2001). Los antidepresivos tricíclicos más usados actualmente son la fluoxetina (Prozac) y la imipramina, empleados en niños para tratar fobias escolares, trastorno de ansiedad por separación y trastornos obsesivo-compulsivos. Los datos respecto a su eficacia son confusos en niños, pues algunos estudios han encontrado resultados superiores a los de un placebo, pero otros no (Bernstein, Hektner, Borchardt & McMillan, 2001). El uso de estos fármacos con niños es riesgoso y complicado, pues los niveles seguros de dosificación no están claros, en comparación con otros antidepresivos como los ISRS (March, 2002). El uso de ISRS ha probado su eficiencia en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo infantil (por ejemplo, Geller, Hoog & Heiligenstein, 2001), trastorno de ansiedad por separación y fobia social (Birmaher, et al., 1994), en comparación con placebos. Aunque en términos generales se acepta la eficacia de los ISRS en el tratamiento de ansiedad en niños, hace falta investigación para evaluar su eficacia a largo plazo, los posibles efectos

secundarios (Walkup, et al., 2002), y los posibles efectos adversos en los casos de comorbilidad con depresión (Nauta, 2005).

- b. **Ansiolíticos.** A este grupo pertenecen las benzodiazepinas, que son los fármacos más recetados para tratar la ansiedad. Las benzodiazepinas tienen efectos clínicos positivos al deprimir el sistema nervioso central, en particular el sistema límbico. Su eficacia está comprobada para el tratamiento de ansiedad en adultos (Walkup, et al., 2002). Muchas veces se usan como sedantes para restablecer el ciclo de sueño y reducir la ansiedad (Kratchvil, et al., 1999, en March, 2002). Los diferentes tipos tienen diferente duración de sus efectos y producen diferentes grados de sedación (Sheeman, 1996). Las desventajas de estos fármacos es que pueden causar dependencia si se usan por períodos prolongados y, además, pierden paulatinamente su efecto positivo, es decir, causan tolerancia (Bernstein & Kinlan, 1997), además producen efectos secundarios como fatiga, somnolencia y confusión. Su uso con niños se ha evaluado en tres ensayos clínicos aleatorios pero ninguno ha tenido resultados positivos en comparación con los efectos de un placebo (Bernstein, Garfinkel & Borchardt, 1990; Graae, et al., 1994; Simeon, et al., 1992).

- c. **Betabloqueadores.** Reducen la hiperactividad del sistema nervioso simpático y, por tanto, algunos síntomas como temblores y enrojecimiento. Algunos efectos secundarios son mareos, fatiga, somnolencia, náuseas, y disminución de la presión arterial. Se deben abandonar de forma gradual, pues de otro modo, produce efectos similares al síndrome de abstinencia (Solloa, 2001). Hasta el momento no existen investigaciones que evalúen su eficacia como tratamiento de la ansiedad en niños.

A pesar de que queda en duda la eficacia de los fármacos y los lineamientos específicos bajo los cuales es recomendable recurrir a ellos para el tratamiento de ansiedad en niños, no es raro que los psiquiatras, según su discreción y juicio clínico, los consideren como primera línea de intervención. Aunque los datos aún son limitados, a partir de los datos encontrados, los ISRS parecen ser los fármacos más prometedores en el tratamiento de la ansiedad en niños. No debe perderse de vista que todos los fármacos tienen efectos secundarios a nivel neurológico y psicológico, pero se pueden

mantener sus beneficios si se asocian a otras intervenciones, en vez de emplearlos como un sustituto. Es recomendable medicar a los niños en casos graves, en los que la sintomatología impida que el niño desarrolle sus actividades cotidianas. Además hay preocupaciones sobre los efectos a largo plazo de los medicamentos, por lo que se necesita investigar la duración óptima del tratamiento farmacológico (Walkup, et al., 2002).

3.3 Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La terapia conductual evolucionó a partir de los preceptos teóricos de los condicionamientos clásico y operante, reconociendo la relevancia que tienen las interpretaciones de los individuos como mediadoras de la interacción con su medio ambiente. Es decir, el enfoque conductual es no mediacional, pues enfatiza la influencia directa del ambiente sobre la conducta del individuo; la perspectiva cognitiva, en cambio, es mediacional en tanto que enfatiza los sentimientos y pensamientos como guías de la conducta. Así, la terapia cognitivo-conductual (TCC) combina un enfoque conductual con el cambio de cogniciones (asociadas con ansiedad, por ejemplo). Algunas estrategias de la TCC están encaminadas a cambiar primero la conducta y por consecuencia los sentimientos y pensamientos. Otras estrategias lo hacen al contrario: a través de una re-estructuración más positiva de los pensamientos se busca llegar a conductas más adaptativas y asertivas (Bernstein & Kinlan, 1997; Compton, et al., 2004). Kendall, et al. (1992) describen más detalladamente esta integración entre la perspectiva conductual y la cognitiva como punto de referencia para comprender la conducta de los individuos a través de los siguientes preceptos teóricos:

- 1) el sujeto responde a representaciones cognitivas del ambiente y no al ambiente *per se*;
- 2) la mayor parte del aprendizaje humano está mediado cognoscitivamente;
- 3) pensamientos, sentimientos y conductas están causalmente interrelacionados;
- 4) las actitudes del individuo, sus expectativas, atribuciones y otras actividades cognitivas son centrales para producir, predecir y entender intervenciones terapéuticas;

- 5) los procesos cognitivos se integran con paradigmas conductuales. Es posible y deseable combinar estrategias de tratamiento cognitivas con técnicas activas y manejo de contingencia conductual para tratar a los individuos que sufren algún trastorno.

La TCC es una colección de intervenciones que deben manejarse y entenderse desde una perspectiva de aprendizaje social. Conocer y dominar dichas intervenciones permite al terapeuta diseñar una terapia en cada caso particular e instrumentar las diferentes intervenciones en forma flexible ante una gran variedad de trastornos, y aún en la presencia de diversas comorbilidades. Independientemente de las intervenciones o estrategias específicas que se seleccionen para el tratamiento, la instrumentación profesional y formal de una terapia cognitivo-conductual debe seguir los siguientes lineamientos (Albano & Kendall, 2002; Compton, et al., 2004; March, 2002):

1. Adherirse al modelo científico-clínico en donde los tratamientos se seleccionan con base en datos de investigación o se aplican dentro de un formato de evaluación que determine su eficacia.
2. Llevar a cabo un análisis funcional de la conducta objetivo (la que se desea modificar) es de suma importancia, así como los factores situacionales, cognitivos y conductuales que la establecieron o la mantienen. Todo comportamiento está regulado por contingencias ambientales (y según la teoría cognitiva, por emociones y pensamientos), de manera que, la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas es el foco de evaluación y tratamiento. Dentro de este análisis, los antecedentes y consecuencias de las conductas blanco, así como las conductas mismas, se deben definir operacionalmente y medir objetivamente. La conducta difiere a través de los escenarios, por lo que una evaluación a partir de diversos informantes, métodos u dominios, es deseable.
3. Enfatizar aspectos psicoeducativos en donde se explica al paciente en qué consiste su problemática, qué factores personales y ambientales están relacionados y cómo el tratamiento estará orientado a modificarlos.
4. Instrumentar intervenciones para problemas específicos diseñadas para aminorar los síntomas.

5. Realizar un plan de recaídas y de generalización del tratamiento al final del mismo.

El papel del terapeuta cognitivo conductual se entiende mejor desde una perspectiva de solución de problemas. En primer lugar el terapeuta evalúa los procesos cognitivos disfuncionales del paciente y después diseña experiencias de aprendizaje para contrarrestar esas cogniciones y romper los patrones conductuales y emocionales que estén relacionados. El terapeuta guía y enseña al paciente un conjunto de habilidades adaptativas para afrontar síntomas específicos, asociados con malestar subjetivo y con disfuncionalidad y, al mismo tiempo, trata de que se extingan conductas que no ayudan al afrontamiento (Kendall, et al., 1992; March, 2002). La evaluación clínica inicial es muy importante para plantear el tratamiento, pero durante el mismo, se debe seguir con evaluaciones periódicas para observar el proceso de cambio, hacer modificaciones y evaluar el resultado final.

Al conducir terapia cognitivo-conductual con niños y adolescentes se deben tomar en cuenta algunas implicaciones sobre el desarrollo psicológico. Las cogniciones están en proceso de desarrollo en dicha población, y hay muchos factores que influyen en el proceso, incluyendo la familia, los compañeros y la escuela. De esta manera, el reto para la TCC con niños y adolescentes, además de modificar estilos disfuncionales de pensamiento, es ayudar en el proceso de desarrollo de cogniciones y creencias funcionales. Desde este punto de vista, la TCC es un enfoque que contempla aspectos del desarrollo. Se parte del principio de que los niños adquieren competencias socio-emocionales normalmente a través del tiempo, y que el grado en que individualmente dichas habilidades se adquieren y desarrollan depende de factores ambientales tal como se planteó anteriormente en la teoría de desarrollo de Novak, o condiciones orgánicas. Acorde con esto, algunas estrategias específicas de la TCC necesitan ser apropiadas para el nivel de desarrollo del niño. Por ejemplo, con los niños más pequeños conviene centrarse en intervenciones conductuales y hacer uso de imaginación, en lugar de estrategias puramente verbales (Compton, et al., 2004; Drinkwater & Stewart, 2002).

A pesar de que el desarrollo de trastornos de ansiedad tiene un componente genético, los psicólogos cognitivo-conductuales aluden en su tratamiento a los factores de aprendizaje y ambientales que participan, en mayor medida, en el desarrollo de los

mismos. Son éstos, los factores proximales, los que son susceptibles al control en alguna medida (Albano & Kendall, 2002). Es decir, el terapeuta debe entender los síntomas del niño de acuerdo a su contexto específico y conocer los posibles obstáculos para su desarrollo normal (el análisis funcional que se mencionaba antes puede ayudar en esta tarea). A partir de eso, se plantea una intervención que elimine o controle dichos obstáculos con el objetivo de que el niño pueda retomar el curso de un desarrollo normal.

Los datos sobre la eficacia de estos tratamientos en general son contundentes desde hace aproximadamente 50 años. Para los trastornos de ansiedad, en particular, los datos que apoyan la TCC se empezaron a generar en la década de los setenta (Albano & Kendall, 2002; Barlow, Allen & Choate, 2004). La gran cantidad de literatura producida por los psicólogos cognitivo-conductuales indica que esta aproximación es la que cuenta con mejores resultados para los trastornos de ansiedad y tiene otras ventajas: mantiene las ganancias a largo plazo, es altamente transportable a escenarios y adaptable a una gran gama de psicopatologías (Albano & Kendall, 2002; Compton et al., 2004).

En resumen, la terapia cognitivo-conductual enfatiza la integración de la modificación del procesamiento de información y contextos sociales con estrategias conductuales orientadas a la práctica, al mismo tiempo que se pone atención a las emociones e involucramiento del paciente en el tratamiento (Kendall, et al., 1992). Se vale, por lo tanto de una gran variedad de estrategias o técnicas para lograr sus objetivos. En el siguiente capítulo de esta tesis se podrá encontrar una descripción detallada de las técnicas que conforman el cuerpo de la TCC.

3.3.1 Un tratamiento cognitivo-conductual común para diferentes trastornos de ansiedad

Los datos sobre los altos índices de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y con los trastornos de depresión, dan la pauta para pensar en que mantienen muchas semejanzas. Si esto es cierto, entonces es plausible pensar que el tratamiento de los diferentes trastornos de ansiedad, e incluso de la depresión, también puedan compartir muchas comunalidades. Con esto mente, Barlow, Allan y Choate (2004) han propuesto la

“unificación del tratamiento de los trastornos emocionales” desde una perspectiva cognitivo-conductual. Antes de llegar a los puntos centrales que según Barlow y sus colegas deban estar presentes en dicho tratamiento, conviene indicar los supuestos teóricos a partir de los cuales se sustenta dicha propuesta de unificación.

A partir del modelo tripartito de los trastornos emocionales, propuesto inicialmente por Clark y Watson (1991), Barlow et al. (2004) propusieron un modelo propio para explicar la naturaleza de dichos trastornos. Su modelo surgió a partir de un estudio (Brown, et al., 1998) llevado a cabo con individuos que sufrían trastornos emocionales (ansiedad, distimia o depresión). A partir de los datos recabados surgió una estructura jerárquica de tres factores: afectos positivos, afectos negativos y activación del sistema nervioso autónomo. En ella se observaron fuertes correlaciones entre los trastornos de ansiedad y la depresión. En específico, diversos trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada comparten entre sí el factor de activación del sistema nervioso autónomo. Al mismo tiempo, dichos trastornos de ansiedad comparten entre sí, y con los trastornos depresivos, el factor denominado afectos negativos. La forma en que el factor de afectos positivos se presenta en los individuos con trastornos emocionales es variable, por lo que no se considera que explique dichos trastornos.

Al conocer estas comunales entre los trastornos emocionales, quizá la pregunta siguiente sería ¿por qué existen tales factores comunes? Barlow (2002) propone una teoría explicativa basada en tres vulnerabilidades: la vulnerabilidad biológica generalizada, la psicológica generalizada (o diátesis) y la psicológica específica. La primera involucra contribuciones genéticas no específicas al desarrollo de la ansiedad y de afectos negativos (temperamento, inhibición conductual, etc.). La segunda se refiere a un conjunto de experiencias tempranas relacionadas con la ansiedad y los estados afectivos negativos que produjeron un sentido de incontrolabilidad sobre el medio ambiente. Si estas dos vulnerabilidades generalizadas llegan a coincidir, es probable que resulten en trastorno de ansiedad generalizada o depresión. El último tipo de vulnerabilidad ayuda a explicar el surgimiento de trastornos de ansiedad más discretos (fobias, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de pánico). Es decir, el desarrollo de ciertos trastornos de ansiedad ocurre por la presencia de ciertas experiencias, asociadas con la ansiedad en circunstancias particulares de la vida, aunada a la presencia de los

dos primeros tipos de vulnerabilidades. Entonces, una sensación elevada de amenaza o peligro permea esas circunstancias vitales, de modo que las experiencias determinan si el individuo percibe como un peligro o no sensaciones somáticas, pensamientos intrusivos, o la evaluación social, por poner algunos ejemplos.

Esta perspectiva teórica, abre la posibilidad de proponer un tratamiento unificado para los trastornos emocionales, que en realidad no significa un tratamiento único para cualquier trastorno emocional, sino más bien un tratamiento que comparte componentes centrales (Barlow et al., 2004). En primera instancia este tratamiento implica una fase psicoeducativa sobre el trastorno y/o el tratamiento. En segundo término, y muy importantemente, debe modificar los antecedentes cognitivos de apreciación. Este es un proceso intensivo de regulación emocional que facilitará los procedimientos que sigan. Consiste en evaluar la racionalidad de las apreciaciones negativas que los individuos con trastornos emocionales tienen sobre sí mismos (su auto-eficacia, por ejemplo), el mundo y el futuro y, a su vez, busca sustituirlas por apreciaciones más realistas basadas en hechos. La TCC promueve que el paciente se concentre en dos apreciaciones distorsionadas: 1) la probabilidad de ocurrencia de acontecimientos negativos, la cual suele sobre-estimar y 2) las consecuencias de dichos sucesos en casos de que sí ocurran, pues suele exagerarlas o catastrofizarlas.

El tercer aspecto fundamental es prevenir la evitación emocional. Este punto se refiere más que nada a qué *no* hacer, en lugar de qué hacer, durante el tratamiento. Técnicas como la relajación muscular y la respiración diafragmática (las cuales se detallarán en el siguiente capítulo), que actualmente forman parte del repertorio de la TCC, pueden tener efectos contraproducentes en el tratamiento. Cuando se recurre a ellas, el terapeuta debe asegurarse de que el individuo entienda que dichas estrategias tienen como objetivo reducir emociones negativas y malestar subjetivo. Es decir, que se deben emplear como medidas que ayuden a afrontar las emociones, y no para evitar las sensaciones o emociones concomitantes de la ansiedad.

El último aspecto central del tratamiento común que se propone, es la generación de acciones incompatibles con la emoción trastornada (ansiedad o depresión). Una forma de hacer esto es a través de la activación neuro-muscular como medio de regulación emocional. Esta activación puede provocar la expresión de ciertas emociones cuando se asocia a claves situacionales, internas y somáticas. En la TCC una

forma común, pero no exclusiva, de propiciar que se generen reacciones emocionales, es a través de las técnicas de exposición (éstas también se describirán en el siguiente capítulo). Por ejemplo, en el caso de la depresión, lo que corresponde es la activación conductual, en oposición al aletargamiento presente en sujetos que sufren del trastorno.

Un tratamiento que reúna las características anteriores es funcional sobretudo cuando un individuo sufre de algún trastorno primario de ansiedad y además tiene comorbilidades con otros trastornos de emocionales (otros de ansiedad, depresión o distimia). Claro está, que desde este punto de vista el término “comorbilidades” es prescindible y sólo sirve para precisar que el individuo presenta una mayor gama de síntomas que otros individuos debido a que, posiblemente, estuvo expuesto a más vulnerabilidades psicológicas específicas.

3.4 Tratamiento psicofarmacológico vs. TCC

En los últimos 40 años se ha presenciado el surgimiento de diferentes intervenciones cognitivo-conductuales y farmacológicas, sofisticadas y sustentadas empíricamente, que cubren todos los trastornos de ansiedad. Tanto en el tratamiento farmacológico como en la TCC, el monitoreo de los cambios es característico, lo cual hace que sean muy compatibles en la práctica clínica. Algunos clínicos creen que la combinación de los psicofármacos con la terapia cognitivo-conductual son la mejor manera de tratar la ansiedad por varias razones. Primero, cuando el trastorno es muy grave, dos tratamientos significan una dosis mayor que podría acelerar los beneficios. Segundo, cuando hay comorbilidades, a veces se requiere más de un tratamiento. Finalmente, cuando el resultado obtenido a partir de un tratamiento es parcial, el añadir otro podría mejorar los resultados, no sólo los síntomas identificados como objetivos en un inicio, sino otros dominios del trastorno (funcionalidad del niño, por ejemplo) (March, 2002).

En investigaciones realizadas con adultos con ansiedad, la combinación de tratamientos (farmacológico y psicosocial) no parece ofrecer ganancias adicionales en comparación con alguno de los dos tratamientos por separado (Barlow, Allen & Choate, 2004; Kendall & Choudhury, 2003). Tal vez no sea posible generalizar este dato a todos los casos. Un factor determinante sería la presencia de comorbilidades del paciente.

Por ejemplo, Jensen, Martin y Cantwell (1997) encontraron que los niños con un trastorno de ansiedad comórbido con un trastorno por déficit de atención se beneficiaban igualmente de la combinación de tratamiento psicosocial (terapia conductual) y farmacológico, que del tratamiento farmacológico únicamente. Análisis posteriores de ese estudio revelaron que esto es cierto sólo para los casos menos graves. En los casos más graves, la combinación de los tratamientos condujo a mejores resultados.

Se ha sugerido que una combinación secuenciada de estos tratamientos, en vez de una simultánea, resultaría más prometedora. Desafortunadamente, debido a que la investigación sobre el uso de psicofármacos para tratar la ansiedad en niños todavía está en sus inicios, no hay suficientes datos que apoyen que la combinación de tratamientos (farmacológico y psicosocial) ofrece beneficios adicionales en comparación con alguno de los dos tratamientos por separado.

Lo que sí se puede decir hasta el momento es que, en comparación con los tratamientos farmacológicos, los tratamientos psicológicos, en especial los de terapia cognitivo-conductual, tienen la ventaja de que sus efectos pueden ser más duraderos después de la suspensión del tratamiento formal. Esto se debe al entrenamiento que obtienen los pacientes para afrontar las situaciones ansiógenas. En cambio, con los tratamientos farmacológicos se corre el riesgo de que los pacientes usen el medicamento como una “señal de salvación” (es decir, usan el medicamento como medio para evitar los síntomas), lo que no les permite afrontar su ansiedad y, por lo tanto, no aprenden a manejarla (Barlow, et al., 2004).

En resumen, si bien algunos psicofármacos son eficaces para aliviar algunos síntomas de la ansiedad, su superioridad sobre los tratamientos psicosociales no se ha demostrado. Tampoco hay datos suficientes que indiquen que la combinación de tratamientos produce mejores resultados que los tratamientos por separado.

3.5 La participación de la familia en el tratamiento

La familia tiene un efecto muy importante en el desarrollo normal y patológico de los niños, por esta razón los procesos familiares se han convertido en el objetivo de

muchas intervenciones en los últimos años. Algunos de dichos procesos son las relaciones de apego, las prácticas de crianza, y el ambiente familiar. Ya se ha discutido sobre algunos de los factores de riesgo provenientes del entorno familiar asociados con trastornos psicológicos como el conflicto marital, el parentaje coercitivo, y la expresión persistente de afectos negativos. Los terapeutas deben evaluar los factores de riesgo y, a partir de ellos, delinear la intervención que se instrumentará con el fin de introducir factores protectores, o bien procesos que contrarresten las causas del trastorno (Liddle, 1999).

Incluso en los tratamientos que no se identifican como familiares, cuando se hace intervención con niños y adolescentes, se involucra a los padres o cuidadores primarios al menos mínimamente en el tratamiento al transportar a los niños a la terapia, o pagar los servicios psicológicos. Otras veces se necesita que los padres ayuden a los niños a practicar algunas de las estrategias aprendidas, especialmente en las tareas de exposición de la terapia cognitivo-conductual (Diamond & Josephson, 2005).

Actualmente, se diseñan intervenciones de corte cognitivo-conductual con la familia, y se estudian seriamente debido a los beneficios potenciales que añaden al tratamiento directo con los niños o adolescentes. Varios meta-análisis han concluido que estos tratamientos son al menos tan eficaces como otras terapias, y más eficaces que la ausencia de tratamiento (Shadish & Baldwin, 2002). En la actualidad muchos de los investigadores de terapia familiar han abandonado las interpretaciones de la teoría sistémica, y en su lugar, usan un enfoque transaccional, multidimensional o ecológico. Un ejemplo de ello es la Terapia Familiar Multifuncional (Liddle 1992; 1999), la que en realidad está orientada al tratamiento de adolescentes con varios problemas. Sin embargo, sirve para ilustrar perspectivas contemporáneas del tratamiento familiar. Se sustenta en el desarrollo psicológico tanto del adolescente como de la familia misma y trata de abordar, desde una perspectiva ecológica, los contextos y procesos que puedan estar causando un trastorno o disfuncionalidad. Se supone que existen diferentes factores que actúan dentro de uno o varios periodos de desarrollo que, con el tiempo, ejercen un impacto acumulativo. A través de la Terapia Familiar Multifuncional varios dominios en los que el funcionamiento es pobre se convierten en blanco terapéutico. Se intenta detener el efecto de cascada de la interacción entre factores y procesos de

riesgo para el desarrollo del individuo. Una forma de lograr dicho cambio es mediante la modificación del estilo de vida, por ejemplo.

Por otro lado, las intervenciones con las familias se han flexibilizado mucho, y desde el punto de vista de algunos, este campo es totalmente ecléctico, teórica y prácticamente hablando, lo cual podría aumentar la precisión y especificidad del proceso terapéutico (Josephson & Serrano, 2001). Desde el punto de vista práctico, la modalidad de intervención puede ser grupal o individual y no requiere que todos los miembros de la familia estén presentes. Asimismo, el papel de los padres en el tratamiento es muy variado, ya que pueden participar como co-terapeutas, como modelos para la enseñanza de nuevas habilidades, o como facilitadores (o apoyo) para que el niño ponga en práctica las habilidades que esté aprendiendo. Incluso, en algunos casos, ellos mismos también son pacientes. Desde el punto de vista teórico, se combina el tratamiento de la familia con TCC, o con psicofarmacoterapia. En resumen, al referirse a la terapia con la familia, se puede contemplar como un entrenamiento de los padres, la aplicación de modelos psicoeducativos o como terapia familiar *per se*.

A partir de las explicaciones teóricas discutidas anteriormente sobre el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad en niños, se han diseñado tratamientos orientados a modificar los factores del ambiente familiar relacionados con los trastornos. Por ejemplo, se ha ligado consistentemente la crianza sobre-controladora y sobreprotectora, con la ansiedad elevada. Para abordar dichos factores de riesgo, Diamond, Reis, Diamond, Siqueland e Isaacs (2002) desarrollaron una intervención a la que denominaron Terapia Familiar Basada en el Apego (ABFT, por su nombre en inglés *Attachment-Based Family Therapy*), la cual promueve la independencia del niño o adolescente, incrementa la tolerancia de los padres hacia la autonomía de sus hijos, reta (hacer reflexionar sobre) sus creencias respecto a la seguridad y competencias de sus hijos, mejora la comunicación entre los padres y las habilidades de solución de problemas, y reduce el conflicto marital relacionado con la crianza de los hijos.

También, el modelamiento de los padres y su sistema de reforzamiento (de conductas ansiosas, como la evitación) son factores de riesgo que mantienen la ansiedad. Por lo que, en este sentido, la intervención se puede encaminar al entrenamiento de los padres para que refuercen al niño contingentemente. Kendall,

Howard, Kane y Siqueland (1989) plantearon una intervención familiar conductual a través de la cual se enseña a los padres a reforzar la conducta de afrontamiento de sus hijos, a extinguir la conducta excesivamente ansiosa, a manejar la ansiedad de los padres con técnicas de la TCC, y a desarrollar nuevas habilidades de solución de problemas de comunicación.

3.6 Factores que afectan los resultados del tratamiento

Un aspecto relevante, aunque no principal, de la investigación sobre el tratamiento de los niños y adolescentes, se destina a esclarecer cuáles son los factores que determinan los resultados del tratamiento. Es decir, un mismo tratamiento puede ser benéfico para un individuo y no para otro, o en grados diferentes. A los factores que hacen variar la relación entre el tratamiento y los resultados de la misma se les conoce como moderadores del tratamiento (Kendall & Choudhury, 2003). Ejemplos de moderadores que se han investigado con atención son etnicidad, género, gravedad del problema, experiencia del terapeuta, edad del paciente, escenario, etc. Como se puede observar, algunos de los moderadores son dependientes del terapeuta, otros del paciente, y otros de la relación de ambos. Dentro de los muchos moderadores que afectarían los resultados del tratamiento, se han descrito tres que han recibido mayor atención en la investigación de psicología clínica de niños y adolescentes: la comorbilidad del paciente, factores familiares y la relación terapéutica.

Con respecto a la comorbilidad, los hallazgos son variados. Muchos de los datos al respecto provienen de estudios hechos con adultos. Según una recopilación hecha por Brown y Barlow (1992), el impacto de las comorbilidades en un tratamiento específico depende de qué tipo de trastorno(s) estén co-ocurriendo y de la sintomatología que se traslapa entre ellos. En algunos casos los trastornos comórbidos mejoran indirectamente, a pesar de no ser el objetivo del tratamiento. Uno de los mecanismos que podría subyacer en dichos casos es el de la generalización del tratamiento. En otros casos, los trastornos comórbidos permanecen inalterados y sin afectar el curso del tratamiento del trastorno primario. En el campo del tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes, algunos estudios han encontrado que las comorbilidades no tienen impacto alguno en los resultados del tratamiento -del diagnóstico primario- (Barrett,

Dadds & Rapee, 1996), mientras que otros estudios informan un impacto negativo de las comorbilidades en el resultado del mismo (Toren, et al., 2000).

Si el contexto familiar juega un papel en el origen o mantenimiento de los trastornos de ansiedad en los niños, entonces resulta coherente pensar que ciertas características de las familias puedan ayudar o perjudicar los efectos del tratamiento. A pesar de que esta suposición parece lógica, los datos para verificarla son muy escasos. En un único estudio (Crawford & Manassis, 2001) encontrado hasta la fecha, que relaciona específicamente variables de la interacción padres-hijo en el tratamiento de ansiedad en niños, se encontró que, de acuerdo al informe tanto de los niños como de sus padres, la disfunción familiar (percepción de problemas en la familia) y la frustración de los padres respecto a la conducta de sus hijos se relacionan con una mejoría más modesta después del tratamiento. Así mismo, la somatización que refieren los padres-varones- también parece pronosticar menos ganancias a partir del tratamiento. Dentro de las variables de la familia que podrían afectar el tratamiento, la psicopatología de los padres cuenta con más datos, pero desafortunadamente no son concluyentes (Berman, Weems, Silverman & Kurtines, 2000; Crawford & Manassis, 2001).

Finalmente, con respecto a la relación terapéutica, la cual es un concepto amplio incluyente de variables como lazo terapéutico, grado de involucramiento en el tratamiento y la percepción de calidez por parte del terapeuta, también se ha tratado de especificar cómo influye en los efectos del tratamiento. En la práctica clínica la mayoría de los terapeutas consideran que la relación entre niños o adolescentes y el terapeuta es un factor muy importante que produce el cambio terapéutico. En cambio, se ha considerado que los aspectos técnicos del tratamiento (técnicas empleadas, duración del tratamiento, frecuencia de sesiones, etc.) no son agentes primordiales de cambio (DiGiuseppe, Linscott & Milton, 1996).

Shirk y Karver (2003) llevaron a cabo un meta-análisis para determinar qué variables moderaban los resultados del tratamiento de los niños. En dicho meta-análisis no se incluyó exclusivamente el tratamiento de ansiedad en niños, pero los datos pueden ser un punto de referencia para la instrumentación de intervenciones terapéuticas. Encontraron que la relación terapéutica se relaciona modesta, pero consistentemente con los efectos del tratamiento, sin importar la modalidad o enfoque terapéutico.

Además, el impacto más grande se refleja en medidas de funcionamiento global, y menos en medidas sintomatológicas.

Un reto particular del tratamiento de niños y adolescentes, que tiene un efecto directo en la relación terapéutica y, por ende, un efecto indirecto en los resultados del tratamiento, tiene que ver con el nivel de desarrollo del individuo. Los niños y adolescentes, a diferencia de los adultos, no suelen buscar tratamiento por voluntad propia. Más bien asisten a una terapia porque sus padres o maestros lo consideraron necesario. Esto implica muchas veces que los niños no reconozcan, o no están conscientes, de que se espera un cambio en ellos. Ello puede dificultar la labor del terapeuta en cuanto a plantear los objetivos del tratamiento y el modo (técnicas y estrategias) de conseguir un cambio (DiGiuseppe, Linscott & Milton, 1996).

El conocer qué moderadores existen en los resultados del tratamiento resulta útil pues dichos moderadores se convierten en lineamientos. Debe recordarse que el universo posible de los moderadores que afectan el tratamiento es muy amplio y que aquí se incluyó solamente los más relevantes. Sin duda hace falta más investigación para conocer los moderadores que deban considerarse prioritarios, e incluso, si es posible, manipularlos de algún modo para que en lugar de afectar negativamente al tratamiento, lo hagan de manera positiva.

La intención de este capítulo fue proporcionar un panorama de las alternativas de tratamiento para los trastornos de ansiedad en niños. Aunque el tratamiento psicofarmacológico cuenta con algunos datos sobre la eficacia del tratamiento de ansiedad en niños, lo cierto es que dichos datos no son contundentes, pues no siempre se ha demostrado su superioridad sobre los placebo, ni su superioridad con respecto a la TCC. Esto, aunado a los posibles efectos secundarios de los medicamentos, y a los efectos limitados temporalmente al periodo en que se toma el medicamento. Desde el punto de vista psicológico la TCC es la única forma de intervención, hasta el momento, que puede considerarse seriamente como un tratamiento confiable y eficaz de la ansiedad en niños (APA, 2006). Probablemente esto se debe a la gran congruencia que tienen las técnicas que la conforman con los aspectos teóricos en los que se basa. Además, es un enfoque que ha evolucionado con el tiempo para ser cada vez más comprehensivo al abordar varios de los factores que dan pie al desarrollo del trastorno de ansiedad, o que lo mantienen. Prueba de ello es la integración del enfoque cognitivo

con el conductual, el cual permite integrar las percepciones de los niños sobre su mundo para favorecer el cambio tanto cognitivo como conductual. Además, es un enfoque en esfuerzo constante por maximizar los efectos terapéuticos, explorando aquellas variables que dificultan u obstaculizan el tratamiento, y ofreciendo alternativas (por ejemplo, el tratamiento de la familia) sustentadas en hallazgos de investigación. En el siguiente capítulo se describe en detalle las estrategias y técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad en general, y para los niños en particular. Conocer estas técnicas es importante pues nos ayudan a ver la relación entre los aspectos teóricos revisados en el capítulo 1 y la lógica de las técnicas empleadas.

4. ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS

Es necesario aclarar que se ahonda más en las técnicas del enfoque cognitivo-conductual y no de otros enfoques terapéuticos, porque éste es el enfoque que cuenta con mayor cantidad de datos que apoyan su eficacia en el tratamiento de la ansiedad durante la niñez. No se ahonda más en la terapia psicofarmacológica, pues aún está en desarrollo, y no es un campo de acción directo del psicólogo. Otros tratamientos psicosociales no se encuentran suficientemente documentados, al menos, en el tratamiento de la ansiedad infantil, por lo que tampoco se abordan aquí.

En este capítulo se describen las técnicas y estrategias empleadas en el tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad en niños: el modo en que se ponen en marcha y una explicación breve de los mecanismos teóricos subyacentes. Aunque se presentan de forma separada las técnicas conductuales de las cognitivas, debe tomarse en consideración que dicha separación es artificial, pues en realidad la mayoría de estas técnicas implican mecanismos tanto conductuales como cognoscitivos, y la diferencia se hace más bien por el mecanismo que se presente más evidentemente o en mayor grado. En congruencia con la explicación del surgimiento y mantenimiento de los trastornos de ansiedad de la perspectiva cognitivo-conductual, se entiende entonces, que las técnicas enseñan, por un lado, respuestas de afrontamiento conductual a las situaciones de ansiedad, las cuales están mediadas, a su vez, por aspectos cognoscitivos y, por otro lado, estrategias de cambio cognoscitivo que se reflejan conductualmente. O bien, enunciado de una manera más detallada, desde la perspectiva cognitivo-conductual: la modificación de la conducta está influenciada por eventos conductuales, expectativas anticipatorias, atribuciones después del evento, procesamientos de la información, y estados emocionales. Para cubrir estos aspectos, el enfoque cognitivo-conductual está orientado a la solución de problemas, al trabajo profundo con el procesamiento de la información, a la incorporación de dominios sociales, familiares e interpersonales y enfatiza la exposición *in vivo*, así como las intervenciones basadas en el desempeño o la ejecución (Kendall, et al., 1992).

Una característica común que se observará a lo largo de las siguientes técnicas y estrategias, es que se intenta enseñar habilidades y remediar las deficiencias en otras habilidades a través de la práctica, en donde el niño con ansiedad tiene una participación activa, al igual que el terapeuta. La práctica de nuevas habilidades, junto con el reforzamiento y la retroalimentación, da pie al uso futuro y perfeccionamiento de esas habilidades.

4.1 Estrategias conductuales

Relajación y respiración diafragmática

Las personas ansiosas están tensas la mayor parte del tiempo y muchas veces no tienen las habilidades que les permitan relajarse. Una forma común de conseguir la relajación es través de la relajación muscular progresiva (RMP) en la que se entrena a los individuos a tensar y soltar sistemática y progresivamente grupos mayores de músculos. De esta manera los niños y adolescentes van aprendiendo a reconocer cuándo están tensos, pues muchos de ellos no tienen dicha habilidad. Una vez que reconocen su estado de tensión, se espera que usen tal estado como una señal para emprender la relajación. Los grupos musculares que se pueden tensar y relajar pueden dividirse de la siguiente manera: rostro, cuello y hombros, extremidades superiores, abdomen, y extremidades inferiores. Para cada grupo de músculos la persona tensiona los músculos por 7 a 10 segundos y después los relaja por unos 15 segundos, de forma tal que una sesión de relajación toma en promedio 20 minutos. El terapeuta le pide al individuo que ponga atención a las sensaciones (Sarafino, 2006). Con los niños más pequeños se recomienda entrenar 2 o 3 grupos musculares por sesión.

Otra forma de entrenar en relajación es través de *mantras*. Esta forma de relajación también se conoce como relajación controlada por claves. El objetivo aquí es asociar un estado de relajación con alguna palabra como “relajado” o “calma”. En este caso el individuo repetirá la palabra de su elección una vez que haya conseguido un estado de relajación. Posteriormente, la palabra se usa como un recordatorio para relajarse o para combatir las sensaciones de la ansiedad (Kendall, et al., 1992). En cualquier caso se recomienda que los niños practiquen diariamente los ejercicios no

sólo en la sesión de terapia, sino en casa, pues aprender a relajarse no es una tarea sencilla, especialmente para esta población (Goldbeck & Schmid, 2003). Si bien en un inicio puede parecer complicado, con el tiempo y la práctica, los individuos reducen el tiempo en que consiguen el estado de relajación.

La respiración diafragmática, al igual que la relajación, es una técnica empleada para controlar la activación autonómica y los síntomas fisiológicos relacionados. Es fácil de lograr en distintos escenarios y es la técnica que más fácilmente calma la respuesta de ansiedad. El entrenamiento básicamente consiste en enseñar al niño a respirar profundamente (inflando el diafragma) e ir exhalando lentamente (Veltig, Setzer & Albano, 2004).

Modelamiento

Del mismo modo en que los niños pueden aprender a tener ansiedad al observar la reacción de otros y de las consecuencias de las acciones de otros, se puede hacer uso de los principios del modelamiento para enseñar a los niños a afrontar las situaciones que les causan ansiedad. El proceso de modelamiento puede presentarse de diferentes maneras, por ejemplo, simbólicamente mediante vídeos, fotografías o muñecos, o bien por medio de modelos reales. El modelamiento puede dar lugar a la extinción de la respuesta ansiosa. Para que ello ocurra, el niño debe observar al modelo enfrentarse a un estímulo que produzca ansiedad y ver cómo maneja de forma exitosa tal suceso, sin consecuencias aversivas (Ollendick & King, 1998). Dentro de las diversas variantes de modelamiento, según una revisión hecha por Ollendick y King (1998), el modelamiento asistido (en el que el terapeuta ayuda al niño a hacer frente a la situación de ansiedad) es el que produce mejores resultados, seguido por el modelamiento en vivo y el modelamiento por medio de vídeos. Finalmente, en la selección de modelos, se aconseja que sean figuras que son similares a los niños en cuanto a su edad y nivel de miedo, pues ante estos modelos los niños suelen responder mejor (Albano & Chorpita, 1995).

Ollendick y Cerny (1981, en Kendall, et al., 1992), han descrito un procedimiento de modelamiento para personas ansiosas que identificaron como “tag along” (imitar o seguir el ejemplo) en el que el propio terapeuta modela una conducta de afrontamiento mientras se expone a un estímulo o situación que provocan ansiedad, y después el niño

tiene que imitar la conducta del terapeuta. De forma similar, Kendall, et al., (1992) describen lo que han llamado “modelamiento de afrontamiento”. En este caso el terapeuta actúa como un modelo de cómo afrontar una situación que provoca ansiedad. El modelamiento no se hace en una situación ideal en la que no hay errores y en la que el modelo maneja las cosas bien desde el principio. Al contrario, el terapeuta muestra - con verbalizaciones- una interpretación distorsionada de la situación, y exhibe comportamiento inadecuado, pero al mismo tiempo trata de corregir esos errores. Por ejemplo, el terapeuta describe las sensaciones de ansiedad y presenta formas alternativas para afrontar la situación. Al observar esto se espera que el niño aprenda respuestas más apropiadas ante ciertas situaciones y que adquiera habilidades necesarias para hacerlo en la vida real. Kendall y sus colaboradores añaden que los modelamientos deben planearse de acuerdo al caso particular del niño, y que deben estar acorde a sus necesidades cognitivas y conductuales.

Juego de roles

El juego de roles (role-playing) es una técnica muy importante en el tratamiento pues permite practicar habilidades que se hayan enseñado previamente. A través de ella también se pueden introducir habilidades que no se hayan enseñado previamente. Por ejemplo, se puede usar para enseñar la relajación, en donde primero el terapeuta es el modelo y va guiando al niño y después el niño juega a ser el terapeuta y va guiando al niño en el ejercicio. De esta manera se puede verificar que el niño esté aprendiendo las habilidades correctamente y que las practique suficientemente hasta que se vaya habituando a usarlas.

A *grosso modo* consiste en hacer una especie de actuación la cual permite tanto al terapeuta como al niño experimentar varias soluciones y formas de reaccionar ante una situación. Un buen predecesor del juego de roles puede ser el modelamiento, pues así el niño se va familiarizando con las habilidades que debe exhibir. Durante el ejercicio, es importante que el terapeuta vaya corrigiendo dificultades cognitivas, conductuales o emocionales. Retomando el proceso de “tag along”, el terapeuta puede iniciar el juego de roles, y después deja que el niño lo haga independientemente. El terapeuta debe promover que el niño exprese sus emociones y pensamientos, y éstos se comparan con lo que el terapeuta manifestó cuando estaba en la misma situación.

El juego de roles puede hacerse de forma progresiva, empezando con situaciones fáciles y pasando a más complejas. Así mismo, se puede hacer de forma imaginaria. En este caso, el terapeuta tratando con niños pequeños, deberá ser muy detallado en sus descripciones para que, en efecto, el niño se involucre en el ejercicio (Kendall, et al., 1992).

Reforzamiento y manejo de contingencias

El aprendizaje por consecuencias es un principio fundamental del conductismo para explicar la ausencia y presencia de una conducta en el futuro. Se han elaborado varias técnicas para la modificación de la conducta que se basan en los principios del condicionamiento operante. La diferencia crucial entre las técnicas que se describirán a continuación y otras basadas en el condicionamiento clásico (por ejemplo, la relajación), es que en este caso no se busca reducir la ansiedad ni aprender a manejarla *antes* de exponerse a una situación particular, sino que se supone que la conducta se modificará dependiendo de las consecuencias que se contraigan al encontrarse en dichas situaciones.

En el caso de niños con ansiedad o con fobias, el manejo de contingencias consiste en, por un lado, administrar reforzamiento positivo siempre que el niño presente una conducta de acercamiento hacia la situación o estímulo temido. El reforzamiento se puede otorgar por aproximaciones sucesivas en el caso de que la conducta deseada sea compleja, o en los casos en los que no es posible para el niño realizar la conducta de una sola vez. Y por otro lado, en ignorar sistemáticamente conductas de evitación u otras conductas relacionadas con los trastornos de ansiedad (Albano & Chorpita, 1995).

Para que el manejo de contingencias surta el mayor efecto es conveniente elaborar un programa, basado en un análisis funcional, para cada caso. De esta manera se podrá conocer en qué momento la conducta de ansiedad del niño está siendo reforzada y cuál es el reforzador. Es decir, el análisis funcional permite conocer los factores que mantienen la respuesta de ansiedad, y da la pauta para determinar qué elementos deben eliminarse para lograr que la respuesta se extinga. Por otro lado, el

análisis funcional también ayuda a seleccionar los reforzadores de las conductas deseadas y en qué momentos es adecuado administrarlos (Ollendick, Davis & Muris, 2004; Ollendick & King, 1998).

El reforzamiento puede usarse como una técnica para la modificación directa de la conducta ansiosa mediante el manejo de contingencias ya descrito. Pero también puede emplearse como un elemento complementario en otras técnicas o estrategias, al reforzar la práctica de las habilidades que se enseña al niño en el tratamiento. Por ejemplo, si el niño participa en otras de las actividades del tratamiento (juego de roles, modelamiento, ejercicios de relajación), o si cumple con las tareas asignadas entre una sesión y otra, se puede reforzar esa conducta. Existen distintos tipos de reforzadores que se pueden administrar dentro de la sesión terapéutica y fuera de ella, como lo son los reforzadores verbales (reconocer verbalmente su esfuerzo o su éxito, dar palabras de ánimo para seguir adelante, etc.), reforzadores tangibles (dar un premio como un dulce, un juguete pequeño, ir juntando puntos para adquirir un objeto más grande, etc.), y reforzadores sociales (asistir a algún evento de recreación, salir a jugar con amigos, etc.).

Asimismo, durante el tratamiento es deseable enseñar al niño a auto-reforzarse, pues se espera que haya situaciones fuera de la sesión de tratamiento en las que el niño ponga en práctica las habilidades que va aprendiendo. En los casos en los que el terapeuta o los padres no estén presentes, el niño deberá auto-reforzarse con el objetivo de promover que la práctica de las habilidades continúe. Previo al auto-reforzamiento, se debe entrenar al niño en habilidades de auto-evaluación. Si bien los niños con ansiedad suelen auto-evaluarse de forma espontánea, al hacerlo, muchas veces sus estándares son perfeccionistas o irreales. Por esta razón, el terapeuta debe enseñarles a hacer evaluaciones más positivas y realistas de manera que posteriormente se auto-refuerzen justamente. Durante este procedimiento puede resultar útil dividir una meta en unas más pequeñas, y enseñarle al niño a auto-reforzarse en proporción de los logros (Kendall, et al., 1992).

4.2 Estrategias cognitivas

Re-estructuración cognoscitiva

Las terapias con orientación cognitiva parten del supuesto de que los pensamientos disfuncionales están relacionados con conductas también disfuncionales. De modo tal que corrigiendo cogniciones distorsionadas, se ayudará al individuo a funcionar normalmente. A dicho proceso se le conoce como reestructuración cognoscitiva.

Existen algunos pasos para llevar a cabo dicha reestructuración de forma sistemática, aunque en realidad el proceso puede ser dinámico y con la práctica pasa de ser un proceso totalmente intencionado a ser más automático. En primer lugar, se debe explicar a los pacientes que las cogniciones son mediadores de las emociones y de la conducta, y que existen verbalizaciones con nosotros mismos (auto-diálogo) que con el aprendizaje se han hecho más o menos automáticas afectando las emociones y la conducta. El segundo paso, es ayudar a los individuos e identificar la irracionalidad de ciertos pensamientos relacionados con el trastorno que sufren. En general estos pensamientos tienen que ver con la magnitud de las consecuencias de los sucesos (expectativas catastróficas), o con sobre-estimar la probabilidad de ocurrencia de dichos sucesos. Aparte de identificar la irracionalidad de sus pensamientos, los individuos también deben ser capaces de generar explicaciones de por qué son irracionales las creencias que tienen. El tercer paso, es una unión de los dos primeros. Es decir, se ayuda al individuo a que vea la conexión entre sus pensamientos irracionales y las emociones y conductas disfuncionales que manifiesta. Por último, se ayuda al individuo a cambiar sus pensamientos irracionales. Con ayuda de otra estrategia terapéutica (modelamiento, imaginación o exposición) se coloca al paciente en una situación que le cause ansiedad, y una vez que identifica su estado emocional y los pensamientos irracionales, genera pensamientos más realistas sobre la situación (Goldfried & Powers, 1993).

Con las personas que sufren trastornos de ansiedad, la reestructuración consiste en la identificación de pensamientos que causan ansiedad y que no ayudan a la persona a afrontar la situación. Posteriormente, se busca cuestionar o retar esos pensamientos

de manera preactiva y orientada al afrontamiento activo, o sea con pensamientos basados en un plan real. A los niños se les invita a que vean sus pensamientos como suposiciones que pueden ser comprobadas y a que generen otras suposiciones que expliquen los sucesos del pasado o las posibles consecuencias de una acción. Se guía al niño a que se concentre en la suposiciones más realistas y que no causan ansiedad (Veltig, et al., 2004).

Corrección de auto-diálogo

Kendall y sus colaboradores (1992) sugieren que modificar el auto-diálogo de los niños durante situaciones de ansiedad puede tener efectos positivos en su conducta. Si bien los niños y adolescentes ansiosos no divulgan pensamientos catastrofistas tanto como los adultos ansiosos (Kendall & Hollon, 1989), esto no significa que los niños y adolescentes no tengan auto-diálogos negativos y distorsionados. En el caso de niños y adolescentes, el nivel de desarrollo cognitivo puede influir en el reconocimiento y divulgación de dichos pensamientos, por lo que el terapeuta no debe asumir que los pensamientos negativos están ausentes. Es labor del terapeuta identificar expresiones verbales de pensamientos de derrota o negativismo por parte del niño, y pedirle que y ayudarlo a que enuncie pensamientos alternativos.

Solución de problemas

Los estilos en la forma de procesar la información de los niños con ansiedad pueden tener efectos profundos en cómo perciben el mundo y cómo le dan sentido. Por lo tanto, antes de enseñar estrategias de solución de problemas, se debe atender y modificar el procesamiento de información disfuncional ligado a la ansiedad (ver capítulo 1). La solución de problemas es un ingrediente esencial para un ajuste adecuado en la niñez. Desde la perspectiva de solución de problemas, la situación en la que se experimenta ansiedad se plantea como un problema que debe solucionarse y no como una situación incontrolable. Para ello se enseña a los niños a contemplar tal situación como una que requiere ciertas consideraciones y que puede haber varias opciones de solución que deben pensarse detenidamente. Enseñar a los niños cómo identificar problemas emergentes y a generar y evaluar diferentes cursos de acción les

beneficiará, no sólo para tener una funcionalidad normal en ese momento, sino que les facilitará la transición hacia una adultez donde funcionen independiente y autónomamente (Kendall, et al., 1992).

D’Zurilla y Goldfried (1971) han propuesto una secuencia de pasos para enseñar una buena estrategia de solución de problemas, los cuales se describen a continuación:

1. Orientación general. El terapeuta guía al paciente a comprender que las situaciones problemáticas son parte de la vida de todos, por lo que es importante reconocer esas situaciones en las que surge el problema y no responder de manera automática o impulsiva, sino al contrario, intentar activamente hacer frente a esas situaciones. Como parte del entrenamiento, los pacientes pueden llevar un registro de situaciones que les causen ansiedad junto con los pensamientos, emociones y conductas que acompañaron tal situación.
2. Definición y formulación del problema. A partir de los registros que se vayan haciendo, se detallarán las situaciones y se tratará de describirlas en términos concretos, lo cual facilitará determinar la dirección del proceso para solucionar el problema. Se plantea, entonces, un objetivo específico a resolver.
3. Generación de alternativas. En este momento se pide al individuo que a través de una “lluvia de ideas” nombre tantas soluciones al problema como pueda. Un aspecto fundamental para que se genere una buena cantidad de soluciones en la lluvia de ideas es que se deben omitir los pre-juicios sobre las soluciones, pues la evaluación de cada una de ellas vendrá después.
4. Toma de decisiones. Una vez generadas varias soluciones, ahora sí se evalúa funcionalmente cada una de ellas. Algunos de los criterios para la evaluación de las alternativas que lleven a la selección de una de ellas son los siguientes: 1) qué tan probable es que una alternativa dada solucione efectivamente el problema planteado; 2) qué consecuencias personales, a corto y largo plazos, conlleva llevar a cabo esa alternativa y 3) las consecuencias sociales, sobre todo en las personas más cercanas. Una vez hecha la evaluación, se elige qué solución ha de emprenderse y se lleva a cabo.
5. Verificación. Después de que se llevan a cabo las acciones para solucionar el problema, el último paso es verificar que se haya solucionado el problema, y observar qué consecuencias positivas y negativas surgieron. Si no se logró

solucionar el problema, o si se producen consecuencias no satisfactorias, entonces se repite el paso 4 y se elige otra solución.

Aunque dicho enfoque se empleó primero en el tratamiento de adultos, el mismo puede y ha sido trasladado con éxito al tratamiento de niños. Tomando en cuenta que cada niño tiene diferentes habilidades para reconocer un problema que necesita solucionarse, así como diferentes habilidades para generar alternativas y evaluar competentemente cada opción, el énfasis en cada paso puede variar junto con las capacidades del niño.

Imaginería

La imaginería es un recurso que se puede emplear como complemento para facilitar el entrenamiento en alguna habilidad como la relajación o promover habilidades de afrontamiento. En el primer caso, el terapeuta puede guiar al niño a escenarios en donde el niño se sienta más cómodo y tranquilo. Incluso se puede hacer grabaciones auditivas para que se lleven a casa.

En el caso del afrontamiento, a veces se recurre a una variante denominada “imaginería emotiva”. Esta técnica en particular se ha usado con niños fóbicos. Consiste en plantear un escenario imaginario en el que el niño co-participa con un personaje que él admire, a veces son super-héroes o personajes de caricatura, en una situación que cause ansiedad y la superen juntos. Esto se puede hacer, como en la desensibilización sistemática (la cual se explicará más adelante), de forma gradual empezando con situaciones sencillas y pasando a más complejas (Ollendick, et al., 2004).

4.3 Exposición y desensibilización sistemática

Mención aparte merece la exposición pues ésta es una estrategia que en realidad congrega una gran variedad de mecanismos cognitivo-conductuales, y verdaderamente resulta difícil clasificarla únicamente como conductual o cognitiva. Para el tratamiento de ansiedad en niños, esta técnica consiste en exponer al individuo a una experiencia

que le provoque ansiedad de forma imaginaria o en una situación real (*in vivo*) que permite al niño poner en práctica habilidades tanto cognitivas como conductuales para controlar la ansiedad.

Existen subtipos de esta técnica: implosión, *flooding* (inundación) y prevención de respuestas. La implosión consiste en crear niveles de ansiedad muy elevados a través de situaciones exageradas presentadas imaginariamente. Se busca prolongar esta exposición hasta que el individuo se habitúe y finalmente hasta que se extinga la ansiedad. En contraste, la variante del *flooding* implica la exposición directa del individuo a una situación o estímulo que causa ansiedad intensa (Bouchard, Mendlowitz, Coles & Franklin, 2004). La prevención de respuestas, por su parte, es un subtipo que sobre todo se usa para los pacientes que sufren trastorno obsesivo-compulsivo. Consiste en poner en contacto al niño con la situación o el estímulo que desencadena los rituales compulsivos, pero sin permitir que el niño los ponga en práctica (Kendall, et al., 1992).

Varios son los mecanismos que se ponen en marcha a través de la exposición: extinción, habituación, contra-condicionamiento, cambio cognoscitivo y desarrollo de habilidades de afrontamiento. A continuación se explica cómo tales principios pueden estar mediando la disminución de la ansiedad. Empecemos con el principio de contra-condicionamiento, el cual se aplicó para el desarrollo de la desensibilización sistemática. La desensibilización sistemática es una exposición de forma gradual. Esta técnica fue desarrollada originalmente por Wolpe alrededor de 1950 basándose en la teoría de que si se confrontaba un estímulo temido al mismo tiempo en que se recurría a un proceso de inhibición recíproca o empleando una conducta biológicamente incompatible (como la relajación), entonces el condicionamiento original de miedo ante el estímulo sería contra-condicionado con un estado de no ansiedad (Ollendick, et al, 2004). La desensibilización sistemática involucra la creación conjunta por parte del paciente y del terapeuta de una jerarquía de estímulos o situaciones que originan la ansiedad en donde se indica el nivel de ansiedad que provocan. La exposición comienza por el nivel más bajo en la jerarquía y conforme se superen dichas situaciones se va avanzando a las situaciones que causan mayor ansiedad (Kendall, et al., 2005).

Con el paso del tiempo, se ha descubierto que recurrir a procesos de inhibición recíproca, elemento central para que el contra-condicionamiento tenga lugar, no es

esencial para que la exposición surta efecto. Es decir, un estado de relajación o cualquier otra conducta incompatible a la respuesta de miedo son prescindibles para llevar a cabo la exposición. De modo que el contra-condicionamiento no es un mecanismo que explique los efectos de la exposición en todos los casos.

Entonces, una explicación alternativa sobre los mecanismos subyacentes en la exposición es la extinción. Ésta ocurre cuando después de varios ensayos, la respuesta incondicionada -de ansiedad- deja de manifestarse en la presencia del estímulo condicionado. Así mismo, esta extinción genera un reforzamiento negativo, pues se experimenta una disminución de la ansiedad aún en presencia del estímulo condicionado. De manera similar, la habituación ocurre cuando el individuo está en la presencia del estímulo o situación que provocan ansiedad hasta un punto en que el nivel de activación deja de causar un malestar elevado (Kendall, et al, 2005).

En cuanto a los mecanismos cognitivos explicativos de la exposición, comencemos por recordar que las teorías cognitivo-conductuales contemporáneas se basan en los principios de aprendizaje para explicar el desarrollo de representaciones internas de los estímulos, así como las acciones, las consecuencias y las asociaciones entre éstos. Cuando existe una asociación de que un estímulo dado es peligroso, tal asociación involucra tanto la información sobre el estímulo como el significado de la posible respuesta (Bouchard, et al., 2004). El cambio cognitivo puede ocurrir durante la exposición pues propicia que el individuo re-interprete su reacción ante situaciones de ansiedad, perciba de forma diferente sus propios recursos ante la situación, re-valore la amenaza real de la situación y confronte sus predicciones iniciales con lo que realmente ocurre cuando se expone al estímulo. Otra forma de explicar el cambio cognitivo que acompaña la exposición es que los niños van desarrollando habilidades de afrontamiento (que idealmente se entrenaron antes de la exposición). Cuando mejora su percepción de afrontamiento, también disminuye su ansiedad (Kendall, et al., 1997). Posiblemente la causa de que afrontamiento mejore se deba a que los niños tienen la oportunidad de re-evaluar su auto-eficacia al superar situaciones que antes evadían o les causaban gran malestar. Practicar los ejercicios muchas veces, incluso al punto en que se hagan aburridos, asegura que se rompan las asociaciones disfuncionales de peligro con cierta situación o estímulo. De esta manera, además, el niño va acumulando experiencias de

control y auto-eficacia que se contraponen con sus predicciones negativas (Bouchard, et al, 2004), ayudándolos a modificar sus esquemas cognitivos.

Para llevar a acabo la exposición, ya sea en vivo o imaginaria, no es necesario empezar la exposición con los estímulos o situaciones que generan menor ansiedad. Sin embargo, en el caso de los niños con ansiedad es recomendable empezar en la jerarquía con el nivel menor, pues hace que el tratamiento sea más llevadero y los pequeños logros animan a los niños a continuar con las situaciones más temidas (Compton, et al, 2004). También se recomienda que antes de comenzar con las exposiciones en vivo se realicen exposiciones imaginarias, también de forma gradual, a través de historias narradas o escritas. También, se pueden hacer juegos de roles entre el terapeuta y el niño antes para que el niño tenga la oportunidad de practicar habilidades de afrontamiento. Recientemente se habla incluso de exposición virtual y a través de casetes auditivos en lugar de, o aparte de, la exposición en vivo (Bouchard, et al, 2004). No existe una guía específica sobre el contenido de las exposiciones y cómo debe conducirse. Sin embargo, para que el ejercicio tenga éxito, el terapeuta debe evaluar lo mejor posible el origen del malestar del niño y lo que el niño espera que pase ante la situación temida.

Otra recomendación es propiciar la generalización de las habilidades y de la extinción de la respuesta de ansiedad, la cual se puede conseguir por un lado, practicando en diferentes escenarios y con diferentes actores, y por otro lado, dirigiendo un cambio general en los esquemas cognitivos generales (Treadwell & Kendall, 1996).

La exposición se considera un ingrediente activo para el tratamiento exitoso de la ansiedad en niños. De hecho, su eficacia se ha evaluado y comprobado recientemente para distintos tipos de trastornos de ansiedad y en niños de diferentes etnias (para una revisión: Pina, Silverman, Fuentes, Kurtines & Weems, 2003). Pero para maximizar sus efectos, los ejercicios de exposición requieren mucha planeación, especialmente si son en vivo. En este caso algunas de las exposiciones deberán llevarse a cabo fuera de la sesión clínica, tal vez se tenga que acudir a escenarios particulares y tal vez requiera la participación de otras personas. Además, es muy probable que al tratar niños, se

necesite la ayuda adicional de los padres para hacer ejercicios de exposición fuera de las sesiones terapéuticas.

4.4 Otras estrategias terapéuticas

La *psicoeducación*, es un elemento común de la terapia cognitivo-conductual para diferentes trastornos, y en diferentes poblaciones. Como su nombre lo indica, consiste en educar al paciente, desde el punto de vista psicológico, sobre los factores relacionados con su trastorno y con la forma de tratamiento. A las personas que sufren trastornos de ansiedad se les explica la naturaleza de la ansiedad, cómo se aprende y se mantiene y otros factores involucrados para corregir posible información errónea. En el tratamiento a niños es conveniente explicar a los padres estos mismos puntos, pues ellos juegan un papel muy importante en el origen, mantenimiento y tratamiento del trastorno (Veltig, et al., 2004).

La psicoeducación también involucra la explicación de las técnicas y estrategias del tratamiento antes de implementarlas. Se le explica al niño en qué consiste la técnica que va a aprender, cuál es la lógica detrás de ella y lo que se espera lograr mediante su ejecución. Claro está, que dichas explicaciones se deben adecuar al vocabulario del niño para que éste tenga una mejor comprensión del proceso terapéutico. Así, la psicoeducación es un elemento que no sólo está presente al inicio del tratamiento, sino a lo largo del mismo.

Finalmente, conforme se contempla el final del tratamiento de acuerdo a un plan original, se tomarán medidas para la *prevención de recaídas*. Este es un elemento muy importante en la terapia cognitivo-conductual, pues si bien ésta es frecuentemente una terapia más o menos breve, se adoptan medidas con el objetivo de que los resultados perduren. En la prevención de recaídas se trata de consolidar las habilidades que se enseñaron a lo largo del tratamiento y se promueve la generalización y mantenimiento de las ganancias del tratamiento. Algunas maneras de lograr esto es darle al niño un tipo de libreta o diario en el que vaya registrando aspectos y ejercicios importantes del tratamiento, ir espaciando las sesiones hacia el final del tratamiento y programar algunas de refuerzo después de varios meses o hacerlo vía telefónica (Veltig, et al., 2004). Del mismo modo, se explica al niño y sus padres que pueden ocurrir recaídas pero

que esto no es motivo para discontinuar la aplicación de las técnicas aprendidas, sino todo lo contrario, se les instruye para que sean consistentes en su aplicación.

De forma general, se puede apreciar que todas las técnicas de la terapia cognitivo-conductual son muy dinámicas. Requieren una participación activa tanto por parte del terapeuta como del niño. Se enfatiza siempre ajustar estas técnicas a cada caso en particular, pues como ya se ha explicado antes, el contexto en el que se desarrolla y mantiene el trastorno es sumamente relevante si se quiere lograr cambios significativos en el funcionamiento del paciente.

En el capítulo anterior y al inicio de éste se hizo énfasis en que la terapia cognitivo-conductual en general, y ciertas estrategias en particular, se han puesto a prueba en la investigación derivando en resultados favorables. Pero, la investigación en psicoterapia no es una labor simple, pues está sujeta a cumplir con ciertos criterios metodológicos y estadísticos que sustenten la eficacia de los tratamientos. Es decir, en el contexto de investigación en psicoterapia, para poder extrapolar los elementos terapéuticos del contexto de investigación a un contexto en la práctica clínica, primero se debe asegurar que los tratamientos se han verificado de forma confiable. Contar con datos que sustenten la eficacia de las intervenciones es imprescindible -o debería ser- al momento de ofrecer servicios psicológicos al público, pues el público merece una atención eficaz y que le proporcione los beneficios que busca. Esto, es un compromiso ético que tiene el psicólogo con el usuario de sus servicios. De este modo, en el siguiente capítulo se explicarán las características necesarias para contar con investigaciones de las cuales se desprendan resultados válidos sobre la eficacia de los tratamientos.



5. INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS Y METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

5.1 Investigación de resultados

El término “investigación de resultados” proviene de la traducción de *outcome research*, que es un término empleado para referirse a la investigación sobre los resultados o efectos de los tratamientos psicológicos y los factores que afectan dichos resultados. En otras palabras, mediante la investigación de resultados se cuestiona si los datos encontrados en una investigación relacionados con el cambio de los participantes son un desenlace del tratamiento psicológico o no (Hernández-Guzmán, 2006b). La forma en que los datos se examinan y ponderan contribuye a las conclusiones que se formulan sobre el tratamiento (Kazdin, 2000).

Con el paso del tiempo, la forma de evaluar los efectos de los tratamientos ha cambiado, avanzando hacia paradigmas metodológicos cada vez más rigurosos. En un inicio la forma predominante de evaluar un tratamiento psicológico y sus efectos era a través del juicio clínico del investigador (Hernández-Guzmán, 2006b), que era la única base para decidir las necesidades del paciente, qué tratamiento requería, cuándo suspenderlo o modificarlo y, lo más importante, si el paciente había mejorado. En general, el método para analizar los efectos del tratamiento era cualitativo o narrativo, y las conclusiones dependían del juicio del clínico o investigador. En el pasado, se han realizado algunas reseñas narrativas para valorar los datos sobre psicoterapia infantil (Levitt, 1963) y de adultos (Eysenck, 1952). Para Kazdin (2000), la revisión de Levitt fue sumamente relevante, pues dio pie a la precisión de las preguntas que se debían hacer en la investigación de los resultados del tratamiento. La revisión narrativa de Levitt encontró el mismo porcentaje de mejoría (alrededor de 70%) entre los pacientes que recibieron psicoterapia y los que no. Por ende, se cuestionó si realmente la psicoterapia era efectiva y, con el paso del tiempo, se ha tratado de contestar también, qué tratamiento en específico es eficiente, para quién y bajo qué circunstancias.

En cambio, en la actualidad existen diseños experimentales, que se aplican cada vez de forma más sistemática en la investigación, cuyos criterios metodológicos son la

base que sustenta y valida los datos de la investigación. Ejemplos de estos diseños, los cuales se describirán más adelante, son los ensayos clínicos aleatorios y las líneas bases múltiples. Al mismo tiempo, la forma más común de interpretar los datos que se derivan de estas investigaciones es mediante métodos cuantitativos (estadísticos).

Goldfried y Wolfe (1998) han descrito la evolución de la investigación de resultados en psicoterapia desde 1950 a la fecha, y la han dividido en tres generaciones. En la primera generación, durante la década de los cincuenta, la pregunta esencial respecto a la psicoterapia era si ésta era efectiva al producir un cambio en la personalidad. Era un abordaje global del tratamiento, en el que no se hacían preguntas específicas respecto a la naturaleza el problema clínico ni al tipo de procedimientos terapéuticos que se instrumentaba.

La segunda generación, a partir de los sesenta, surgió paralelamente al progreso de la terapia conductual, por lo que la investigación de los resultados del tratamiento psicoterapéutico comenzó a comparar diferentes métodos diseñados para tratar problemas específicos (por ejemplo, las fobias). Fue durante esa época cuando se empezó a publicar los manuales de tratamiento. Comenzó, también, la preferencia por asignar aleatoriamente a los pacientes a diferentes condiciones experimentales, así como de otras precauciones metodológicas.

La tercera generación, la actual, comenzó aproximadamente en la década de los ochenta. Ésta se caracteriza por generar y basar las recomendaciones psicológicas y médicas en *tratamientos sustentados o validados empíricamente* (TSE). La generación actual de investigación en psicoterapia, ha tomado como base el modelo médico, el cual, busca garantizar la validez interna de las investigaciones de forma tal que los resultados se puedan interpretar sin ambigüedades. Los “ensayos clínicos aleatorios” son el método privilegiado para determinar la eficacia de los tratamientos dentro del modelo médico (Bryceland & Henderikus, 2005). En el ámbito psiquiátrico, dichos tratamientos son de índole farmacológico.

La razón por la cual la investigación psicológica adoptó el modelo médico obedece a razones económicas y políticas dentro de la ciencia y, más que a razones científicas *per se*. Por un lado, la división 12 de la Asociación Americana de Psicología

(APA), la Sociedad de Psicología Clínica, en 1993, reconoció abiertamente que la psicología clínica debía adoptar dicho modelo debido a que en el campo de la salud mental, en Estados Unidos al menos, el enfoque biológico de la psiquiatría era el más próspero. De forma que, resultaba imperante destacar la variedad de tratamientos psicosociales que son eficaces en el tratamiento de diversos trastornos (Chambless, et al., 1993). Y la forma de destacar las aportaciones de la psicología al campo de la salud mental fue generar un paralelismo en la metodología de investigación entre la investigación médico-psiquiátrica y la psicológica. En otras palabras, el adoptar el modelo médico en la investigación en psicoterapia no fue producto de metodologías deficientes en la psicología. Como se mencionó anteriormente, los ensayos clínicos aleatorios, desde la perspectiva del modelo médico, representan el mejor conducto para generar datos válidos debido a las cualidades metodológicas que entraña (la asignación aleatoria de los participantes a diversas condiciones experimentales y el doble ciego, principalmente). En la investigación psicológica, se tienen, en cambio, otras metodologías, como los diseños de línea base múltiple, que también permiten descartar variables alternas que puedan enmascarar los resultados de los estudios y que tienen su mayor fortaleza en la réplica entre sujetos del tratamiento. Sin embargo, este tipo de metodologías no son reconocidas, dentro del ámbito médico, como formas eficientes de control metodológico. Más adelante en este capítulo se describirán las posibles ventajas y desventajas de ambos diseños experimentales (ensayos clínicos aleatorios y líneas bases múltiples).

Por otro lado, la razón económica que favoreció este cambio tiene que ver con los seguros médicos. De cierto modo, la investigación en psicoterapia en varios países (Estados Unidos, principalmente, pero también Canadá, Gran Bretaña, Australia, Alemania, entre otros) se ha visto obligada a demostrar ante las compañías de seguros médicos que los tratamientos psicológicos son eficientes y que deben contemplarse dentro de las pólizas. Al parecer, la forma más fácil de lograr que los seguros médicos incluyan el tratamiento psicológico dentro de su cobertura es lograr una semejanza con los tratamientos médicos (Bryceland & Henderikus, 2005).

La asimilación del modelo médico en la investigación en psicoterapia ha sido tal que incluso algunos autores se refieren a ella como la “metáfora del medicamento” (Stiles & Shapiro, 1989). Parte de la metodología de investigación del modelo médico

incluye la administración de tratamientos estandarizados para trastornos en específico. En investigación de psicofármacos esta tarea es sencilla en tanto que significa un control de los medicamentos y su dosificación. Al trasladar este modelo a la investigación en psicoterapia la forma de estandarizar los tratamientos que se administran en la investigación fue a través de la creación de manuales de tratamiento y de la evaluación de la adherencia a estos.

5.1.1 Tratamientos Sustentados Empíricamente (TSE)

En 1993, la división 12 de la APA creó una subdivisión de *Promoción y Diseminación de Procedimientos Psicológicos* por iniciativa de David Barlow, el entonces presidente de esa división. El objetivo de la subdivisión era identificar tratamientos sustentados empíricamente (TSE) para trastornos psicológicos particulares y otros problemas identificados en la investigación del momento. Chambless y Hollon (1998) han definido dichos tratamientos como tratamientos que han probado ser eficaces a partir de investigaciones controladas en poblaciones con trastornos específicos. Al mismo tiempo, la subdivisión procedió a clasificar los tratamientos sustentados empíricamente en tres tipos: tratamientos eficazmente establecidos, tratamientos probablemente eficaces y tratamientos experimentales (Barlow, Levitt & Bufka, 1999).

Para identificar los tratamientos sustentados empíricamente, se analiza la investigación existente con respecto a un cierto tratamiento, tomando en cuenta los siguientes criterios (Chambless, et al., 1993; Chambless & Hollon, 1998):

1. El tratamiento en cuestión (1) se ha comparado con alguna de estas condiciones: sin tratamiento (control), tratamiento alternativo, o tratamiento placebo; (2) mediante alguno de los siguientes diseños: ensayo clínico aleatorio o diseño de un solo sujeto; y (3) el tratamiento en cuestión es estadísticamente superior o equivalente de manera significativa en comparación con las otras condiciones, estadísticamente, a un tratamiento establecido ya como eficaz, y que existe poder estadístico suficiente para detectar diferencias moderadas.
2. La investigación tiene que haber sido conducida con (1) manual de tratamiento o un equivalente; (2) delimitando claramente criterios de inclusión para la

- muestra; (3) empleando medidas confiables y válidas para valorar los resultados del tratamiento; y (4) llevando un análisis de datos apropiado.
3. Para que se designe un tratamiento como eficazmente establecido, su eficacia se debe comprobar en al menos dos escenarios de investigación independientes (con tamaño de muestra igual o superior a 3 para el diseño de un solo sujeto). En el caso de que existan datos conflictivos, se dará prioridad a los hallazgos derivados de los estudios más controlados metodológicamente.
 4. Para la designación de tratamientos probablemente eficaces, basta con la existencia de un estudio con las características anteriores que lo sustente. Si se toman en cuenta estudios en donde únicamente se esté comparando el tratamiento en cuestión contra un grupo control (lista de espera), se necesitan al menos dos investigaciones mostrando la superioridad del tratamiento psicológico, aunque sea por parte del mismo equipo de investigadores.

La División 12 de la APA ha propuesto los criterios anteriores, pero sus mismos miembros han reconocido que dichos criterios no constituyen una regla dorada para tomar una decisión sobre la eficacia de un tratamiento, y consideran que existen otros criterios también válidos. Del mismo modo, la División 12 enlista en sus informes diferentes tratamientos sustentados empíricamente, pero aclara que existen otros tratamientos eficaces que no se han incluido, en cuyo caso es posible suponer que los usuarios de la investigación están en condición de identificar por sus propios medios algún tratamiento sustentado empíricamente.

Si se observan los criterios anteriores a detalle, se aprecia que todos están orientados hacia una perspectiva de validez interna, es decir, se enumeran características que las investigaciones deben tener para tomar en cuenta sus resultados como creíbles. Consecuentemente, las listas de tratamientos que se generen a partir de dichos criterios se limitan a tratamientos eficaces, sin referirse a su efectividad. Aun así, varias intervenciones funcionan tanto en escenarios controlados como en ambientes no controlados (Barlow, Levitt & Bufka, 1999). De aquí en adelante es esperable que conforme se logren avances en la identificación de tratamiento eficaces se proceda también a considerar su efectividad.

La identificación de tratamiento sustentado empíricamente es sólo un aspecto del problema, otro se refiere a su divulgación fuera de los escenarios de investigación, lo que constituye otra tarea de la subdivisión de *Promoción y Disseminación de Procedimientos Psicológicos*. A pesar de la cantidad creciente de publicaciones sobre los TSE, los cambios en cuanto a su instrumentación han sido lentos. A partir de los noventa, se comenzó a avanzar en el tratamiento de la ansiedad. Como se detallará posteriormente, la gran mayoría de los avances se dieron bajo la luz de la aproximación cognitivo-conductual. Sin embargo, Goisman, Warshaw y Keller (1998) encontraron que entre 1991 y 1996, el uso de los tratamientos cognitivo-conductuales no había aumentado en comparación con otros tratamientos alternos, ello a pesar de que tanto el público como los profesionales estaban cada vez más conscientes de la eficiencia de la terapia cognitivo-conductual. Por si fuera poco, en el caso del tratamiento de los trastornos de ansiedad, se empleaban con menos frecuencia aquéllos sustentados empíricamente que los que no se habían validado (Goisman et al., 1998).

Aparentemente, algunos factores relacionados con la dificultad de instrumentar de manera más ágil los tratamientos sustentados empíricamente en la práctica clínica en escenarios comunitarios podrían caracterizarse como logísticos: la falta de financiamiento y la falta de acceso a los tratamientos psicosociales dentro del ámbito del cuidado controlado de la salud (es decir, clínicas, hospitales o instituciones comunitarias) (Goisman et al, 1998), así como la falta de entrenamiento de los psicólogos clínicos en relación a los tratamiento sustentado empíricamente, ya que el entrenamiento es limitado aún en los programas de postgrado en psicología (Barlow, Levitt & Bufka, 1999).

Por otro lado, los mitos que la comunidad clínica tiene sobre los tratamientos sustentados empíricamente también han sido obstáculos para su divulgación y su instrumentación. Los dos mitos más frecuentes dentro de la comunidad clínica son el de la comorbilidad y el de la dificultad de la generalización a la práctica clínica de los tratamientos sustentados empíricamente.

Con relación al mito de la comorbilidad, se cree que los tratamientos sustentados empíricamente son eficaces únicamente con individuos con un diagnóstico primario y ninguno secundario. En efecto, algunos de los estudios en los que se evalúan los

tratamientos, son muy selectivos en su muestra. Sin embargo, también se han encontrado datos de que a pesar de la presencia de más de un diagnóstico, los tratamientos sustentados empíricamente son eficaces (Brown, Antony & Barlow, 1995, en Barlow et al, 1999). Con respecto al segundo mito, se supone comúnmente que, debido a los criterios de inclusión y exclusión de las investigaciones, los resultados obtenidos de los participantes de dichas investigaciones variarán significativamente de los que fueron excluidos. También hay datos al respecto que contradicen esta creencia. Por citar un ejemplo, Juster, Heimberg y Engelberg (1995) sometieron a prueba un tratamiento de fobia social mediante un ensayo clínico aleatorio. En primera instancia se instrumentó el tratamiento en la muestra seleccionada, pero posteriormente se buscó a aquellos sujetos previamente excluidos o que se habían negado a participar en la investigación en un primer momento y también se les administró el tratamiento. Al comparar los resultados de ambas muestras, se encontraron beneficios clínicos comparables en ambas. Este mito se ha invalidado en otros estudios y mediante el uso de metodologías variadas (Shadish et al., 1997).

Ambos mitos tienen fundamento, esencialmente, en la crítica a los ensayos clínicos aleatorios, pues se argumenta que los hallazgos a partir de las muestras de esas investigaciones nos son generalizables a poblaciones clínicas. Sin embargo, en realidad, tal diseño no tiene en sí ninguna cualidad inherente que fuerce a los investigadores a escoger participantes sin comorbilidades, o que sean fáciles de tratar. De hecho, es posible emplear este mismo tipo de diseño con fines de investigación sobre la efectividad (o generalización) del tratamiento, según el tipo de muestra y las medidas que se incluyan (Kendall & Choudhury, 2003).

Con el objetivo de subsanar algunas de las creencias sin fundamentos por parte de los clínicos, ya se ha comenzado a desarrollar investigación clínica sobre los tratamientos sustentados empíricamente en escenarios comunitarios (Addis, Wade & Hatgis, en prensa). En cuanto al tratamiento de ansiedad se refiere, ya se han validado algunos tratamientos en escuelas (Barrett & Turner, 2001; Dadds, et al., 1997) y en centros comunitarios de salud mental (Wade, Treat & Stuart, 1998), lo cual significa que los tratamientos sustentados empíricamente son también eficaces en ambientes fuera de los espacios de investigación tradicionales.

Hasta hace poco, la falta de comunicación entre los ámbitos de investigación y de práctica clínica, fomentaban los mitos sobre los tratamientos sustentados empíricamente antes mencionados (Barlow, Levitt & Bufka, 1999). La razón de ello es que tradicionalmente, los investigadores en psicología clínica son quienes desarrollan y evalúan, de forma controlada, tratamientos específicos para trastornos identificables. En cambio, los clínicos que proveen servicios comunitarios, y que usualmente tienen preparación académica muy variable, frecuentemente confían en su experiencia clínica, y no en la investigación, para guiar su práctica. A pesar de que los investigadores hacen publicaciones, pocos psicólogos clínicos las leen y pocos de ellos tienen acceso a escenarios similares a aquéllos en donde se han realizado las investigaciones.

Sin embargo, nuevamente, la influencia de los seguros médicos ha fungido como catalizador para acelerar los cambios en la práctica clínica. Las compañías de seguros médicos buscan cubrir, total o parcialmente, sólo aquéllos tratamientos que sean más eficaces y que representen el menor costo. Los tratamientos psicosociales validados empíricamente satisfacen esta demanda, pues son más económicos que los tratamientos psicofarmacológicos y más breves (Vos, Corry, Haby, Carter & Andrews, 2005). Ante este panorama, no sólo psicólogos, sino psiquiatras han comenzado a incluir en sus servicios los tratamientos sustentados empíricamente de manera formal (por ejemplo, tomando entrenamientos formales o durante los estudios de postgrado). Aunque los cambios parecen estar surgiendo, aun quedan retos que resolver al respecto. Quizá el más importante es generar un sistema de entrenamiento formal para los profesionales de salud mental y facilitar el acceso a los mismos.

5.2 Validez Interna vs. Validez externa/ Eficacia vs. Efectividad

Dos términos que se usan cada vez más diferenciadamente en la investigación en psicoterapia son *eficacia* y *efectividad*. La eficacia del tratamiento se demuestra a partir de investigaciones controladas en las que pueda concluirse justificadamente que los beneficios resultantes son efecto del tratamiento, y no del azar o del efecto de variables no controladas como el paso del tiempo, los efectos de las evaluaciones, etc. El término no involucra que el tratamiento pueda funcionar de igual manera en escenarios comunitarios u otros escenarios sin el mismo control metodológico con que contó la

investigación sobre eficacia. El diseño aceptado, pero no exclusivo, para demostrar la eficacia de un tratamiento es el ensayo clínico aleatorio. Por su parte, el concepto de efectividad se refiere a la posible utilidad de un tratamiento en un escenario clínico o comunitario, es decir, su transportabilidad o generalización a dichos escenarios (Kendall & Choudhury, 2003).

Paralelamente a los términos de eficacia y efectividad, se emplean los términos de validez interna y validez externa, que son conceptos usados en la investigación en general, no sólo de psicoterapia. La validez interna en una investigación, al igual que la eficacia, se refiere a la seguridad con la que sea posible atribuir los cambios observados en los participantes a la manipulación de la variable independiente (el tratamiento, por ejemplo), gracias a una metodología controlada. La validez externa, por su parte, se refiere a la capacidad para generalizar los datos de un estudio a situaciones reales o naturales (Chorpita, Barlow, Albano & Daleiden, 1998).

En los diseños grupales, la validez externa es importante sobretodo cuando la investigación tiene alguno o varios de los siguientes propósitos (Mook, 1983):

1. Estimar las características de una población a partir de las características de la muestra.
2. Conocer si se puede hacer que cualquiera o varios participantes logre algo en específico.
3. Predecir lo que pasará en un escenario natural particular. Y cuando es éste el caso, definir si es necesario que el escenario de investigación sea representativo de toda una clase de escenarios, o bien solo un miembro de dicha clase, en el cual se pueden capturar los procesos que deben operar en el resto de los escenarios. Es decir, responder si el escenario de investigación conserva los procesos de interés, y si hay diferencias, saber si éstas restringen o debilitan las conclusiones que se deriven del estudio.

Desde el punto de vista de algunos investigadores, los ensayos clínicos aleatorios pueden comprometer la validez externa de los hallazgos de investigación. Por ello, algunos autores sugieren que otros diseños cuasi-experimentales o no experimentales, puedan ayudar en la tarea de facilitar la validez externa de la investigación en

psicoterapia. Por ejemplo, Seligman (1995) ha señalado que los estudios concentrados únicamente en la eficacia del tratamiento pueden dejar de lado variables importantes que forman parte de la práctica clínica común y que sería recomendable incluir en la investigación, por ejemplo: 1) la duración del tratamiento no está predeterminado o no se establece rígidamente; 2) la habilidad o posibilidad de que el terapeuta adapte el manual de tratamiento al paciente en lugar de una adherencia total a éste; 3) la opción por parte del paciente a elegir el tipo de tratamiento en lugar de que se le asigne aleatoriamente a una condición; y 4) evaluar el funcionamiento global del paciente y no sólo su sintomatología.

Aún así, el que muchos de los estudios no incluyan variables como las propuestas por Seligman y, por ende, tengan validez externa limitada, no quiere decir que la razón de ello sea el emplear un diseño de ensayos clínico aleatorio. En realidad, se puede recurrir a dicho tipo de diseño para evaluar tanto la eficacia y efectividad de un tratamiento, al considerar variables como las mencionadas por Seligman, y llevar a cabo la investigación en escenarios clínicos o comunitarios, de forma tal que se maximicen tanto la validez interna, como la externa (Chambless & Hollon, 1998).

Por otro lado, otros diseños, como los diseños de un solo sujeto, son otra opción metodológica sofisticada que permite asegurar tanto la validez interna de un estudio como la externa. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el modelo médico tiende a ignorar estos diseños. La validez de las intervenciones evaluadas bajo esta metodología depende de la réplica entre-sujetos del tratamiento (Sidman, 1960). Dentro de este contexto la réplica se refiere a administrar el mismo tratamiento a más de un paciente. Cuando se logran los mismos resultados en diferentes sujetos se pueden generar inferencias causales respecto al tratamiento y los efectos del mismo. En este caso, a diferencia de las réplicas de los estudios con diseños grupales (las cuáles deben ser repeticiones lo más parecidas posibles al estudio original), se pueden hacer modificaciones relacionadas con la variable independiente (tratamiento) como el escenario o los materiales empleados, para confirmar la validez externa del estudio, es decir, demostrar la generalización de los resultados a otras condiciones. Con respecto a la validez interna, mediante las réplicas entre sujetos se reduce la posibilidad de que los resultados obtenidos se deban a otra variable que no sea la independiente.

Lo que debe quedar claro es que la validez externa se garantiza de forma diferente en los estudios dependiente del tipo de diseño que empleen. Por un lado, los diseños grupales requieren que el tratamiento se administre en escenarios y a participantes representativos, para que a partir de ellos se puedan hacer generalizaciones a ciertas poblaciones. En cambio, en los diseños de un solo sujeto, las réplicas cobran relevancia por la unicidad de los casos con los que se cuenta, y a pesar de las cuales el tratamiento surte efectos similares.

Finalmente, Mook (1983) hace una precisión interesante al respecto de la discusión sobre la importancia de la validez externa e interna de la investigación en psicología. Enfatiza la diferencia entre la generalización de hallazgos en términos de datos, por un lado, y en términos de conclusiones teóricas, por el otro. Entender los procesos que están teniendo lugar en el estudio es tan importante como los datos propiamente. La comprensión que se tenga sobre los procesos, podría tener validez externa aunque los datos no la tuviesen. A pesar de que algunos estudios carecen de validez externa, pues se han conducido en laboratorios con diseños muy controlados, el hecho de descubrir lo que puede pasar en ese escenario, también contribuye a la modificación de teorías, sobre todo en términos de los procesos. Por otro lado, al tratarse de diseños entre grupos, Mook cree que es un error común pensar que para generalizar los hallazgos de una investigación a la vida real, el escenario de investigación deba ser lo más parecido posible a los escenarios naturales. En cambio, Mook sugiere que si un escenario de investigación es muy diferente al natural, entonces conviene evaluar cuáles son las diferencias sustanciales entre ambos y contemplar los posibles efectos de cada una de ellas sobre los resultados. Esto se debe tomar en cuenta sobre todo cuando se intenta reproducir los resultados en escenarios aplicados como escuelas o servicios comunitarios. Por último, si un cierto fenómeno ocurre en un escenario de investigación, se puede intentar que los escenarios naturales mimeticen en lo posible al laboratorio, y no al contrario.

5.3 Metodología de Investigación

5.3.1 Diseños experimentales

Siguiendo con la línea de investigación de resultados en psicoterapia derivada del enfoque médico, existen dos tipos generales de diseños experimentales que ayudan en la tarea sobre la investigación de la eficacia de los tratamientos psicológicos: diseños de un solo sujeto y diseños grupales.

Diseños de un solo sujeto

La esencia de estos diseños es que se observa un sujeto a través de mediciones continuas. Cuando se pretende hacer inferencias sobre la eficacia de un tratamiento a partir de diseños de un solo sujeto, existen algunas consideraciones especiales. En primer lugar, para poder determinar si el tratamiento ha cambiado el problema blanco, es necesario establecer una línea-base (LB), la cual siempre es previa al tratamiento, en la que se midan aspectos clave del problema. De esta manera se tiene un punto de comparación para la condición que se esté evaluando. Si se observan mejoras durante este periodo de LB se deben considerar posibles factores que las propicien, como el recibir atención o las expectativas del individuo. Si es así, el tratamiento no debe comenzar hasta que la medición de la LB esté estable o muestre deterioro en por lo menos tres momentos consecutivos de medición. En otras palabras, si existe mucha variabilidad en las medidas durante la LB, entonces se requiere que ésta se prolonguen (Chambless & Hollon, 1998).

Se puede recurrir a alguno de los siguientes subtipos (existen otros diseños, pero a continuación sólo se presentan los más comunes):

- **Diseño ABAB.** En este diseño se comienza con una LB (A), después se inicia el tratamiento (B) y después éste se suspende (A), mientras se continúa con las mediciones. Finalmente, se vuelve a iniciar el tratamiento (B). Mediante este diseño, se puede controlar alguna de las variables extrañas que no permitan una conclusión sólida con respecto a la eficacia del tratamiento. Si se presentan

tendencias de cambio similares en los periodos durante los cuales se proporcionó el tratamiento (B), es más factible inferir que los cambios son causados por éste. Entonces sería esperable algún tipo de recaída o de no mejoramiento durante los periodos de LB (A).

- **Diseño línea-base múltiple de sujetos.** En este caso sólo se cuenta con una sola LB al inicio antes del tratamiento, pero para confirmar los efectos del tratamiento, éste se aplica a varios sujetos (réplica entre sujetos). Se recomienda que se incluyan al menos 3 participantes en dichos diseños. Al evaluar 3 casos se están haciendo réplicas que ayudan a interpretar los resultados, pues mediante estas réplicas se pueden verificar tendencias similares entre los sujetos, y descalificar explicaciones alternativas como una mejoría debida al paso del tiempo.

En cualquiera de los casos anteriores, hacer mediciones periódicas tanto en la fase de LB como durante el tratamiento es esencial, pues esas mediciones proporcionarán los datos que ayudan a definir objetivamente los efectos del tratamiento. El método más común para valorar los resultados de estos diseños es mediante inspección visual, que básicamente consiste en identificar tendencias en las gráficas que contienen los datos de las mediciones. En estos casos los investigadores deben ser muy cuidadosos para no sesgar sus interpretaciones sobre la eficacia del tratamiento. Actualmente, se están desarrollando ciertos procedimientos estadísticos para ayudar en esta labor, pero para que se puedan aplicar se necesita contar con muchos puntos de mediciones (Chambless & Hollon, 1998).

Diseños Grupales

A diferencia de los anteriores, estos diseños se hacen con grupos de participantes que se someten a una o varias condiciones. Una modalidad especial, y que se ha mencionado anteriormente en este capítulo, corresponde al ensayo clínico aleatorio (ECA). La característica esencial de este diseño experimental es que los participantes de la investigación se asignaron aleatoriamente a una de dos o más condiciones experimentales. Este tipo de diseño se importó de la investigación en medicina, en donde los participantes se asignan aleatoriamente para que tomen algún tipo de

medicamento o un placebo. Del mismo modo que con los diseños de un solo sujeto, hay varios diseños grupales posibles en la investigación en psicoterapia. Nuevamente, se mencionarán aquéllos a los que se recurren más frecuentemente (basado en Chambless & Hollon, 1998):

- **Antes-Después.** En este diseño los participantes se asignan a una lista de espera. Se les hacen mediciones antes y después de la misma. Después se les asigna al tratamiento y después del mismo se vuelve a medir. Aquí no hay asignación aleatoria pues todos pasan por el mismo proceso. Se comparan los datos de las mediciones en los tres momentos (antes de la lista de espera o LB, pretratamiento y postratamiento).
- **Comparación contra control/lista de espera/no tratamiento.** En este caso, sí puede haber lugar para la asignación aleatoria, ya sea a un tratamiento, o a la condición control, que comúnmente es la lista de espera. A partir de un diseño como éste únicamente se pueden obtener datos sobre la superioridad de un tratamiento en comparación con no recibirlo, pero no se puede saber si el tratamiento es mejor que otros, o si la simple relación terapéutica, independientemente de las técnicas de tratamiento, es la que está causando los cambios -en el caso en que los hubiere-.
- **Comparación contra un tratamiento alternativo o contra un placebo.** En estos casos también se puede asignar aleatoriamente a los participantes a una de varias condiciones. Primero estaría la condición del tratamiento que se desea evaluar. Después, puede haber otro u otros tratamientos (ya sean psicosociales o farmacológicos) contra los cuales comparar, y también se podría incluir una condición de lista de espera. El tratamiento contra el cual se compara, puede tratarse de un tratamiento eficiente, o bien ser un "placebo", es decir algún tipo de sesión que parezca ser de tratamiento, aunque realmente no esté encausada a ello. Mediante este tipo de investigaciones, se pueden obtener más precisiones sobre los mecanismos de acción del tratamiento y refinar modelos teóricos, pues se pueden descartar variables terapéuticas no específicas del tratamiento en cuestión como posibles causantes de los cambios.
- **La combinación de tratamientos involucra comparar un tratamiento contra una parte específica del mismo, o contra el mismo tratamiento con alguna modificación o añadidura.** Por ejemplo, se puede comparar un tratamiento

cognitivo-conductual compuesto por varias estrategias, contra una sola de las mismas (por ejemplo, exposición). O bien, se puede comparar una terapia cognitivo conductual, contra una condición de la misma terapia más tratamiento psicofarmacológico. Este diseño es aún más específico que el anterior, pues permite hacer conjeturas sobre componentes específicos del tratamiento más eficientes que otros, o la forma en que se puede maximizar el tratamiento al combinarlo con otros.

5.3.2 Características de la investigación

A continuación se describen algunos aspectos metodológicos importantes que deben incluir las investigaciones en psicoterapia, y las publicaciones de las mismas, con el fin de contar con parámetros suficientes que permitan hacer inferencias sobre la validez tanto interna como externa de la misma.

Muestra

La investigación debe especificar la población para la cual el tratamiento se diseñó y evaluó, al menos en cuanto a variables demográficas y clínicas. Es común que se describa la muestra en términos de criterios diagnósticos. Al hacer esto se tiene el beneficio de que se pueden vincular los resultados de esta investigación con el resto de la literatura sobre psicopatología basada en las mismas categorías diagnósticas. Cuando se recurre a esa opción, es recomendable que los investigadores establezcan los diagnósticos a partir de entrevistas estructuradas y que demuestren que se aplicaron y calificaron confiablemente. Otro modo de describir la muestra en términos clínicos es con base en puntos de corte de ciertas pruebas psicológicas.

El incluir una descripción con los aspectos más relevantes de la población (datos socio-demográficos; datos clínicos sobre gravedad de síntomas y comorbilidades), así como los criterios de inclusión y exclusión, son guías importantes para determinar el grado en el que los datos obtenidos son generalizables a cierta población.

Medidas para evaluar los efectos del tratamiento

Debido a que el objetivo principal de la evaluación de tratamientos es saber si éstos son eficaces, los instrumentos o mediciones que se empleen para evaluar las dimensiones más significativas del problema deben ser confiables y válidos. Además, es deseable que se incluya varias formas de medición, no sólo auto-informes de los participantes, y que se cuente con multi-informantes. En la selección de instrumentos de medición también es recomendable evaluar no sólo los síntomas, sino también el funcionamiento global y calidad de vida de los participantes, e incluso otras variables como funcionamiento familiar (Seligman, 1995).

Adherencia al manual de tratamiento

En los últimos 20 años se han hecho muchos avances metodológicos. Tal vez, uno de los más importantes es el desarrollo de manuales de tratamiento. En teoría, dichos manuales han hecho que la instrumentación de las terapias sea más pura. Hacen posible que las técnicas y las intervenciones que conforman un tratamiento se apliquen más consistentemente, y que, al mismo tiempo, se evite incurrir en el uso de otras técnicas que son únicas de otros tratamientos.

Es sumamente importante que al investigar la eficacia de un tratamiento, los investigadores garanticen la integridad del tratamiento, la cual permita saber si la variable independiente de interés (el tratamiento) se ha manipulado correctamente. Una instrumentación exitosa del tratamiento se logra en la medida en la que el terapeuta se adhiera al manual de tratamiento durante la terapia y que realice las intervenciones de manera competente. Es decir, la integridad del tratamiento incluye tanto la evaluación de la *adherencia* como de la *competencia* del terapeuta en el tratamiento en particular (Kazdin, 2000; Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993).

La adherencia al manual de tratamiento se refiere a qué tanto el terapeuta administra las intervenciones y aproximaciones prescritas en el manual de tratamiento y qué tanto evita los procedimientos proscritos. La competencia, por otra parte, se refiere al nivel de habilidad mostrada por el terapeuta cuando administra la intervención, ¿qué tan bien lo hace? Se debe tomar en cuenta el contexto en el que se

lleva a cabo la intervención, y cómo el terapeuta responde a las variables contextuales - como son: variables de los participantes o clientes, el grado de disfuncionalidad, los problemas particulares del cliente o participante, el estilo de vida del mismo, y la etapa del tratamiento-, ya que es apropiado aplicar ciertas estrategias y no otras, dependiendo de la etapa en la que se encuentra el tratamiento. Algunas veces, la ausencia de efectos del tratamiento, podría estar enmascarado por la falta de competencia del terapeuta. Así, la competencia presupone adherencia, pero la adherencia no implica necesariamente competencia (Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993).

Hasta el momento, la evaluación de la integridad de los tratamientos no es una práctica estandarizada. A pesar de que se han desarrollado medidas de adherencia y competencia, dichas medidas son muy diferentes de investigación a investigación. Por ejemplo, el grado de complejidad y la especificidad del constructo que se evalúa son muy diferentes y, por ende, también el grado de experiencia necesaria para llevar a cabo la evaluación (Chambless & Hollon, 1998).

En la actualidad, las medidas de adherencia se hacen mediante diversas fuentes como notas, transcripciones, videos o audiograbaciones. Esto puede influir en las puntuaciones que se hagan, por lo que los materiales que contengan la mayor cantidad de información, como las videograbaciones, son preferibles.

Algunos métodos para evaluar la adherencia y competencia del terapeuta son los siguientes:

1. Listas de ocurrencia o no ocurrencia de estrategias o técnicas que son prescritas y proscritas en el manual o protocolo de tratamiento.
2. Puntajes de frecuencia que, además de dar a conocer qué estrategias se implementan y cuáles no, permiten conocer qué tanto suceden.
3. Evaluación de la competencia basada en la formulación del caso, es decir, qué tan apropiadas son las intervenciones dado el caso particular.
4. Detección y calificación de la intensidad o frecuencia de indicadores negativos como no hacer las intervenciones necesarias, usar técnicas terapéuticas inflexiblemente, falta de respeto al paciente, etc.

5. Registrar el uso de técnicas no específicas al tratamiento.

Waltz, Addis, Koerner y Jacobson (1993) hacen las siguientes sugerencias para la evaluación de la adherencia y competencia:

1. La competencia debe ser definida en relación con el manual que se esté usando.
2. Cuando el objetivo de la investigación es determinar si dos tratamientos son distintos, la medición de adherencia es suficiente. Un cuestionario de presencia o ausencia de técnicas y estrategias puede proporcionar la información necesaria para hacer tal determinación.
3. Cuatro tipos de reactivos son esenciales para detectar tal distinción entre tratamientos:
 - a. Conductas o estrategias del terapeuta únicas y esenciales para la modalidad del tratamiento en particular.
 - b. Conductas o estrategias esenciales para el tratamiento, pero que no son exclusivas de éste.
 - c. Conductas compatibles con la modalidad que se está evaluando, pero no necesarias ni exclusivas de ésta.
 - d. Conductas o estrategias proscritas dentro de ese tratamiento.

Cuando se comparan dos o más tratamientos es relevante conocer qué tanto las técnicas de unos y otros, o bien, las conductas del terapeuta en la intervención, se empalman pues este empalme podría predecir mejor los resultados de los tratamientos. Si no se conoce qué tanto se sobrepone un tratamiento con otro, y las evaluaciones del tratamiento se enfocan únicamente a las diferencias entre los tratamientos, se crearía la ilusión de una diferencia entre los tratamientos, cuando en realidad habría más similitudes que diferencias.

4. Evaluar la competencia en relación con las siguientes variables: etapa del tratamiento, la dificultad del paciente y los problemas que éste presenta.

Al mismo tiempo, llevar a cabo las recomendaciones anteriores, requiere que los evaluadores estén capacitados adecuadamente. De preferencia, deben ser independientes al laboratorio que lleva a cabo el estudio, para evitar sesgos en sus calificaciones. También se debe tomar en cuenta si la intervención se conduce de

manera inapropiada de forma constante por varios terapeutas, lo que se puede deber a que la intervención no se ha descrito adecuadamente en el manual.

A manera de conclusión, es importante conocer si el tratamiento se implementó adecuadamente en la investigación, ya que en un momento dado puede ocurrir que una intervención no resulte eficaz, no debido a la intervención misma, sino debido a que no se entrenó o supervisó a los terapeutas debidamente.

Seguimientos

Los seguimientos se llevan a cabo con el objetivo de saber si los efectos del tratamiento son duraderos, si con el paso del tiempo se desencadenan otros efectos que no habían aparecido, o bien, si disminuyen o desaparecen. En comparación con los tratamientos psicofarmacológicos, desde hace tiempo se han reunido datos que indican una ventaja de los tratamientos psicosociales en cuanto a sus efectos a largo plazo, lo cual es cierto al menos para la terapia cognitivo-conductual. Posibles explicaciones al respecto son que la terapia compensa o remedia factores de riesgo, o bien, que enseña a los individuos habilidades que les permiten afrontar mejor dichos factores sin depender de los medicamentos.

Las mediciones que se hacen para los seguimientos son difíciles de llevar a cabo y los datos que se obtienen son difíciles de interpretar. No es posible controlar muchas variables importantes entre el momento en que culminó el estudio y el momento en que se hace el seguimiento, las cuales posiblemente afecten los resultados, por ejemplo si los participantes buscan otros tratamientos después del que se les ha proporcionado en la investigación. Para facilitar la tarea, es recomendable hacer mediciones más o menos periódicamente, y conservar el mayor porcentaje de participantes de la muestra original para obtener datos. El llevar a cabo seguimientos no es un aspecto obligatorio en la investigación en psicoterapia, pero sin duda es valioso y ayuda a comprender mejor los mecanismos de acción del tratamiento a lo largo del tiempo.

5.3.3 Meta-análisis

Los meta-análisis son estudios integrativos en los que se reúnen los datos de varias investigaciones con el fin de hacer conclusiones más comprehensivas y representativas. Descritos en otras palabras, los meta-análisis son revisiones en las que se codifica y combina sistemática y cuantitativamente diversos estudios (Kazdin, 2000). La forma más común de evaluar la literatura de investigación con los meta-análisis es computando los tamaños de efecto, los cuales son medidas comunes entre investigaciones. En los estudios individuales, se calcula un tamaño de efecto para cada medida aplicada en relación con las diferentes condiciones experimentales. En los meta-análisis en cambio, se hace un promedio del tamaño de efecto para cada investigación que se incluya. Estos estudios son muy útiles, pues ayudan a interpretar datos aparentemente contradictorios e incluir los datos de estudios que por sí solos no contaron con suficiente poder estadístico para derivar conclusiones confiables. Otras ventajas que ofrecen estas revisiones son que utilizan procedimiento replicables y siguen reglas de decisión explícitas.

Schmidt (1996) considera que la elaboración más o menos reciente de meta-análisis es muy importante pues, ha ayudado a demostrar cómo el basarse únicamente en la significancia estadística de estudios individuales ha retrasado el arribo a conclusiones teóricas importantes. La significancia estadística a lo largo de distintos estudios, puede provocar una aparente contradicción y conflicto al interior de la literatura de investigación. Cuando esto sucede, los investigadores concluyen que es necesaria más investigación sobre los posibles moderadores que han causado dichos resultados. En cambio, mediante los meta-análisis las aparentes contradicciones pueden quedar resueltas.

5.4 Controversias estadísticas y problemas con la interpretación de datos en la investigación de psicoterapia

Un control metodológico adecuado sienta las bases para proceder a analizar estadísticamente los datos que se coleccionan. Al igual que el rigor metodológico, el análisis estadístico tiene sus propias exigencias y controversias. A continuación se

explican los aspectos estadísticos más importantes para el análisis de datos en la investigación.

5.4.1 Aleatorización

Escoger aleatoriamente las muestras o asignar aleatoriamente los participantes de una muestra a las diferentes condiciones experimentales (aleatorización), son las dos estrategias más populares para intentar conseguir formar grupos equivalentes en la investigación psicológica en general, y en los estudios sobre la eficacia de la psicoterapia en particular. La característica más atractiva de estos procedimientos es que, a partir de ellos, se pueden equilibrar grupos con respecto a diversas variables extrañas sin la necesidad de que el investigador sepa cuántas y cuáles son dichas variables, o cómo se relacionan esas variables con la variable independiente de la investigación. Al equilibrar dichas variables entre grupos, se incrementa la validez interna del estudio.

Lograr la equivalencia entre los diferentes grupos de una muestra a partir de esas estrategias es una cuestión probabilística, por lo que tal vez no funcione con muestras pequeñas. Además, entre más variables extrañas existan, habrá mayor probabilidad de que los grupos difieran, por lo que se necesita una muestra más o menos grande para lograr equilibrar la presencia de dichas variables (Hsu, 1989).

La consecuencia más grande de contar con grupos no equivalentes es un sesgo en el cálculo de la eficacia relativa de los efectos del tratamiento. Es decir, la diferencia en los efectos de los tratamientos (o del tratamiento en comparación con el grupo control) en las variables dependientes puede ser sub o sobre-estimada. De esta manera, el grupo control podría resultar con medias aritméticas superiores en los resultados en relación al grupo experimental, o viceversa. Quienes usan muestras pequeñas podrían errar al considerar las diferencias significativas que se encuentren como un índice válido sobre la eficacia de un tratamiento, aunque los resultados no sean certeros en tanto que los grupos experimentales sean diferentes. Por otro lado, si no se obtuvieran diferencias significativas y se contara con una muestra pequeña, entonces se consideraría que dicha

ausencia de diferencias podría deberse a errores de aleatorización y no al tratamiento (Hsu, 1989).

En términos de números, una muestra de 40 participantes por grupo o condición experimental, se considera suficientemente grande para que el método de aleatorización surta efectos para equilibrar grupos. En muestras de tamaño moderado (20 a 40) el procedimiento funciona aceptablemente bien siempre y cuando el número de variables extrañas sea pequeño. En la actualidad, se aceptan muestras con 20 participantes por condición en los estudios que evalúan los resultados de las psicoterapias.

5.4.2 Significancia estadística, poder estadístico y tamaño de efecto

Existen ciertos indicadores estadísticos que ayudan a determinar si los datos encontrados son confiables o si reflejan “la realidad” (al menos de la muestra en particular de la que se trate) de los sucesos que se miden. En concreto, los análisis de poder estadístico implican la relación entre cuatro variables involucradas en la inferencia estadística: el tamaño de la muestra (N); el criterio de significancia (α); el poder estadístico; y tamaño del efecto (TE). Ya antes se habló sobre el tamaño de muestra sugerido para contar con análisis estadísticos confiables que permitan hacer inferencias. A continuación se tratan los tres indicadores restantes de manera general.

En primer lugar, la significancia estadística es un indicador de confiabilidad que informa si los datos encontrados son tales debido a la manipulación de la variable independiente, y no por efectos del azar, sesgos en el estudio o el efecto de otras variables no controladas. Al mismo tiempo, la significancia estadística de los datos depende de un criterio de confiabilidad ($1 - \alpha$) para evitar el error Tipo I, también llamado error tipo alfa, el cual consiste en rechazar equivocadamente la hipótesis nula. O dicho en otras palabras, el error en concluir que existe una relación o un efecto cuando en realidad no lo hay. Alfa es la probabilidad de que ocurra este error, por lo tanto, siempre se busca que alfa tenga el menor valor posible. Entre más pequeña sea la probabilidad de error Tipo I -y por ende, más alto el criterio para determinar la significancia estadística-, el estudio es más confiable estadísticamente hablando, pues es más conservador al aceptar las diferencias que se encuentren (Cohen, 1992).

En segundo lugar, el poder estadístico ($1 - \beta$) es una prueba de significancia de probabilidad a largo plazo de rechazar una hipótesis nula falsa. De manera complementaria al criterio de significancia (α), β es la probabilidad de cometer un error Tipo II. El error Tipo II -opuesto al error Tipo I- consiste en equivocarse al concluir que no hay relación, efecto, o diferencia entre grupos cuando en realidad sí hay. Es decir, no se rechaza una hipótesis nula que es falsa. Por convención, los poderes más aceptados son de .80 o más, es decir, usan una beta de .20 o menos, la cual indica una probabilidad de 20% o menos de cometer un error Tipo II (Cohen, 1992).

En tercer lugar, el tamaño del efecto indica el grado en el que la hipótesis nula es falsa y es resultado de la diferencia entre la hipótesis nula y la hipótesis alterna. En otras palabras, es una magnitud de la diferencia entre dos condiciones o grupos, y se expresa en unidades de desviación estándar (Kazdin, 2000). Para cada prueba estadística de hipótesis varía la forma de obtener el índice del tamaño del efecto y en las investigaciones se suele calcular un tamaño de efecto para cada variable medida.

En términos de análisis estadísticos, el tamaño del efecto es una magnitud de un efecto de una relación entre variables. Es diferente a la significancia estadística en tanto que ésta última se refiere a qué tanto una diferencia obtenida se debió al azar.

Los cuatro indicadores (N , α , tamaño de efecto y poder estadístico) están interrelacionados, de modo que para determinar cualquiera de ellos, se debe partir del valor establecido de los otros tres. Por ejemplo, el poder estadístico se puede determinar para una α , una N y un tamaño de efecto específicos. Sin embargo, cuando se planea una investigación, suele ser más común ajustar el tamaño de la muestra para lograr un poder y una α determinados previamente (Cohen, 1992).

Actualmente, en la investigación en psicoterapia, la significancia estadística es un criterio popular para decidir si el tratamiento surtió cierto efecto o no. Sin embargo, hay quienes se oponen en darle tal privilegio a las pruebas de significancia estadística y surgieren, en cambio, atender al tamaño del efecto, incluido inusualmente dentro de los resultados de investigación, para tener una mejor perspectiva de los cambios que ocurran a raíz del tratamiento.

Un investigador que ha seguido esta línea de pensamiento es F. Schmidt, quien señala que basarse en las pruebas de significancia estadística para el análisis e interpretación de los datos de investigación ha retrasado sistemáticamente el crecimiento del conocimiento acumulativo en psicología. Según Schmidt (1996), los estadísticos apropiados con esos fines en estudios individuales son el tamaño de efecto y los intervalos de confianza. Además, para analizar los datos de un conjunto de estudios, deben emplearse meta-análisis.

En defensa de su posición, Schmidt agrega que en el caso de que no se encuentren resultados estadísticamente significativos, muchos investigadores creen que mucho del problema reside en la falta de poder estadístico en sus análisis. Por tanto, creen que si se aumenta el tamaño de muestra lo suficiente como para conseguir un poder estadístico "adecuado" para el tamaño de efecto esperado y con el alfa deseada, entonces se resolverá el problema. Al parecer, esta preocupación (por conseguir el tamaño de efecto y un alfa adecuados) conduce únicamente a resultados estadísticamente significativos y a disminuir la probabilidad de Tipo I. Sin embargo, contar con un poder estadístico adecuado es importante por sí mismo, pues es una medida de controlar los errores Tipo II, por lo que alguna vez puede favorecerse el poder estadístico aunque se tenga que disminuir el criterio de significancia. Es decir, en vez de buscar un poder estadístico grande, al aumentar el tamaño de muestra y conservar un criterio de significancia elevado, se puede ser más flexible y fijar criterios de significancia más o menos conservadores sin necesidad de recurrir a muestras más grandes. Schmidt considera que en la investigación en psicoterapia puede ser más perjudicial cometer un error Tipo II, es decir, rechazar un tratamiento que aparentemente no surte los efectos deseados -cuando en realidad sí puede ser eficiente- porque se le da prioridad a un criterio de significancia conservador.

Schmidt (1996) señala también que aún los estudios con poco poder estadístico, debido principalmente a un tamaño de muestra pequeño, son valiosos pues cuando se agregan a un meta-análisis esa debilidad se compensa. Como se había mencionado anteriormente, en un meta-análisis los indicadores más importantes para conocer el cambio que produce un tratamiento son el tamaño de efecto y los intervalos de confianza. Éstos permiten inferir qué tratamiento es superior a otro, en el caso de que

se estén comparando dos o más. Ya antes algunos autores habían señalado la importancia de dichos indicadores. Cohen y Hyman (1979) indican que aún cuando no se encuentren diferencias estadísticamente significativas, la magnitud o dirección de los efectos es, muchas veces, más significativa. Argumentan que es un error encontrar un tamaño del efecto mayor al esperado, y rechazar diferencias porque no son significativas estadísticamente.

Finalmente, Schmidt (1996) propone algunas creencias falsas que podrían contribuir a que los investigadores sigan usando pruebas de significancia estadística:

1. El nivel de significancia estadística indica la probabilidad de que los resultados se repliquen en otros estudios. Sin embargo, el que indica la probabilidad de réplica es el poder del estudio.
2. El nivel de significancia estadística proporciona un indicador de la importancia o el tamaño de las diferencias, relaciones o efectos encontrados. Pero, en realidad tal indicador es el tamaño del efecto.
3. Cuando no se encuentran efectos o diferencias estadísticamente significativos, entonces su valor es cero, o al menos tan cercana a cero, que se puede considerar como inexistente. Es decir, se confunde "no rechazar" la hipótesis nula con aceptarla.

Para resumir este apartado se puede decir que las pruebas de significancia estadística actualmente ocupan una posición preponderante en la investigación en psicoterapia, y si bien ofrecen cierta certeza sobre la exactitud de los datos encontrados, también pueden obstaculizar la condensación de conocimientos. Por otro lado, existen otros indicadores estadísticos (poder estadístico, tamaño de efecto) que hasta el momento se han desatendido, pero que proporcionan información importante sobre las tendencias y magnitud de los cambios. En particular, el poder estadístico sería útil para decidir sobre la eficacia de un tratamiento. Para contar con un poder estadístico adecuado suele optarse por aumentar el tamaño de muestra, en vez de ser más flexibles en cambiar otros índices involucrados en el poder estadístico, como es el criterio de significancia (alfa), pues se prefiere, tal vez sin razón suficiente, contar con una significancia conservadora y una muestra grande, en lugar de una muestra más reducida con un alfa menos conservadora. En pocas palabras, algunos investigadores

consideran que el análisis de datos debe cambiar y comprender otros índices que permitan un avance teórico y aplicado más ágil.

5.4.3 Significancia clínica

Teóricamente, se pueden encontrar datos estadísticamente significativos pero sin ser de la magnitud suficiente para ser de valor clínico, en especial si el tamaño de la muestra es grande. De modo que, los resultados estadísticamente significativos pueden decir poco respecto al cambio que los participantes experimentan desde el punto de vista clínico. Ante esta problemática, surgió en la investigación de resultados en psicoterapia un concepto denominado *significancia clínica* o *cambios clínicamente significativos*, que ayuda a distinguir entre un cambio simplemente estadístico y un cambio clínico. Ahora bien, definir qué es un cambio clínicamente significativo no es un consenso que se haya logrado totalmente, pues existen diferentes criterios para definirlo. Sin embargo, la definición más popular es la propuesta por Jacobson, Follete y Revenstorff (1984) para quienes los tratamientos que producen cambios clínicamente significativos son aquellos que logran que los participantes dentro de un rango clínico o disfuncional antes de un tratamiento, se ubiquen después del mismo en un rango normal o funcional.

Por su parte, Jacobson y Truax (1991) propusieron alternativas para la definición operacional de este concepto:

1. Los puntajes de la variable dependiente deben ubicarse al menos dos desviaciones estándar por debajo del nivel clínico después del tratamiento.
2. Los puntajes de la variable dependiente después del tratamiento deben ubicarse dentro de un rango de dos desviaciones estándar alrededor de la media de la población normal.
3. Los puntajes de la variable dependiente después del tratamiento están más cercanos a la media de la población normal que a la media de la población clínica o disfuncional.

“Los puntajes de la variable dependiente” en los enunciados anteriores se refiere al puntaje que los participantes obtienen en algún instrumento de medición de la

sintomatología, el nivel de funcionamiento general, etc. De las tres definiciones operacionales anteriores, la primera es la más flexible. Asimismo, la primera y última opciones implican conocer el punto de corte y las medias tanto de la población normal como de la clínica. Para hacer las comparaciones entre población clínica y normal se pueden establecer puntos de corte individualmente en cada investigación a partir de los grupos extremos de cada muestra, o bien, contar con datos normativos del instrumento de medición. Hacer comparaciones con base en datos normativos es más recomendado pues, de otro modo, cada estudio establecería sus propios puntos de corte, dificultando o imposibilitando la comparación de los resultados entre diferentes estudios.

Contar únicamente con datos estadísticamente significativos no permite conocer el impacto que el tratamiento pueda tener en la funcionalidad del paciente. En cambio, los datos sobre la significancia clínica de un tratamiento proporcionan información relevante a los clínicos, investigadores y a los mismos pacientes sobre los beneficios que los pacientes pueden obtener con el tratamiento.

5.4.4 Análisis e interpretación de datos

Existen varios problemas en el análisis de datos que pueden llevar a incurrir en algún tipo de error cuando se interpretan. A continuación se enumeran algunos de los errores potenciales (Chambless & Hollon, 1998):

1. Tener un estudio con poco poder estadístico, el cual conduciría al investigador a interpretar que dos tratamientos son igualmente eficaces o (deficientes) si no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.
2. Concluir que un tratamiento es eficaz porque se encontró que es superior a otro o a la condición control de manera estadísticamente significativa con base en algunas de las medidas hechas. La decisión sobre la eficacia del tratamiento, aparte de apoyarse en los resultados estadísticos, debe basarse en la lógica y fundamentos teóricos del tratamiento y los resultados observados en medidas críticas o representativas de éste.
3. Al comparar la eficacia del tratamiento es más conveniente hacerlo entre grupos, es decir, comparar sus resultados contra los resultados del tratamiento alternativo o del grupo control. En lugar de encontrar estas comparaciones, es

más común que se presenten comparaciones pre-postest y que los autores concluyan que el tratamiento es eficaz porque hubo cambio significativo del pre al post-test sólo en el tratamiento en cuestión y no en el grupo control. Este argumento no es totalmente convincente, pues posiblemente el grupo en tratamiento apenas haya alcanzado la diferencia estadísticamente significativa, y que el grupo control se haya quedado muy cerca de hacerlo.

4. Los tratamientos tienen diferentes tasas de deserción y este dato no siempre se toma en cuenta en el análisis del resto de los datos. Esto debe considerarse sobretodo cuando la diferencia en la deserción es muy grande entre los grupos que se estén comparando. En este caso, se debe incluir, también, el análisis de toda la muestra, incluyendo los que no terminaron el tratamiento. Dichos análisis se denominan "análisis de intención de tratamiento".
5. Evaluar la adherencia y competencia de el(los) terapeuta(s) que llevan acabo el tratamiento, pues dichas variables pueden enmascarar los efectos del tratamiento. Además, si más de un terapeuta aplica el tratamiento en diferentes grupos, es conveniente evaluar si hay diferencias en los resultados debido a los efectos del terapeuta.

Interpretación de datos conflictivos entre estudios

Cuando se trata de determinar si un tratamiento es eficaz o no, posiblemente se encuentre en la literatura resultados conflictivos respecto a la eficacia de un tratamiento, de un estudio a otro, ante lo cual hay varios escenarios posibles. Primero, si hay diferencias claras en cuanto al rigor metodológico entre un grupo de estudios y otro, se le da prioridad a los hallazgos derivados de los estudios mejor controlados. En segundo lugar, si los hallazgos provienen de estudios con rigor metodológico comparable es mejor no concluir sobre su eficacia y esperar a que aparezcan más datos (Chambless & Hollon, 1998). Finalmente, se pueden llevar a cabo o consultar meta-análisis para tener un resumen de los datos conocidos hasta el momento. Los meta-análisis permiten compensar la falta de poder estadístico de estudios individuales (Schmidt, 1996). Sin embargo, es importante conocer la calidad de los estudios que se incluyan en dicho análisis y estar seguros de la confiabilidad de los datos. De otro modo, retomar las conclusiones derivadas de los meta-análisis puede no ser acertado.

5.5 Manualización de los tratamientos psicológicos

Con el advenimiento de los *tratamientos sustentados empíricamente*, la creación de manuales de tratamiento ha crecido rápidamente. Recordemos que su creación tuvo que ver con razones políticas y económicas que afectan a la ciencia. Sin embargo, su existencia se puede justificar en términos metodológicos, pues la investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos carece de sentido si no se conoce a ciencia cierta qué tratamiento se implementó y si no es posible replicar dicho tratamiento (Wilson, 1999). Los manuales de tratamiento son básicamente un condensado con la descripción detallada del enfoque terapéutico que se sigue. Pueden ser muy específicos y contener la descripción de las intervenciones y metas para cada sesión, e incluso incluir estrategias para asistir al terapeuta ante las dificultades que puedan ocurrir durante la sesión, o bien, ser más generales y sólo incluir los principios del tratamiento y las fases del mismo (Kendall, Chu, Gifford, Hayes & Nauta, 1998). En este sentido, el desarrollo de manuales de psicoterapia es un avance sustancial en la práctica psicológica, pues ayudan a los psicólogos a concentrarse en los componentes específicos para el tratamiento de ciertos trastornos o problemas psicológicos y conocer otros componentes que puedan usarse en general para el tratamiento de muchos trastornos (Scaturro, 2001).

Al igual que los tratamientos sustentados empíricamente, el uso de manuales en la práctica clínica es controvertido. Mientras que los investigadores que los desarrollan y ponen a prueba consideran que sus ventajas exceden las desventajas, los profesionales clínicos creen que es al contrario. Dentro de las ventajas que se discuten están las siguientes: los manuales facilitan el entrenamiento de terapeutas; facilitan la divulgación de tratamientos eficientes y efectivos; facilitan la evaluación y comparación de los mismos; y promueven una participación activa por parte del paciente al indicarle las metas del tratamiento, los procedimientos y la forma en que se necesita su participación (Kendall, et al., 1998; Wilson, 1998). Por el contrario, la crítica más frecuente tiene que ver con la rigidez en su aplicación, al compararlos, incluso, con recetas de cocina (Seligman, 1995).

En respuesta a la crítica, los defensores del uso de manuales de tratamiento en la práctica clínica argumentan que la rigidez que refieren los que critican los manuales es exagerada. Se admite que los manuales pueden dar pie a un tratamiento poco individualizado y rígido sobretodo cuando el terapeuta no tiene experiencia. Sin embargo, cuando se concibe a los manuales como una guía y cuando el terapeuta posee habilidades clínicas adecuadas, los manuales son flexibles, requieren creatividad, y permiten integrar y responder a las necesidades particulares de los pacientes. Es un error pensar que con tan sólo contar con un manual de tratamiento se puede instrumentar un tratamiento adecuadamente, pues para que éste surta el efecto buscado debe haber un entrenamiento previo, supervisión y un entendimiento profundo no sólo de las técnicas y estrategias que constituyen la intervención, sino del modelo teórico general del cual se desprende el manual y del conocimiento psicológico derivado de la investigación científica en el que se apoye el manual.

También es un error pensar que cualquier persona podría aplicar un manual de tratamiento sin importar sus habilidades clínicas. Si bien los manuales de tratamiento facilitan el entrenamiento de psicólogos clínicos en ciertas estrategias o técnicas terapéuticas, ello no equivale a decir que otras habilidades clínicas sean prescindibles. Por ejemplo, el terapeuta debe tener las habilidades para generar confianza en su paciente, una buena alianza terapéutica a partir de un buen rapport, fomentar la adherencia al tratamiento e identificar necesidades individuales (Kendall, et al., 1998).

Finalmente, otra crítica que se hace a los manuales de tratamiento tiene que ver con la presencia de comorbilidad de los diagnósticos. Debido a que los manuales se diseñan con el objetivo de tratar un diagnóstico o problema psicológico específico, es fácil pensar que si el paciente presenta comorbilidad con otros trastornos, entonces el manual no conseguirá los resultados esperados al tratar a ese paciente. Al respecto Wilson (1998) hace una observación interesante. Asegura que este argumento “proviene de un vacío”, pues es un supuesto que carece de datos que lo sustenten. Es decir, no existen datos que indiquen un tratamiento común o no basado en un manual, será mejor que otro basado en un manual en la presencia de comorbilidades.

Por otro lado, es factible pensar que los resultados del tratamiento basado en el manual dependerán del diagnóstico en particular y la naturaleza de la comorbilidad. En

algunos casos es probable que al tratar un cierto problema algunos efectos terapéuticos se generalicen, y produzcan mejorías en el funcionamiento general del paciente. En el caso en que los diagnósticos co-existentes no muestren mejorías, entonces se aplicaría un tratamiento secuenciado o bien se emplearía manuales para diferentes diagnósticos en forma paralela.

A manera de conclusión de este capítulo, lo que es relevante entender es que la forma de investigar la psicoterapia ha evolucionado con el paso del tiempo. Actualmente, la tendencia en el diseño de la investigación se encuentra bajo la influencia de metodologías derivadas de la investigación médica y el análisis de datos se sustenta primordialmente en estándares estadísticos. Aspectos como la representatividad de la muestra con la cual se conduce una investigación es importante para poder hacer inferencias sobre la funcionalidad de los tratamientos con otras poblaciones en los diseños grupales, pero no así en los de línea base múltiple. Asimismo, es importante conocer las características de los terapeutas que conducen las intervenciones y en qué tipo de escenarios. En otras palabras, el rigor metodológico con que se conduzca una investigación no sólo valida internamente los resultados que se obtengan, sino también apoya su validez externa.

La forma de interpretar los datos es otro tema importante, pues de esta interpretación dependen las conclusiones que se hagan. A pesar de que existen posturas encontradas al respecto del uso de criterios estadísticos como guías en la interpretación de datos, en específico con relación a la significancia estadística, estos aspectos se toman en cuenta en la revisión de los siguientes estudios. A pesar de que es cierto que los criterios de significancia suelen ser conservadores en la investigación de psicoterapia, y de que otros indicadores como el tamaño del efecto se omiten con frecuencia, la forma de presentar los resultados en las investigaciones no permite hacer un análisis menos convencional, pues se sigue prefiriendo la significancia estadística como elemento protagónico para tomar decisiones respecto a la eficacia de los tratamientos. Siendo este el escenario en el que se logran importantes avances científicos, los cuales se espera que impacten también la práctica profesional, corresponde ahora averiguar los avances correspondientes a los tratamientos basados en manuales para la ansiedad en niños.

Con respecto a los manuales para el tratamiento de ansiedad lo que se pretende a continuación es conocer qué manuales existen, describir las características de las investigaciones que los evalúan y analizar los datos sobre su eficacia y/o efectividad bajo un marco delimitado por los aspectos metodológicos, estadísticos y teóricos revisados en este capítulo y los anteriores. Lo que interesa es conocer, a partir de los datos de la literatura de investigación, qué tratamientos son más prometedores para la ansiedad en niños y bajo qué circunstancias. También, se pretende conocer qué limitaciones tienen estos manuales de tratamiento y finalmente, se busca hacer recomendaciones y sugerencias terapéuticas. Todo lo anterior basado en los datos existentes sobre los manuales sometidos a prueba para tratar a niños con trastornos de ansiedad. Por último, no está de más recordar que la literatura que se revisará a continuación pertenece al enfoque cognitivo-conductual, pues la terapia cognitivo-conductual en general, y ciertas de sus estrategias en particular (exposición y desensibilización sistemática), son las únicas formas de terapia reconocidas por la División 12 de la APA (APA, 2006) y por otros autores distinguidos (Kazdin & Weisz, 1998) como tratamientos eficaces indicados para niños con ansiedad. Además, es la estrategia de intervención que más se ha investigado y cuenta con el reconocimiento de las compañías de seguro médico.

III. MÉTODO

Al ser el propósito de esta tesis documentar la manualización de los tratamientos de ansiedad en niños, y resaltar los componentes terapéuticos que forman parte de dichos manuales, se llevaron a cabo dos fases de documentación cada una con un objetivo específico. En la primera fase los objetivos fueron varios 1) hacer una descripción metodológica de aquéllos estudios que traten sobre la eficacia y/o efectividad de manuales de tratamiento de ansiedad en niños, 2) recopilar los datos de dichos estudios para identificar los efectos del tratamiento, y 3) analizar los componentes psico-educativos de los manuales empleados en dichos estudios. En la segunda fase se planteó el objetivo de comparar aquéllos manuales de tratamiento más ampliamente investigados y con mayor sustento empírico favorable. En una tercera fase el objetivo fue actualizar al lector sobre la situación en México al respecto de los manuales de tratamiento de ansiedad en niños.

Fase I. Hallazgos de investigación de estudios basados en manuales para el tratamiento de la ansiedad en niños

I.1 Identificación y selección de estudios

Se localizaron y analizaron 31 artículos de investigación, 6 de los cuales son publicaciones de seguimientos a largo plazo de estudios previos.

Para localizar los artículos básicamente se siguieron tres pasos. Primero, para identificar los estudios relevantes, se hizo uso de las bases de datos de PsycINFO y Ovid-MEDLINE, insertando combinaciones de varios descriptores como: *anxiety*, *child\$* o *youth*, *treatment* o *intervention* o *therapy*, *manual-based* o *protocol* y *CBT*. En segundo lugar, se consultó un meta-análisis sobre terapia cognitivo-conductual para niños con ansiedad y adolescentes. De la lista de estudios incluidos en dicho metanálisis (Compton, et al., 2004), se identificó los que cumplieran con los criterios de inclusión. Se localizaron en las bases de datos, en el caso de que la búsqueda inicial no los hubiese

detectado. Por último, se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos localizados hasta ese momento para identificar otros estudios relevantes para este estudio y que no se hubiesen identificado hasta ese momento.

En los casos en lo que se logró acceso electrónico directo al texto completo se consultó la fuente impresa. Así mismo, en un mínimo de casos, se solicitó una reimpresión directamente a los autores.

1.1.1 Criterios de inclusión y exclusión

a. Inclusión:

- 1) El objetivo específico de la investigación fue evaluar la eficacia y/o efectividad de un tratamiento para la ansiedad en niños. Se decidió incluir únicamente aquellas investigaciones en donde se implementara un tratamiento general para la ansiedad con base en dos razones, una práctica y otra teórica, que van de la mano. La razón teórica surge a partir de la propuesta de Barlow y sus colaboradores (2004) sobre la posibilidad de unificar los tratamientos para trastornos emocionales debido a las características comunes que les subyacen. Esta propuesta se retoma en especial para justificar la posibilidad de administrar un tratamiento para los diversos trastornos de ansiedad que abarque las comunalidades de dichos trastornos, pero que se pueda aplicar de manera flexible y específica en cada caso. La segunda razón es práctica y se basa en los datos sobre la comorbilidad elevada entre los mismos trastornos de ansiedad. Los casos de comorbilidad de trastornos de ansiedad con otros suele ser muy común en la práctica, por lo que el emplear un tratamiento que aborde aspectos comunes en ellos puede ser muy útil y significar ahorro de tiempo y recursos. Ambas razones van de la mano, pues a partir del modelo de las tres vulnerabilidades (descrito en el capítulo tres), se entiende por qué las comorbilidades entre trastornos emocionales tienden a ser altas, pues en realidad reflejan una mayor vulnerabilidad del sujeto hacia dichos trastornos, o que estuvo expuesto a un mayor número de experiencias que se combinaron con sus vulnerabilidades, manifestando así una gama más amplia de síntomas.

- 2) La instrumentación del tratamiento para la ansiedad en niños se basó en un manual (publicado o no).
- 3) El tratamiento en cuestión fue desarrollado bajo una perspectiva cognitivo-conductual. En el caso de que más de un tratamiento se evaluara, al menos uno tenía que tener dicho enfoque. Se decidió incluir únicamente esta perspectiva, pues hasta el momento la terapia cognitivo-conductual es el único enfoque terapéutico reconocido por la APA como eficaz para el tratamiento de la ansiedad en niños (APA, 2006).
- 4) También se incluyeron artículos que informaran sobre seguimientos a largo plazo (posteriores a un año de tratamiento), de cualquier investigación publicada previamente.
- 5) El artículo se publicó en una revista arbitrada, pues así se propicia la selección de artículos con mayor control metodológico.

b. Exclusión:

- A. En congruencia con los criterios de inclusión, las investigaciones que emplearan un manual de tratamiento para un trastorno de ansiedad en específico (fobia social, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo) se descartaron.

I.II Procedimiento - Criterios para el análisis de los estudios

Con base en lo descrito en el capítulo quinto sobre investigación de resultados y aspectos metodológicos en la investigación, se seleccionaron ciertos criterios tanto metodológicos como estadísticos para analizar y comparar las investigaciones seleccionadas, con el objetivo de tener un panorama amplio del estado actual de la investigación en psicoterapia en general, y de la evaluación de los tratamientos de ansiedad en niños, en particular.

a) Criterios metodológicos

- A. Diseño general de la investigación.
 - a. Diseño experimental. Identificación general del diseño (de un solo sujeto o de grupo).
 - b. Condiciones experimentales. En el caso de que el diseño fuera de grupos, se identificaron las condiciones a las que se expuso a los distintos grupos evaluados o contrastados.
- B. Representatividad de la muestra. En los diseños grupales, este aspecto es relevante sobre todo cuando se considera la efectividad del tratamiento y se espera generalizar los resultados a otros escenarios que no sean de investigación.
 - a. Tipo de población (general o clínica).
 - b. Espectro de edad.
 - c. Diagnósticos primarios incluidos y diagnósticos excluidos.
- C. Medidas aplicadas e informantes.
 - a. Momentos de medición (pre, post, seguimiento).
 - b. Tipo de medidas aplicadas (entrevistas clínicas, escalas psicológicas, observación directa, otro tipo de registro) y el informante (auto-informe, informe de padres, informe de maestros, observaciones clínicas) (Langley, et al., 2002).
 - c. Constructos medidos (sintomatología de ansiedad y depresión, funcionamiento general del niño, entre otros).
- D. Instrumentación del tratamiento.
 - a. Características de los terapeutas que llevaron a cabo el tratamiento y el tipo de entrenamiento previo.
 - b. Evaluación de la adherencia al manual de tratamiento.

b) Criterios estadísticos

- A. Tamaño de muestra total y de cada condición experimental. En el caso en que la muestra fuera menor de 20 sujetos por condición, que es la cuota sugerida (Hsu, 1989), se identificaba qué medidas habían tomado los investigadores para garantizar la equivalencia de los grupos. Debido a que en la investigación sobre psicoterapia no

siempre es posible contar con al menos 20 participantes por condición, se considera aceptable incluir investigaciones con menos participantes. No obstante, debe verificarse estadísticamente la equivalencia de los grupos a contrastar, sobre todo con relación a variables relevantes, como variables sociodemográficas y clínicas, que puedan afectar los resultados.

- B. Significancia estadística. Se identificaban las medidas que hubiesen mostrado un cambio estadísticamente significativo, también si el tipo de comparación se realizó entre grupos (por ejemplo: control vs. tratamiento), intra-grupos (pre vs. post), o ambos. Este criterio se aplicó únicamente a investigaciones con diseño de ensayo clínico aleatorio, pues las investigaciones de línea base múltiple (LBM) no son susceptibles a pruebas de significancia estadística pues usualmente no cuentan con el tamaño de muestra suficiente.
- C. Significancia clínica. Se identificó e informó sobre las medidas para las cuales se informó sobre cambios clínicamente significativos.
- D. Poder estadístico. Se tomaba en cuenta si se había calculado y su valor. Este criterio solo se aplicó a los ensayos clínicos aleatorios.
- E. Tamaño de los efectos. Se consideró si se había calculado, y se clasificó su alcance como pequeño, moderado o grande. Este criterio solo se aplicó a los ensayos clínicos aleatorios.
- F. Se añadió una categoría en la que se incluyeron otros indicadores estadísticos sobre los datos encontrados, usualmente el porcentaje de participantes que mostraron la ausencia de los trastornos de ansiedad en el postratamiento o los seguimientos.

c) Aspectos terapéuticos

- A. El(los) manual(es) que se emplearon. Descripción de las técnicas y estrategias contenidas en el(los) tratamiento(s).
- B. Número y duración de las sesiones.
- C. Escenario en el que aplicó el manual.
- D. Modalidad de la intervención.

Una vez definidos los criterios anteriores se elaboraron fichas bibliográficas a manera de tablas de vaciado sobre los datos, que permitieron un análisis más ágil de los estudios.

De los criterios metodológicos y estadísticos lo que interesa sobre todo es verificar la calidad de la metodología de la investigación y de la presentación de los resultados, para así poder derivar conclusiones al respecto. Por otro lado, en la parte terapéutica, lo que interesa es conocer qué estrategias o técnicas en específico se han usado en los diversos manuales para, a partir de ellas, y con sustento en los datos de investigación, concluir con respecto a la eficacia y/o efectividad de los manuales en general y, de las estrategias y técnicas, en particular.

Fase II. Selección de manuales de tratamiento para la ansiedad en niños

II.I Muestra-manuales

A partir de las conclusiones derivadas de la primera fase, se seleccionaron dos manuales de intervención, uno de aplicación grupal y otro de aplicación individual, que sobresalen del resto por que se han instrumentado más veces, y en escenarios y con muestras diversas. Los manuales en cuestión son el *Coping Cat* (Kendall & Hedtke, 2006) y el programa *FRIENDS for Children* (Barrett, 2004). Además de los manuales para el terapeuta, ambos tratamientos incluyen un cuaderno de trabajo para los niños.

II.II Procedimiento - Criterios para el análisis y la comparación de los manuales

i) Aspectos logísticos y de instrumentación

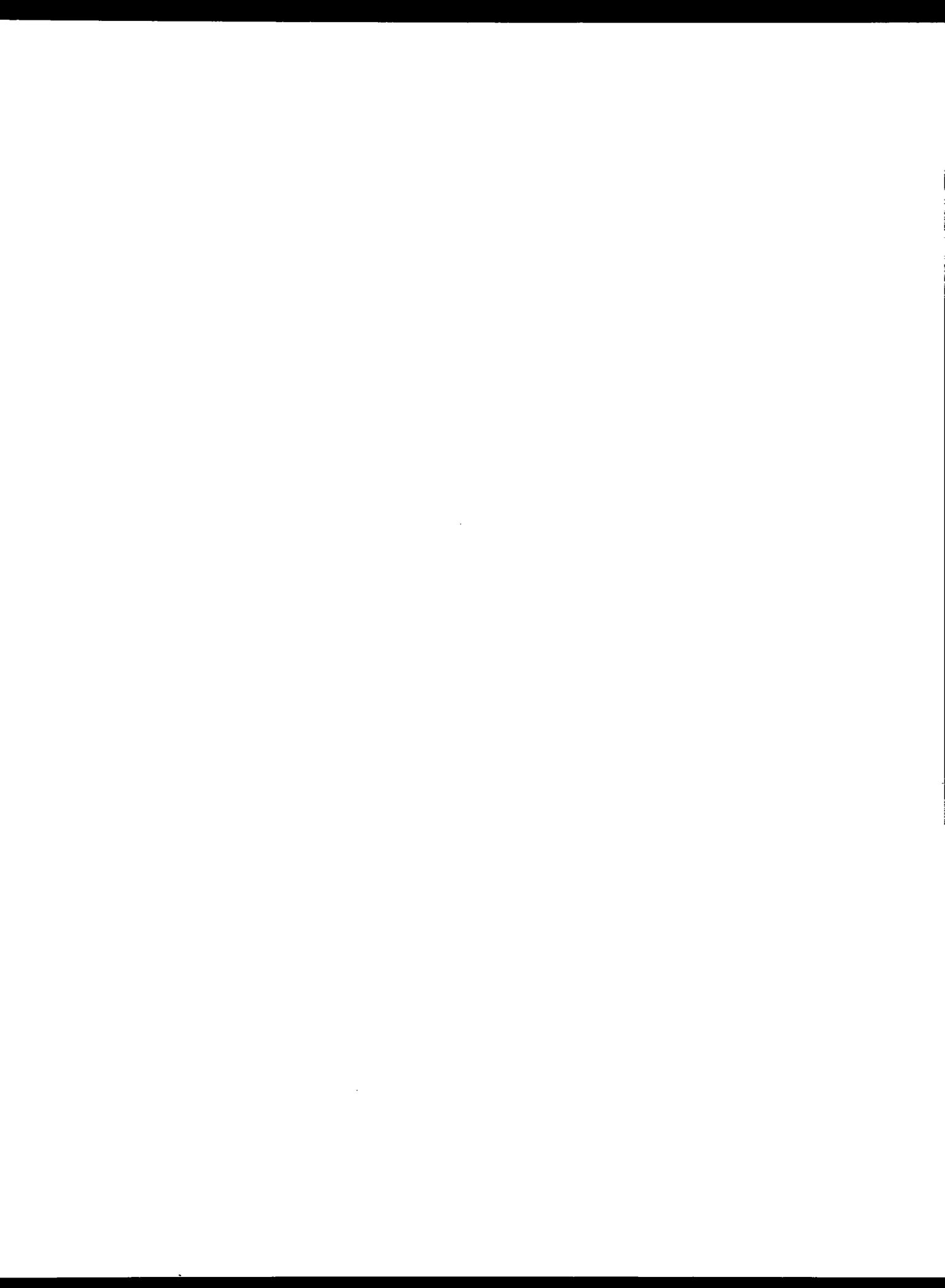
- A. Modalidad. En los artículos de investigación se identificaron dos modalidades de intervención: grupal e individual. Asimismo, en cualquiera de dichas modalidades se podía incluir la participación de la familia o no. Estos son aspectos relevantes para compararse y discutirse posteriormente.
- B. Número y duración de las sesiones.
- C. Material necesario para su administración.
- D. Espectro de edad para el cual se aplicó o fue diseñado.

ii) Aspectos psico-educativos (estrategias y técnicas terapéuticas)

- A. Identificación del enfoque teórico de referencia.
- B. Descripción del objetivo del tratamiento en términos generales.
- C. Protocolo de intervención (descripción breve de cada sesión, lo que incluye las actividades específicas y las técnicas terapéuticas involucradas).

Fase III. Localización de manuales semejantes en México

Se consideró necesario hacer una búsqueda aparte sobre manuales de tratamiento para la ansiedad en niños desarrollados en México. Se encontraron tres y se procedió a hacer una reseña breve de cada uno de ellos con los mismos criterios anteriormente descritos. A diferencia de los otros manuales revisados, estos manuales no son de tratamiento general de ansiedad y no se han puesto a prueba o los datos sobre su evaluación no se han publicado. Sin embargo, se consideró importante incluirlos como antecedentes de los avances hechos en el país.



IV. RESULTADOS

HALLAZGOS DE INVESTIGACIÓN DE ESTUDIOS BASADOS EN MANUALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS

En esta sección se presentan resultados de todas aquéllas investigaciones en las que se han puesto a prueba un tratamiento cognitivo-conductual basado en manuales para el tratamiento de la ansiedad en niños. Después de una revisión general de los artículos encontrados (n=31) se decidió hacer dos grandes grupos según la modalidad en la que se implementó el tratamiento: grupal e individual. Esto, únicamente con el fin de facilitar la presentación de los datos. De los 31 artículos, 12 se evaluaron en modalidad individual, y de éstos 12, se hicieron y publicaron 3 seguimientos a largo plazo. Por otro lado, 11 investigaciones publicadas se condujeron en modalidad grupal, y se hicieron seguimientos a largo plazo de 3 de ellas. Finalmente, 2 investigaciones compararon la modalidad individual y grupal directamente.

Para el análisis de todos los estudios, primero se describen los detalles de las investigaciones y sus resultados, con base en los criterios metodológicos, estadísticos y terapéuticos descritos en el método. Posteriormente, al final de cada sección, se incluye una tabla resumen con los datos más relevantes de los estudios incluidos.

a. Aspectos metodológicos y estadísticos

Intervenciones Individuales Basadas en Manuales

A continuación se describen 15 artículos publicados, incluyendo 3 seguimientos, sobre investigaciones llevadas a cabo con un tratamiento basado en un manual de intervención individual para el tratamiento de la ansiedad en niños.

Los primeros datos sobre la eficacia de un manual de tratamiento de ansiedad en niños provienen de Kane y Kendall (1989), quienes llevaron a cabo un estudio de diseño de línea base múltiple con 4 niños diagnosticados con trastornos hiperansioso y fobia específica. Dos de los niños provenían de población clínica y a dos se les identificó en sus escuelas. Los participantes, de 9 a 13 años de edad, se expusieron a 16 a 20 sesiones, de una hora cada una, tal como lo indica el manual (Kendall, et al., 1989), a lo largo de 8 a 10 semanas. Estudiantes de postgrado, quienes también colaboraron en el desarrollo del manual no publicado en ese entonces, aplicaron el tratamiento dentro de una clínica psicológica en la Universidad de Temple.

La evaluación de los efectos del tratamiento incluyó medidas de auto-informe de los niños sobre síntomas de ansiedad y el informe de los padres sobre ansiedad en los niños y sobre síntomas internalizados y externalizados. Además, los clínicos también completaron una escala psicológica para evaluar la ansiedad de los niños. Estas medidas se aplicaron en el pretratamiento, el postratamiento y en el seguimiento. Algunas también se aplicaron durante el tratamiento.

Al comparar los resultados del pretratamiento con los del postratamiento, se encontró que los 4 participantes habían mejorado significativamente, según el auto-informe de los niños, el informe de los padres y la evaluación de los clínicos sobre la ansiedad. Al cabo de 6 meses se hizo un seguimiento de los participantes y se descubrió que dos de los niños habían recaído mínimamente, según el informe de los padres. Aunque los resultados fueron positivos en general, este fue apenas el primer paso para sustentar la eficacia de este manual. Por lo que, posteriormente, Kendall llevó a cabo el primer ensayo clínico aleatorio (Kendall, 1994) para evaluar un tratamiento para la ansiedad en niños basado en un manual.

En dicho estudio (Kendall, 1994) la muestra estuvo constituida por 47 niños de población general, de 9 a 13 años, con diagnósticos primarios de hiperansiedad (según la versión del DSM-III, vigente en ese entonces, y que hoy en día se considera equiparable al trastorno de ansiedad generalizada), trastorno de ansiedad por separación y trastorno de evitación (actualmente clasificado como fobia social). Deliberadamente se excluyó a los niños que tuvieran como diagnóstico primario fobia específica, pero sí se les incluyó cuando éste fuera un diagnóstico secundario. Algunos de los participantes tenían otros

diagnósticos comórbidos, principalmente otro trastorno de ansiedad o fobia, trastorno por déficit de atención, trastorno oposicionista o depresión. Se asignaron 20 niños a una lista de espera de 8 semanas y 27 niños recibieron el tratamiento basado en el *Coping Cat* (Kendall, Kane, Howard, & Siqueland, 1990). El tratamiento proporcionado por siete estudiantes de doctorado, duró de 16 a 20 sesiones de una hora. En esta investigación se encontró una adherencia terapéutica adecuada por parte de los terapeutas hacia el manual, medida mediante listas de verificación y de audiograbaciones.

Se recurrió a varias fuentes de información (niños, padres, maestros y observaciones clínicas directas¹) para obtener datos antes del tratamiento y después del mismo. Al terminar el tratamiento se halló reducciones estadísticamente significativas, por efectos combinados del tiempo y del tratamiento (condición experimental), en las siguientes variables: 1) síntomas de ansiedad según el auto-informe de los niños y el informe de los padres, 2) miedos, y 3) pensamientos negativos. Al mismo tiempo, hubo un cambio estadísticamente significativo en la percepción de afrontamiento de los niños para manejar situaciones de ansiedad y reducción de conductas ansiosas según las observaciones de los clínicos. También se identificaron otros cambios relevantes: 64% de los niños al terminar el tratamiento dejaron de presentar sus diagnósticos primarios. Desde la perspectiva clínica, un número importante de niños se ubicó dentro de un espectro normal de síntomas de ansiedad, depresión y síntomas internalizados (informe de los padres) después del tratamiento (significancia clínica).

Se hizo un seguimiento a un año y se encontró que todas las ganancias obtenidas en el momento del postratamiento se habían mantenido, con la sola excepción de los síntomas externalizados, según el informe de los padres. En este estudio, la única medida que no reflejó ningún tipo de cambio fue el informe de los maestros respecto a síntomas internalizados y externalizados; la media se mantuvo siempre dentro de puntajes normales. Finalmente, la comparación de los resultados en el postratamiento y el seguimiento de los niños asignados a diferentes terapeutas no arrojó diferencias, por lo que se descartaría el efecto del terapeuta en los resultados.

¹ Las observaciones conductuales se codificaron para las siguientes categorías: 1) verbalizaciones graciosas, 2) movimientos graciosos de cuerpo, 3) evitar cumplir la actividad designada, 4) ausencia de contacto visual, 5) dedos en la boca y 6) voz temblorosa.

Esta investigación arrojó datos que sustentan sólidamente la eficacia del programa cognitivo-conductual aplicado para disminuir sintomatología ansiosa y otros problemas relacionados con los trastornos de ansiedad en los niños (por ejemplo, síntomas depresivos, estilo de afrontamiento, pensamientos negativos). Sólo los niños que recibieron el tratamiento sufrieron cambios estadísticamente significativos, a diferencia de la condición en lista de espera en la que sólo un niño dejó de cumplir los criterios diagnósticos.

Posteriormente, Kendall y sus colaboradores (1997) realizaron una réplica directa del estudio anterior, pero con una muestra más grande (n=94; 60 en condición de tratamiento y 34 en lista de espera). Una vez más se encontró una adherencia del 100% por parte de los terapeutas respecto al manual.

Al momento del postratamiento, se encontraron reducciones estadísticamente significativas debido a la interacción del tiempo y el tratamiento de 1) los síntomas de ansiedad según los padres, los maestros y los niños, 2) los pensamientos negativos de los niños, según auto-informe y 3) algunas conductas de ansiedad (tener voz temblorosa y cubrirse la boca con los dedos o morderse las uñas) observadas por los clínicos. Asimismo, cambiaron las formas de afrontamiento de los niños según su auto-informe y el informe de los padres. Otras disminuciones estadísticamente significativas fueron producto del tiempo únicamente: 1) disminución de miedos y 2) disminución de síntomas depresivos, según el auto-informe de los niños. Todas las ganancias medidas en el postratamiento por los auto-informes se mantuvieron por interacción del tratamiento y el tiempo a un año, aunque las arrojadas por los informes de los padres y los maestros se mantuvieron por efectos del tiempo únicamente. Las mejoras en las conductas observadas no perduraron después de un año.

La significancia clínica a partir de los informes de los padres en cuanto a la presencia de síntomas internalizados, indicó que un 56% de los niños se ubicaron dentro de rangos normales, y según los maestros un 70%. Por otro lado, se usaron dos criterios para identificar si los niños ya no cumplían con el diagnóstico de ansiedad al momento del postratamiento: 1) ausencia del cuadro clínico del diagnóstico primario (que al igual que en el primer ensayo clínico aleatorio eran sobre-ansioso, trastorno evitante o trastorno de ansiedad por separación), y 2) ausencia del cuadro clínico del diagnóstico

primario como tal. Según el primer criterio, 53.2% de los niños se habían recuperado (en comparación con 2% de los niños en la lista de espera) y, según el segundo criterio, 71.3%. No se informó sobre el estatus diagnóstico en el seguimiento.

A pesar de que esta réplica mostró efectos similares a los del estudio anterior, algunas mejorías fueron efecto del tiempo, es decir, los niños en la lista de espera también estaban cambiando con la misma tendencia que los niños bajo tratamiento respecto a algunas medidas que no alcanzaron cambios clínica ni estadísticamente significativos.

Los análisis estadísticos anteriores, del primer estudio fueron más precisos en la réplica del 1997. En primer lugar, para indagar el papel de la comorbilidad en los resultados, se incluyó también a los niños en lista de espera, quienes posteriormente recibieron el mismo tratamiento. De los 94 niños de la muestra, sólo 6 no mostraban comorbilidad. Los restantes se dividieron en dos grupos: 1) los niños con comorbilidades de otro(s) trastornos de ansiedad únicamente y 2) niños con comorbilidades de otro tipo de trastornos o además de los trastornos de ansiedad. No se encontraron diferencias, lo que indica la eficacia del tratamiento en la producción de las mejorías antes descritas independientemente de las comorbilidades. Por otro lado, para conocer qué parte(s) del manual de tratamiento era(n) responsable(s) de los resultados, se dividió el tratamiento en dos fases; una constituida por las primeras 8 sesiones, identificada como “segmento cognoscitivo-educativo”; otra formada por las últimas 8 sesiones, identificada como el “segmento de exposición”. A partir de las pruebas estadísticas hechas en una medición a la mitad del tratamiento (semana 8), no se encontraron cambios significativos en los niños. Las mediciones al postratamiento, sugieren que todas las mejorías significativas ya descritas podrían atribuirse al segmento de exposición. Sin embargo, la ausencia de efectos en la primera parte del tratamiento, no necesariamente significa que el segmento cognoscitivo-educativo no haya tenido cierto efecto al momento del postratamiento. De acuerdo con Kendall y sus colaboradores (1997) la primera parte por sí sola no produce cambios suficientes y significativos, pero cuando ésta precede al segmento de exposición, ambos se vuelven una fuerza activa sobre los resultados obtenidos. Se llegó a la conclusión anterior debido a que el segmento de exposición no se pudo evaluar asiladamente, sino que se midió como una secuencia del primer segmento.

Ambas réplicas (Kendall, 1994; Kendall, et al., 1997) incluyeron otras dos medidas especiales; en la primera, tanto padres como niños calificaban la relación terapéutica de los niños con el terapeuta y, en la segunda, los terapeutas calificaban el grado y tipo (positivo o negativo) de involucramiento de los padres en el tratamiento. En el primer ensayo (1994) se obtuvieron algunas relaciones moderadas con respecto a la primera medida y los resultados finales de los niños en el tratamiento. La calificación de los niños sobre la relación terapéutica se relacionó con síntomas de ansiedad y depresión; cuando los niños calificaban la relación terapéutica como menos buena, su mejoría era menor en dichos síntomas en comparación con los niños que la calificaban como buena. Al contrario, el informe de los padres reveló que una calificación positiva en la relación terapéutica predecía buenos resultados en la ansiedad. Respecto a la segunda medida, en la que los terapeutas evaluaban la participación de los padres, se encontró que una participación benéfica se relacionaba con mejores resultados en los informes de miedo de los niños y los síntomas internalizados y externalizados. Estos hallazgos no se repitieron en el ensayo de 1997, ya que no se encontró ninguna correlación significativa entre estas dos medidas adicionales y las mejorías de los niños. Esta falta de correlación en el segundo estudio sugeriría que el tratamiento (basado en el manual) fue el mayor responsable de los resultados obtenidos.

Seguimientos a largo plazo

Además de los seguimientos a un año llevados a cabo en los dos ensayos clínicos aleatorios previos (Kendall, 1994; Kendall, et al., 1997), se hicieron dos más para cada uno. Para el primer estudio (Kendall, 1994) se hizo un seguimiento a 3 años (en promedio; 2 a 5 años de participante a participante) (Kendall & Southam-Gerow, 1996) de culminado el tratamiento con el 80% (n=36) de la muestra original. La comparación de las variables sociodemográficas y dependientes de los sujetos que participaron en este seguimiento a largo plazo y los de la muestra inicial, no arrojó diferencias significativas, lo que permitiría generalizar los datos encontrados en el seguimiento a la muestra original. Se evaluó la mayoría de las variables del primer estudio: síntomas de ansiedad (auto-informe de los niños e informe de los padres), síntomas de depresión (auto-informe de los niños), afrontamiento (auto-informe e informe de los padres),

pensamientos negativos (auto-informe de los niños), síntomas internalizados y externalizados (informe de los padres) y la entrevista clínica para el establecimiento de diagnósticos. También se hizo una entrevista a los participantes para averiguar qué elementos del tratamiento recordaban, cuáles les parecieron importantes y cuáles les gustaron.

Los análisis multivariados de varianza de los resultados del auto-informe de los niños así como el informe de los padres, para comparar los datos del pretratamiento con los del seguimiento, revelaron diferencias estadísticamente significativas, a favor de mejorías con el paso del tiempo. Las comparaciones entre los seguimientos a uno y a tres años no mostraron efecto del tiempo, lo cual indica el mantenimiento de las mejorías.

Las ganancias clínicamente significativas se mantuvieron para los síntomas depresivos, y los síntomas internalizados, pero no para los síntomas de ansiedad. Respecto al estatus diagnóstico, 91% de la muestra no presentó diagnósticos clínicos de ansiedad. Este porcentaje, comparado con el del postratamiento (88%) no fue estadísticamente diferente. Los resultados de los diversos informantes coincidieron en que las ganancias obtenidas, se mantuvieron.

En otros análisis se encontró que la única variable moderada por el tiempo transcurrido entre el postratamiento y el seguimiento (de 2 a 5 años) fue la ansiedad, según el informe de los padres. Se encontró una correlación negativa, en la que a mayor tiempo transcurrido desde el tratamiento, menores ganancias mantenidas.

Por último, la evaluación subjetiva de la intervención a partir de entrevistas apunta hacia la relación con el terapeuta y el manejo de los miedos personales como elementos importantes del tratamiento. Los aspectos que los niños refirieron que más les habían gustado fueron el juego y la relación con el terapeuta. Finalmente, los aspectos psicoeducativos que más se recordaban fueron el manejo de los miedos, los pasos "FEAR" (un acrónimo usado para recordar a los niños los pasos a seguir cuando se encuentran en una situación que les causa ansiedad -una explicación más detallada se incluye en la página 165) y el juego de roles. Los autores concluyeron que las correlaciones significativas y positivas entre algunos componentes del tratamiento (pasos

FEAR, exposición en vivo y relajación) y las variables dependientes, si bien no indican causalidad, resaltan el papel que desempeñan estos compuestos en el proceso terapéutico.

Para el seguimiento a largo plazo de la réplica (Kendall, Flannery-Schoreder, Safford & Webb, 2004), el tiempo transcurrido entre el tratamiento inicial y el seguimiento fue de 7 años en promedio (con un espectro de 5 a 9 años), para el cual se consiguió la participación de un 91% de la muestra original. Además de los síntomas de ansiedad, síntomas de depresión, estilos de afrontamiento, y síntomas internalizados y externalizados obtenidos mediante de auto-informes de los participantes o del informe de los padres y la entrevista clínica, se midió también el consumo de alcohol y otras drogas, y sucesos estresores vividos durante la adolescencia. Asimismo, se indagó si los participantes habían recibido tratamientos adicionales para sus problemas de ansiedad (hospitalización, psicofármacos o terapia psicosocial adicional).

Los resultados sugirieron el aumento del porcentaje de participantes sin el diagnóstico de trastorno de ansiedad. De acuerdo con la entrevista clínica a los padres, 93% de los participantes no cumplieron con los criterios del diagnóstico primario, y 81% no presentaban trastorno de ansiedad alguno. Según la entrevista clínica con los niños, estos porcentajes fueron 96% y 90%, respectivamente. En relación con el auto-informe de ansiedad, hubo una recaída en los puntajes del postratamiento al seguimiento, aunque siguió siendo menor a los del pretratamiento. La mejoría de los síntomas depresivos se mantuvo en relación al postratamiento. Estadísticamente, las habilidades de afrontamiento y los síntomas internalizados más que mantenerse con el tiempo, mejoraron significativamente a partir del postratamiento. Se corroboró la significancia clínica de los síntomas internalizados al ubicarse un 76% de la muestra dentro del espectro de normalidad.

Por otro lado, se encontró mediante regresiones jerárquicas que a menor número de sucesos estresores *negativos* durante la adolescencia, mejor la predicción del mantenimiento de las ganancias de síntomas de ansiedad. Fue así posible identificar que el tratamiento adicional recibido y los puntajes elevados de síntomas internalizados, predecían el que no se mantuvieran las ganancias de la ansiedad. De la misma manera, los predictores de la depresión fueron: la presencia de algún trastorno de ansiedad y

los síntomas internalizados durante el seguimiento a 3 años, la exposición a algún tratamiento adicional, y los síntomas externalizados informados en el postratamiento.

Finalmente, la persistencia de un diagnóstico de ansiedad al momento del postratamiento, de forma esperada, predijo la necesidad de tratamiento adicional posteriormente, y la propensión además, a beber alcohol frecuentemente y a consumir marihuana. Se observó también más consecuencias negativas físicas, psicológicas, sociales y personales debido al consumo de drogas, y más intentos fallidos por controlar el consumo de esas sustancias.

En este seguimiento, también se pudo comprobar que la mayoría de los pacientes, mantuvieron muchas de las ganancias encontradas al postratamiento y al seguimiento un año después. Hubo coincidencia entre el informe de los padres, los niños y el diagnóstico. Se confirmó así la eficacia del tratamiento a largo plazo. Además de los resultados positivos en ansiedad y depresión, los niños que se habían recuperado en el postratamiento usaban menos alcohol y otras drogas, y si lo hacían, era en cantidades menores y con menos consecuencias negativas. De esta forma, el tratamiento prescrito por el manual también ayudó a prevenir secuelas que frecuentemente se relacionan con la ansiedad. En cambio, los participantes que no se habían beneficiado en el postratamiento (aproximadamente 30% de la muestra) mostraron más propensión al desarrollo de depresión u otros trastornos psicológicos, a recibir tratamientos adicionales y a tener problemas con el uso de sustancias. Un punto que resulta aquí relevante rescatar es la investigación de alternativas para ayudar al porcentaje de participantes que parece no beneficiarse.

No obstante la importancia de un seguimiento a tanto años, se observan limitaciones en su realización como la imposibilidad de controlar variables extrañas que ocurren entre la culminación del tratamiento y la medición del seguimiento. Por ejemplo, un porcentaje alto de la muestra (aproximadamente 50%) recibió algún tratamiento adicional, por lo tanto los resultados en el momento del seguimiento conllevan también los efectos de los tratamientos posteriores. Otra limitación, es la falta de un grupo control, puesto que después de la lista de espera, a todos los participantes se les ofreció tratamiento e imposibilita a los investigadores a comparar al

grupo experimental con un grupo control. Este es un problema, que por razones éticas, difícilmente se puede evitar.

Ambos seguimientos son muy importantes en tanto que arrojan datos sobre los efectos del tratamiento en la vida de los participantes. El llevarlos a cabo es un esfuerzo que vale la pena pues ofrece una visión de la importancia del tratamiento de la ansiedad durante la niñez. El seguimiento a 7 años en el que se incluyeron variables de consumo de sustancias es un buen ejemplo de ello, pues, dejando de lado las limitaciones propias de los seguimientos, deja ver que la muestra original de niños ansiosos que recibieron tratamiento incidió en conductas adictivas con un patrón semejante al de la población normal, en comparación con niños que no reciben tratamiento. La gran desventaja de este seguimiento es el lapso tan grande entre éste y la culminación del tratamiento, pues en tanto años, sin duda, muchas variables extrañas tuvieron algún efecto en los participantes. Seguimientos intermedios, como el de 3 años, podrían ayudar a explicar los resultados de un seguimiento a otro. Lógicamente, para que se cuente con un buen diseño de investigación de esta índole, se debe plantear desde el inicio como un diseño longitudinal.

Ahora pasamos a la revisión de otro estudio que empleó un manual con una propuesta diferente en cuanto a la estructura del tratamiento. El tratamiento que se administró en los estudios ya mencionados sigue una lógica serial de sesión a sesión, la cual puede dar una impresión de rigidez. Como alternativa, está el siguiente manual por módulos que permite cierta flexibilidad en la instrumentación del tratamiento. La característica común de ambos, es que se basan en un modelo cognitivo-conductual y están diseñados para la misma población.

Intervención Individual con un Manual por Módulos

El manual de intervención para trastornos de ansiedad en niños de Chorpita (1998, en Chorpita, Taylor, Francis, Moffitt & Austin, 2004) es único por estar diseñado en módulos que permiten gran flexibilidad en su aplicación. Únicamente hay un estudio donde se ha sometido a prueba (Chorpita et al., 2004) bajo un diseño de línea base múltiple. Participaron 7 niños de población general de entre 7 y 13 años, con trastorno

de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia específica o trastorno de pánico, como diagnósticos primarios, y con comorbilidades de fobia específica, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y depresión. Para todos los casos se hicieron entrevistas diagnósticas, se evaluó la ansiedad mediante auto-informe e informe de los padres, los síntomas internalizados y externalizados y el funcionamiento global de los niños. Dichas medidas se aplicaron en el pretratamiento, en el postratamiento y después de 6 meses de seguimiento.

Tres estudiantes de doctorado administraron el tratamiento, supervisados por la creadora del manual. Debido a las características propias del manual de intervención, el tratamiento varió entre los participantes, de acuerdo con las necesidades de cada caso entre 5 y 17 sesiones, a lo largo de 7 a 30 semanas. En algunos casos se requirió la participación de los padres y en otros no; y en dos casos el tratamiento se llevó a cabo fuera de la clínica. El criterio para marcar la culminación del tratamiento era lograr la remisión del diagnóstico primario, por lo que en la medición al postratamiento ninguno de los niños alcanzaban los criterios para un diagnóstico de ansiedad. A pesar de la gran flexibilidad que permite el manual, en este estudio todos los niños se expusieron a los 4 módulos centrales del tratamiento: escalera del miedo, aprendiendo sobre la ansiedad (psicoeducación), exposición y mantenimiento, y prevención de recaídas. En algunos casos se incluyó la detención de pensamientos automáticos, reforzamiento diferencial y reestructuración cognoscitiva.

La inspección visual de las curvas de progreso de cada niño durante el tratamiento revela la disminución de la ansiedad y de los síntomas internalizados y externalizados (excepto en el caso de un niño), en comparación con la observación de línea base, durante la cual no hubo cambios. Los 6 niños que se encontraban dentro del espectro clínico al inicio del tratamiento, al final caían en la normalidad, por lo que se concluye la significancia clínica del tratamiento. Chorpita, et al. (2004) midieron también el impacto del tratamiento sobre el funcionamiento global del niño. A este respecto, al postratamiento todos los niños habían alcanzado mejorías. Respecto al seguimiento a 6 meses de culminado el tratamiento, en el caso de un niño, uno de los diagnósticos secundarios re-apareció, aunque su nivel de funcionamiento no se vio afectado. Para todos los demás niños, todas las ganancias se mantuvieron, e incluso el

funcionamiento global de los niños en la escuela y en la familia mejoró respecto al postratamiento.

Los resultados del estudio sugieren la eficacia del manual para disminuir la ansiedad de los niños y mejorar su funcionamiento global. Sin embargo, a partir de un solo estudio no es prudente concluir que este manual, por módulos, sea más eficiente que otras aproximaciones cognitivo-conductuales. Además, el diseño mismo del protocolo dificulta investigar qué componentes o módulos del tratamiento son realmente necesarios y eficaces en el tratamiento (Chorpita, et al., 2004). Dado que después de la aplicación de los cuatro módulos básicos existe la opción de aplicar o no los demás, dependiendo del caso, se requeriría de una muestra muy grande en la que se habrían de aplicar los diversos módulos, para investigar su pertinencia por separado.

La propuesta del tratamiento modular de Chorpita y sus colaboradores aparte de la diferencia estructural que guarda con respecto a la propuesta de Kendall, implica un análisis funcional más detallado de cada caso, a partir del cual se deben tomar decisiones sobre la aplicación del resto de los módulos. En sí, es una propuesta más compleja, que tal vez en un escenario de investigación implica más costos al aplicarse, pero que dentro de un escenario clínico podría ofrecer la oportunidad de tratar cada caso de manera más individualizada.

Hasta el momento los estudios revisados han arrojado datos alentadores, sin embargo, los manuales anteriores no contemplan de manera formal la participación de la familia, la cual podría ser un elemento importante en el tratamiento debido a los datos que revelan el impacto de variables familiares en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad en los niños. Otras propuestas, que se revisan a continuación, sí se incluyen un tratamiento familiar.

Tratamiento individual con participación de la familia

En primera instancia, se describen 2 estudios que, si bien incluyeron la participación de la familia en el tratamiento, no compararon dicha condición contra otra condición en la que únicamente los niños recibieran tratamiento. En segunda instancia,

se describen 6 estudios, en los que sí se incluyó una condición de tratamiento familiar y una condición sin tratamiento familiar.

En la primera categoría se encuentra la investigación de Howard y Kendall (1996) en la que se empleó un diseño de línea base para someter a prueba el manual de terapia familiar cognitivo-conductual para la ansiedad en niños (Howard & Kendall 1992), con 6 niños de población clínica, de entre 9 y 13 años de edad, y sus padres. Los diagnósticos primarios de los niños eran trastorno hiperansioso y trastorno de ansiedad por separación, y presentaban comorbilidades con otros trastornos de ansiedad. Se excluyeron de la muestra a niños con diagnóstico primario de fobia específica y psicosis, o bajo tratamiento farmacológico.

El manual prescribe un tratamiento de 16 a 20 sesiones, cada una de 50 minutos, simultáneas para el niño y todos aquéllos miembros de la familia que puedan participar (por lo menos uno de los padres). Se registró la adherencia terapéutica mediante listas de verificación y audio grabaciones.

En contraste con la estabilidad observada durante la línea base de la trayectoria de algunas medidas semanales, fue posible observar el progreso individual a lo largo del tratamiento. Al momento del postratamiento se encontraron mejorías significativas para 5 de los 6 niños en los siguientes aspectos: 1) síntomas de ansiedad, según el informe de los niños y de los padres, 2) síntomas internalizados y externalizados, según el informe de los padres y de los maestros (estas mejorías fueron clínicamente significativas), 3) miedos según el auto-informe de los niños y 4) cambios en la percepción de los niños (según auto-informe y según informe de los padres) con respecto a la capacidad de afrontar situaciones causantes de ansiedad. Asimismo, 4 de los 6 niños, que durante la línea base habían mostrado puntajes clínicos de depresión, lograron mejorías clínicamente significativas al final del tratamiento. Estas mejorías se mantuvieron en el seguimiento a 4 meses, a excepción de los síntomas externalizados según el informe de los padres y maestros. No obstante, los síntomas internalizados y de ansiedad siguieron mejorando. Según la entrevista clínica aplicada a los niños para establecer los diagnósticos, al final del tratamiento 5 niños no alcanzaron el criterio diagnóstico. Sin embargo, según la entrevista a los padres esto era cierto sólo para 4 de ellos. Cuatro meses después, los participantes que aún presentaban el diagnóstico en el

postratamiento, ya no lo alcanzaban, según las entrevistas tanto a padres como a niños. Sin embargo, recayeron dos de los niños restablecidos al momento del postratamiento. En un caso, la recaída ocurrió en forma leve, pero en el otro caso la reincidencia alcanzó el nivel de gravedad inicial. En este último caso, se supo de situaciones estresantes externas posiblemente responsables de la recaída. Independientemente de la recaída en el diagnóstico de ambos niños, se observó mejoría respecto a las demás variables dependientes. Los resultados en conjunto representan cambios clínicamente significativos en el funcionamiento de los niños, ya que todos tenían al menos un año con los síntomas de ansiedad, los cuales derivaban en conducta disfuncional (desempeño académico pobre y funcionamiento con pares interferido). Posiblemente, concomitantemente al aumento de habilidades de afrontamiento en situaciones blanco específicas para cada niño, produjeron a su vez cambios en su funcionamiento escolar y social. Se concluyó que el tratamiento cognitivo conductual con el involucramiento de los padres, basado en el manual antes especificado, resulta eficaz para disminuir la ansiedad de los niños.

Un segundo estudio (Bögel & Siqueland, 2006), piloteó un manual no publicado de los mismo autores. El diseño fue antes-después, con una sola condición experimental de tratamiento. De los 17 participantes iniciales de población clínica de 8 a 18 años, sólo 13 terminaron el tratamiento. Ochenta y dos por ciento de sus diagnósticos primarios (fobia social, trastorno de ansiedad por separación, y trastorno de ansiedad generalizada) eran comórbidos con uno o más de los siguientes diagnósticos: fobia específica, fobia social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, depresión, trastorno oposicionista y trastorno por déficit de atención.

A lo largo de algunas de las 13 sesiones prescritas por el manual, se trabajó únicamente con el niño y, en otras, con el niño y su familia. Los terapeutas infantiles y psicólogos clínicos encargados de aplicarle el manual recibieron entrenamiento explícito y supervisión semanal en la que se verificó la adherencia terapéutica.

Al término del tratamiento, se observaron reducciones estadísticamente significativas de: 1) la sintomatología de ansiedad, según el informe de los padres y de los niños; 2) los síntomas internalizados y síntomas externalizados, según el informe de ambos padres; 3) los miedos y evitación, según los padres. También, los niños veían más

positivamente las situaciones ambiguas (pensamientos disfuncionales) y nombraron más estrategias de afrontamiento. El tamaño del efecto sobre las variables antes mencionadas fluctuó de moderado (0.4 a 0.8) a grande (0.8 o más) tanto en el postratamiento como en los seguimientos a 3 y 12 meses.

En ambos seguimientos, las mejorías en los niños se mantuvieron o incrementaron. En cuanto a los diagnósticos obtenidos a través de la entrevista clínica, los porcentajes de recuperación (para los niños que terminaron el tratamiento) en el postratamiento, el primero y segundo seguimientos, aumentaron con el tiempo, lo que indica efectos positivos del tratamiento. Por otro lado, se midió también los síntomas de los padres. Si bien al momento del postratamiento no se observaron cambios, se hallaron mejorías significativas en los seguimientos para los síntomas internalizados y externalizados, miedos de los padres y cambio en los pensamientos disfuncionales con respecto a la ansiedad de los niños. Los resultados positivos llevaron a los autores a concluir sobre la eficacia para reducir la ansiedad tanto de los niños como de los padres.

Ambos estudios (Bögels & Siqueland, 2006; Howard & Kendall, 1996) incluyeron, además, como variables dependientes el funcionamiento familiar o las prácticas de crianza. Howard y Kendall (1996) no encontraron cambios en los patrones de conflicto de las familias, vinculados al tratamiento, ni un estilo de funcionamiento o de familia particular dentro de la muestra. Aún así, algunos los clínicos señalaron, cualitativamente, que aumentó la tolerancia de los padres respecto a las emociones negativas de los niños, y se normalizó, dentro de la familia, la experiencia de la ansiedad de los niños. Tampoco Bögels y Siqueland (2006) refirieron cambios significativos respecto al funcionamiento familiar (cambio en las relaciones, mantenimiento del sistema) y crianza (ansiosa, sobreprotectora, de control psicológico, de aceptación y rechazo). No obstante, los padres (varones) y los niños informaron sobre el mejoramiento del control sistémico; y las madres menos sobreprotección y control psicológico.

A pesar de que ambos estudios se adhirieron a un enfoque cognitivo-conductual, la forma de aproximarse a las familias fue diferente. El enfoque del manual de Howard y Kendall (1996) se basó totalmente en un modelo cognitivo-conductual, mientras que el de Bögels y colaboradores incluyó además un enfoque sistémico al acentuar los procesos

de comunicación entre los miembros de la familia. A pesar de esas diferencias, en ninguno de los dos estudios se mostraron cambios significativos en el funcionamiento familiar.

El papel de la participación de la familia en el tratamiento de la ansiedad en niños también se ha evaluado directamente con estudios cuyos diseños implican la comparación de una condición de terapia familiar y una condición sin terapia familiar, o un tratamiento sólo con el niño.

El primero de estos estudios (Barrett, Dadds & Rapee, 1996) asignó aleatoriamente a 79 niños provenientes de población general, de entre 7 y 14 años de edad, a una de tres condiciones experimentales: terapia dirigida exclusivamente a los niños (TCC-N; n=28), terapia para los padres y los niños (TCC-F; n=25) y, condición en lista de espera (L.E.; n=26). Los participantes, con el diagnóstico primario de hiperansiedad, trastorno de ansiedad generalizada o fobia social, se sometieron al *Coping Koala Workbook* (Barrett, 1995a), adaptado, con cambios mínimos, del *Coping Cat* de Kendall (1990). Las dos condiciones de tratamiento (tratamiento a los niños, o a los niños y padres) constaban de 12 sesiones terapéuticas con duración aproximada de 60 a 80 minutos, aunque la terapia con niños y padres se dividía en dos partes, primero 30 minutos con los niños, y el resto del tiempo con los padres. El tratamiento a los padres, conducido por 5 psicólogos, fue el de la Ansiedad Familiar (FAM, por sus siglas en inglés; Barrett, Dadds & Rapee, 1991) que incluye sesiones conjuntas del niño y sus padres (40 minutos).

Los efectos del tratamiento se evaluaron sobre la ansiedad, los miedos, la depresión, los síntomas internalizados y externalizados, y el funcionamiento global (escalas de ajuste) y los resultados de la entrevista clínica. Así mismo se midió² los estilos de afrontamiento y la presencia de pensamientos disfuncionales. Las mediciones se hicieron antes del tratamiento, inmediatamente después del mismo (postratamiento) y en dos momentos de seguimientos (6 y 12 meses).

² Para obtener esta medida se plantearon 12 situaciones ambiguas a los niños. Se les preguntó su interpretación de las circunstancias y cuáles serían sus planes de acción. Se calificaban las respuestas en términos de amenaza y evitación y se obtenía una media para las 12 situaciones. Después se seleccionaban 2 situaciones de amenaza para cada niño y se presentaban a toda la familia en conjunto. En conjunto hablaban de lo que podría estar pasando y de lo que podría pasar, pero se dejaba que al final el niño propusiera una manera de solucionar la situación.

No se encontraron diferencias significativas entre las 3 condiciones respecto a los síntomas de ansiedad y de depresión ya que el conjunto de la muestra mejoró en el postratamiento y en los seguimientos, debido a un efecto del tiempo. Los miedos sí cambiaron por efectos del tratamiento de una condición a otra, al mostrar mayor mejoría en el postratamiento los niños cuya familia participó en el tratamiento. Si bien en el primer seguimiento no hubo diferencias entre las dos intervenciones, sí las hubo en el segundo seguimiento, en el que los niños, cuyos padres participaron, mejoraron significativamente. En relación con las escalas de ajuste, se encontró que los puntajes después de ambas condiciones de intervención mejoraron en el postratamiento y en los seguimientos, pero entre los dos tratamientos, la condición que incluyó a los padres resultó significativamente superior. El informe de los padres sobre síntomas internalizados y externalizados, mejoró en ambas condiciones de intervención hacia el postratamiento, en comparación con la lista de espera. En los seguimientos continuaron mejorando ambas condiciones de tratamiento, aunque más cuando participaban los padres. Bajo ambas condiciones, disminuyeron las interpretaciones de amenaza y los planes de evitación, pero la condición de tratamiento a los padres, arrojó menores interpretaciones de amenaza, en comparación con el grupo control. Cincuenta y siete por ciento de los niños en la condición de tratamiento exclusivo a niños y 84% en el tratamiento a los padres y niños, dejaron de cumplir el criterio diagnóstico de ansiedad para el postratamiento. Las diferencias entre las dos condiciones de intervención y la lista de espera (24%) fueron significativas. La diferencia significativa hallada entre los grupos de intervención en el postratamiento, desapareció en el seguimiento a 6 meses (71% para el tratamiento exclusivo a niños y 84% en el tratamiento con los padres y los niños), pero re-apareció en el seguimiento a un año (70% en el tratamiento sólo con niños y 95% en el tratamiento con los padres). Resultó superior la condición que incluía a los padres.

Se mostró también la significancia clínica del tratamiento respecto a los síntomas internalizados y externalizados en un porcentaje alto de participantes (alrededor de 94%) en ambas condiciones de tratamiento. Podría concluirse que las dos condiciones de intervención superaron a la lista de espera, y que las mejorías se mantuvieron a lo largo de los seguimientos. A pesar de que ambas intervenciones produjeron beneficios, según

los diversos informantes, la participación de los padres en el tratamiento produjo resultados más satisfactorios.

Los análisis correlacionales para saber si ciertas características de la muestra se asociaban con un mejor resultado a través de alguna de las dos condiciones de tratamiento, mostraron que las niñas y los participantes más jóvenes (con espectro de edad de 7 a 10 años) parecen responder mejor si participa su familia y que los varones y los participantes más grandes (11 a 14 años) responden igualmente a las dos condiciones. La diferencia debido a la edad se puede explicar porque probablemente para los niños más pequeños sean más importantes las habilidades que tengan sus padres para criarlos, mientras que al crecer, el trabajo cognoscitivo que se hace con lo niños cobra mayor importancia al momento de afrontar situaciones de ansiedad. Los hallazgos respecto a la diferencia en responsividad debido al género, es difícil de explicar. Los autores del estudio proponen que esto podría estar relacionado con la forma diferenciada en que los padres interactúan con niños y niñas.

El seguimiento a 6 años (en promedio) de concluida la intervención (Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001) contó con la participación de un 62% de la muestra. No se encontraron diferencias significativas en variables socio-demográficas entre aquéllos que fue posible evaluar en el seguimiento y los que no, pero sí respecto a la gravedad de los diagnósticos: aquéllos que participaron en el seguimiento habían mostrado gravedad más elevada en el pretratamiento. En el seguimiento, 86% de los participantes, en ambas condiciones de tratamiento (con y sin padres), seguían sin cumplir con el criterio clínico del diagnóstico inicial. Las mejorías medidas en la escala de ajuste se mantenían igualmente para ambas condiciones de tratamiento. En la evaluación de miedos se encontró mejoría adicional a la del postratamiento en ambas condiciones, pero fue mayor en la condición de tratamiento con los padres. Se mantuvo la mejoría en síntomas internalizados con respecto al postratamiento sin diferir entre las dos condiciones (aproximadamente 85% de la muestra se ubicó en la normalidad). A pesar de que la mejoría de la ansiedad en el postratamiento, no se mantuvo en el seguimiento, su puntuación fue significativamente menor en comparación con el pretratamiento, para ambas condiciones de intervención. En el seguimiento, las ganancias en los síntomas de depresión en el postratamiento, no se mantuvieron, y se regresó a los niveles del pretratamiento.

Para calcular el impacto de la comorbilidad en el estatus diagnóstico, se dividió a la muestra en tres: sin comorbilidad, con comorbilidad con otros trastornos de ansiedad únicamente y con comorbilidad con otros trastornos psicológicos. No se encontraron diferencias en los efectos de tratamiento a partir de esa clasificación, lo que sugiere que la comorbilidad no actúa en detrimento de los efectos del tratamiento.

En resumen, a pesar de que a corto y mediano plazos (antes de 1 año) la participación de los padres reveló algunos efectos superiores, a 6 años no se encontró diferencia entre ambos tratamientos (excepto para el auto-informe de miedos, donde la intervención con participación de los padres fue superior). A largo plazo, la mayoría de las ganancias se mantuvieron (con excepción de los síntomas de depresión) y la comorbilidad no moderó los efectos del tratamiento.

Para aclarar el papel de la participación de los padres en el tratamiento, Nauta, Scholing, Emmelkamp y Minderaa (2001; 2003; 2005) en los Países Bajos, realizaron tres investigaciones que resultan relevantes. En la primera (Nauta, et al., 2001), compararon un tratamiento cognitivo-conductual con y sin la participación de los padres. Participaron 18 niños de población clínica entre 8 y 15 años con diagnósticos primarios de trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada o fobia social, para comparar dos tratamientos cognitivo-conductuales con y sin participación de los padres. Un 80% de los niños presentaba comorbilidad.

Se aplicó una versión holandesa del *Coping Cat*, reducida a 12 sesiones, a todos los niños. En la intervención con padres (TCC-F; n=9) se aplicó el mismo manual, se añadieron 7 sesiones exclusivas para los padres, que en conjunto se denominaron Entrenamiento Cognoscitivo para Padres (ECP; Nauta & Scholing, manual no publicado). Los seis estudiantes de doctorado en psicología clínica que condujeron el tratamiento tenían experiencia previa en terapia cognitivo-conductual y recibieron entrenamiento en el uso de los manuales en esta investigación. También se verificó y comprobó su adherencia al tratamiento mediante audiograbaciones.

Para la evaluación de los efectos del tratamiento se incluyeron medidas, antes y después del tratamiento y a 3 y 15 meses de seguimiento, de miedo y de preocupación,

en versiones tanto de auto-informe para los niños como de informe por parte de los padres, además de la entrevista clínica para establecer los diagnósticos.

Se encontró que 28% de la muestra había dejado de cumplir con los criterios de diagnóstico clínico de ansiedad en el postratamiento (11% en el tratamiento con padres y 44% en el tratamiento sólo con niños, pero no se indica si tal diferencia es significativa). El miedo y las preocupaciones disminuyeron significativamente del pretratamiento al postratamiento, según los niños y los padres, en ambas condiciones. En el seguimiento a 3 meses, los porcentajes de recuperación aumentaron notoriamente: 71% en el tratamiento con los padres y 88% en el tratamiento sin ellos, asimismo, la disminución de los miedos y las preocupaciones se mantuvo, en ambas condiciones. A los 15 meses, la entrevista clínica reveló que 63% de los niños en tratamiento con los padres y 78% de los niños en tratamiento sin ellos, ya no cumplían con el criterio diagnóstico. Los niños que no lograron recuperarse, presentaban puntajes muy bajos en su funcionamiento global, en comparación con los que sí se recuperaron. En el seguimiento a 15 meses, según los padres, el miedo siguió disminuyendo, pero según el auto-informe de los niños, los miedos volvieron al estado inicial, es decir, se observó una recaída.

A los 3 meses el tamaño de efecto de los auto-informes e informes en la escala de miedos fue grande (1.86 en el informe de los padres y 0.86 en el auto-informe), pero a los 15 meses el tamaño disminuyó a moderado para el informe de los padres (0.60) y a pequeño para el auto-informe de los niños (0.14). Análisis correlacionales realizados sugieren que únicamente los puntajes de miedo y de funcionamiento global a los 3 meses predecían las recaídas respecto a esas mismas variables a los 15 meses.

No se encontraron diferencias significativas entre los efectos de las dos condiciones. La eficacia de los tratamientos se consolidó a los tres meses de seguimiento al observarse mejorías significativas y no en el postratamiento. Desafortunadamente, se incluyeron pocas medidas para evaluar los efectos y la muestra no fue muy grande, lo cual limita los resultados, pues quizá con otras mediciones o con una muestra más grande, se hubiera podido obtener resultados más sólidos. Los autores además señalan que la muestra como un todo no mejoró, pues se encontró que hubo gran variabilidad entre los sujetos en cuanto a su respuesta al tratamiento.

En una réplica (Nauta, et al., 2003) se empleó una muestra más grande de 79 niños tanto de población clínica como general, de 7 a 18 años, con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social o trastorno de pánico. Setenta por ciento de la muestra tenía comorbilidades con uno o más de los siguientes trastornos: otro trastorno de ansiedad, depresión, distimia, trastorno oposicionista y trastorno por déficit de atención. Aparte del tamaño de la muestra, otra diferencia en el segundo estudio, es que en esta ocasión sí se incluyó grupo control (lista de espera). Veintinueve niños se asignaron al tratamiento exclusivo a niños, 30 al tratamiento con padres y 20 a la lista de espera. Sin embargo, después de un período de espera de 3 meses, 17 (2 niños dejaron de cumplir con el cuadro clínico y una familia ya no quiso participar) de los niños asignados a la lista de espera inicialmente, se reasignaron a una de las dos intervenciones, por razones éticas.

Inmediatamente después del tratamiento, 54% de los niños en tratamiento sin padres y 59% en el tratamiento con padres, en comparación con 10% en lista de espera, se recuperaron de su diagnóstico clínico (diferencia significativa entre los dos grupos de intervención y la lista de espera). La gravedad de los síntomas que persistieron disminuyó, por efecto del tiempo, es decir, no difirió entre las condiciones de tratamiento. Los síntomas ansiedad y los síntomas internalizados y externalizados, de acuerdo con el informe de los padres, disminuyeron significativamente en ambas condiciones de tratamiento en comparación con la lista de espera. Todas las variables, tanto auto-informadas como informadas por los padres, con excepción de los síntomas externalizados, tuvieron tamaños de efectos grandes (con rangos de 0.92 a 1.69).

Después del tratamiento, los niños en la lista de espera se re-asignaron a una de las dos condiciones de tratamiento en forma aleatoria, por lo que no se cuenta con datos sobre los participantes en lista de espera para que los seguimientos. En el seguimiento a 3 meses, el porcentaje de participantes que dejó de alcanzar el criterio diagnóstico inicial fue 68% en el tratamiento sin padres y 69% en el tratamiento con ellos. Al comparar directamente las dos intervenciones, todas las variables, tanto informadas por los padres como por los niños (ansiedad, depresión, miedos y síntomas internalizados y externalizados), disminuyeron del pretratamiento al postratamiento y del pretratamiento al seguimiento, sin diferir entre condiciones. Esto indica mejorías en ambas condiciones por igual y el mantenimiento del efecto a los 3 meses. Por otro lado,

según el auto-informe de los niños de ambas condiciones de tratamiento, los síntomas de ansiedad se redujeron a niveles normales, es decir, mostraron significancia clínica, pero no según el informe de los padres.

Finalmente, se encontró que el tiempo de duración de las quejas o síntomas, tuvo un efecto sobre los resultados del tratamiento sobre la ansiedad.

El tercer estudio de la serie (Nauta, Scholing, Emmelkamp & Minderaa, 2005), es en realidad una extensión del estudio publicado en 2003, pues se trabajó con la misma muestra, pero se incluyó variables familiares (estilos de crianza, niveles de ansiedad de los padres, miedos de los padres y conflictos maritales) para explorar si predecían los resultados del tratamiento, a un año después del tratamiento. Ninguna de las variables moderó significativamente los resultados. El entrenamiento a los padres tampoco produjo resultados superiores en los niños. Se concluye que independientemente de las variables familiares los niños pueden beneficiarse igualmente de ambos tratamientos. Sin embargo, queda abierta la posibilidad de que algunas variables predigan los resultados del tratamiento en diferentes momentos, a corto o a largo plazo. Otras investigaciones (Cobham, et al., 1998; Toren, et al., 2000) han encontrado que ciertas variables familiares predicen algunos resultados en diferentes momentos después de terminado el tratamiento.

Otros estudios han corroborado estos hallazgos. Por ejemplo, Siqueland, Rynn y Diamond (2005) sometieron a prueba un tratamiento de la ansiedad en niños con la participación de la familia. En una primera fase, se piloteó el tratamiento, denominado *Terapia Familiar Basada en el Apego (TFBA)*, con la participación de 8 niños de edades de 14 a 17 años con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad generalizada. Durante las sesiones de la primera fase, se aplicaba primero el *Coping Cat* (Kendall, 1990) a los niños y después se trataba en conjunto a la familia con los niños con el tratamiento familiar. Al finalizar el tratamiento, se encontraron mejorías clínicamente significativas en 88% de los niños en la ansiedad. Ello dio pie a que se averiguara, en la segunda fase, si había beneficios adicionales al agregar la terapia familiar al tratamiento cognitivo-conductual que se daba a los niños.

En la segunda fase, 11 adolescentes tanto de población clínica como general, de 12 a 17 años, con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad por separación, se asignaron aleatoriamente a una condición de tratamiento cognitivo-conductual exclusiva para los niños (TCC-N; n=6) o la condición de tratamiento cognitivo-conductual para los niños más la terapia familiar con los padres (TCC+TFBA; n=5). Se observó comorbilidad en 65% de los participantes con depresión, fobia social, y trastorno de pánico. Se excluyó a niños con diagnóstico adicional de trastorno obsesivo compulsivo, trastornos psicóticos o trastornos alimenticios.

Los mismos cinco terapeutas, con experiencia en el uso de manuales de tratamiento, estuvieron a cargo del tratamiento y recibieron un tratamiento adicional. Además contaron con supervisión semanal durante las 16 sesiones de tratamiento y se verificó su adherencia y competencia terapéuticas.

Se midió la ansiedad y la depresión de los niños y la crianza, informada por los padres y adolescentes. Al término del tratamiento, 67% de los adolescentes en la condición sin tratamiento familiar y 40% de los adolescentes en la condición de tratamiento familiar, ya no cumplían con el criterio diagnóstico de ansiedad, pero la diferencia no fue significativa. La ansiedad y la depresión disminuyeron significativamente del pretratamiento al postratamiento, por igual en ambas condiciones, excepto la depresión de acuerdo al informe de los adolescentes, en la cual tuvo más mejoría la condición del tratamiento sin la familia. Los padres no informaron cambios respecto a la crianza, pero los adolescentes percibieron más calidez y aceptación. A pesar de que no hubo diferencias significativas entre las dos condiciones, se observaron tendencias diferentes en los puntajes de una variable denominada control psicológico: los participantes en el tratamiento sin la familia informaron incremento en esta variable, y los niños en tratamiento familiar, al contrario.

En el seguimiento a 6 meses las ganancias de ansiedad y depresión se mantuvieron. Cien por ciento de los adolescentes en el tratamiento sin la familia y 80% de los niños en el tratamiento familiar ya no cumplieron con el diagnóstico.

La falta de poder estadístico podría explicar el que no se encontraran diferencias entre tratamientos, pues la muestra no fue suficientemente grande. Sin embargo, ambos

tratamientos son eficientes para aliviar los trastornos de ansiedad en adolescentes, con mejorías muy similares a las encontradas en los estudios hechos con niños únicamente o niños y adolescentes combinados.

Un último estudio (Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu & Sigman, 2006) asignó aleatoriamente a 38 niños de 6 a 13 años de edad, con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación o fobia social a una de dos condiciones: tratamiento cognitivo-conductual sólo para los niños (TCC-N; n=19) y terapia tanto para el niño como para los padres (TCC-F; n=19). Los niños provenían tanto de población general como clínica y varios presentaban comorbilidad con otros trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno obsesivo compulsivo y fobia específica).

Se empleó el manual *Coping Cat* (Kendall, et al., 1990) y para el tratamiento con los padres se diseñó un manual especial para este estudio al que se llamó "Construir Seguridad/Confianza" el cual emplea estrategias cognitivo conductuales, pero también incluye otras orientadas a cambiar la comunicación entre los miembros de la familia y a aumentar la autonomía de los niños. En ambas condiciones de tratamiento se realizaron de 12 a 16 sesiones de 60 a 80 minutos de duración. Nueve estudiantes de postgrado en psicología clínica y un psicólogo clínico recibieron entrenamiento específico en el uso de estos manuales y un evaluador independiente verificó su adherencia terapéutica mediante videgrabaciones.

Los efectos del tratamiento se evaluaron sobre el mejoramiento global y la ansiedad informada por los niños y sus padres, antes y después de éste.

En el postratamiento, 53% de los niños en el tratamiento exclusivo para niños y 79% en el tratamiento con los padres dejaron de cumplir el diagnóstico primario, pero la diferencia no fue significativa. Sí hubo diferencia significativa entre pacientes que mostraron más mejoría que, según los clínicos correspondió, al 79% en tratamiento con los padres y 26% en el tratamiento sin ellos. En cuanto a la ansiedad, los puntajes se redujeron en ambas condiciones, sin diferencia significativas entre condiciones. Sin embargo, según un modelo estadístico HLM, la tasa de cambio fue más rápida en la condición de tratamiento de los padres y con un tamaño de efecto moderado (0.53).

También se encontró que la ansiedad mejoró en un mayor número de niños en el tratamiento con los padres (88%) en comparación con los niños en el tratamiento sin ellos (53%), según la entrevista clínica con los padres, lo cual apoya la significancia clínica de la terapia familiar. No obstante, según el informe de los niños, la mejoría entre ambas condiciones no resultó diferente significativamente (72% para la condición sin los padres y 63% con los padres).

Los niños de ambas condiciones mejoraron, pero con base en la evaluación clínica, la mejoría fue mayor en la condición con los padres. De manera semejante a la intervención llevada a cabo por Siqueland, et al., (2005), la intervención con la familia, no sólo incluyó estrategias cognitivo-conductuales, sino que también enfatizó la comunicación, la disminución de la intrusión de los padres y el aumento de la autonomía de los niños. Cabe recalcar que según el auto-informe de los niños sobre los síntomas de ansiedad, éstos disminuyeron igualmente en ambas condiciones. Desafortunadamente, no se incluyeron variables de funcionamiento familiar u otros factores que según los modelos cognitivo-conductuales afectan la ansiedad de los niños (como por ejemplo, los estilos de crianza).

Los tratamientos individuales han resultado eficaces para el tratamiento de la ansiedad en niños, tanto con la participación de los padres como sin ella. Principalmente se presentan mejorías en la sintomatología ansiosa y los síntomas internalizados y externalizados. Otras mejorías, aunque no tan consistentes, son en los síntomas depresivos, los miedos y el mejoramiento global. Estos tratamientos se han instrumentado sobre todo en escenarios de investigación o clínicas psiquiátricas, con población general y clínica, por lo que también se puede hablar de su efectividad en escenarios naturales y con muestras representativas. Como alternativa, se encuentran tratamientos administrados grupalmente, cuya mayor ventaja, en términos prácticos, en comparación con el tratamiento individual, sería el ahorro de recursos de tiempo y humanos. A continuación se describen los resultados obtenidos en tratamientos de tal modalidad.

Resultados de Intervenciones Grupales basadas en manuales

Los siguientes estudios se han propuesto verificar la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales aplicados en grupo (TCCG), ya sea con o sin la participación de la familia. Además, dos de ellos informan sobre una intervención preventiva.

Prevención y Tratamiento Temprano con Intervenciones Grupales

Dos ensayos clínicos aleatorios perseguían evaluar la eficacia de los tratamientos de ansiedad para prevenir tanto selectivamente (Dadds, Spence, Holland, Barrett & Laurens, 1997) como universalmente (Barrett & Turner, 2001) el desarrollo de trastornos de ansiedad.

Ciento veintiocho niños australianos, entre 7 y 14 años de edad, bajo riesgo de presentar algún trastorno de ansiedad, o ya con un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social o fobia específica, se asignaron aleatoriamente a una de dos condiciones; una de monitoreo o control (n=67), y otra de tratamiento grupal (n=61). Se evaluó la ansiedad, los síntomas internalizados y externalizados, el grado de ajuste del niño, el estatus diagnóstico y la gravedad de los síntomas presentes, en el pretratamiento, postratamiento y en el seguimiento a 6 meses.

Se aplicó el manual *Coping Koala: Prevention Manual* (Barrett, Dadds & Holland, 1994), el cual es una adaptación del *Coping Cat* (Kendall, et al., 1990). El tratamiento se instrumentó en las instalaciones de las escuelas de los niños. Se organizaron grupos compuestos por 5 a 13 niños. El psicólogo clínico que dirigía el tratamiento y el estudiante de doctorado que actuaba como co-terapeuta recibieron entrenamiento previo y supervisión semanal durante el tratamiento.

No se encontraron diferencias significativas entre ambas condiciones en cuanto a los síntomas de ansiedad o el estatus diagnóstico. Los niños de ambos grupos mejoraron en todos los síntomas, y disminuyó el porcentaje de niños con diagnóstico de ansiedad

después del tratamiento en ambos grupos. Además, de los niños en riesgo de ansiedad, 10% de cada condición experimental desarrolló un trastorno de ansiedad después del tratamiento. Sólo el ajuste referido por los padres mejoró significativamente para los niños expuestos a tratamiento, y no así para el grupo control.

En el seguimiento a 6 meses sí se observaron diferencias entre los grupos. Un porcentaje (aprox. 65%) significativamente mayor de niños en el grupo de tratamiento con diagnóstico inicial de ansiedad dejaron de cumplir con el criterio diagnóstico, en comparación con los niños del grupo control (aprox. 40%). De los niños sin un diagnóstico clínico inicial, es decir, en riesgo, 54% en el grupo control desarrolló un trastorno de ansiedad, en comparación con sólo un 16% en el grupo bajo tratamiento; esta diferencia fue estadísticamente significativa. Sin embargo, la sintomatología mejoró para ambos grupos en el seguimiento.

Como intervención preventiva, este manual arrojó resultados favorables, sobretudo en lo relacionado al diagnóstico -categórico- de trastornos de ansiedad. Como tratamiento, el manual produjo algunas mejorías, pero otras veces no se encontró superioridad de la condición de tratamiento en comparación con el grupo control. Por ello, el estudio no es totalmente concluyente respecto a la eficacia de este manual de tratamiento.

Los efectos del tratamiento a uno y dos años después de culminado el tratamiento (Dadds, et al., 1999) se evaluó con el 93% de la muestra original. A un año, las diferencias estadísticamente significativas desaparecieron entre ambos grupos, y 63% de los niños en tratamiento y 58% de los niños en grupo control, ya no cumplían con el criterio diagnóstico de ansiedad. El ajuste tampoco difirió significativamente, aunque hubo una tendencia de cambios mayores en los niños en tratamiento.

A dos años, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el ajuste y el estatus diagnóstico; 80% de los niños en tratamiento no cumplían con el criterio diagnóstico, en comparación con 61% de los niños del grupo control. Además, dado que un porcentaje menor de los niños en riesgo que se sometieron al tratamiento desarrollaron algún trastorno de ansiedad en comparación con el grupo control, es posible concluir que el tratamiento es eficaz también como intervención preventiva.

Se encontró que las niñas en general, los participantes con puntajes de gravedad más altos, y aquéllos que no recibieron el tratamiento, resultaron menos sensibles al tratamiento. Por otro lado, la gravedad de los síntomas de ansiedad, y no exponerse al tratamiento, predijeron la cronicidad del trastorno en los seguimientos.

Desde un punto de vista dimensional, también se buscaron variables predictoras de la gravedad de los síntomas en el postratamiento y dos años después. Para el postratamiento, la gravedad inicial (pretratamiento), y el género (niñas) predijeron la gravedad en el futuro. Para el seguimiento a dos años, la gravedad de los síntomas internalizados en el pretratamiento predijo la gravedad de los síntomas de ansiedad a futuro.

Los datos revelan el potencial preventivo del tratamiento, a dos años, respecto a los trastornos de ansiedad. A pesar de que ambos grupos presentaron mejorías con el paso del tiempo, la intervención se asoció con el 20% de las mejorías en el período de dos años. Los autores recurren a los puntajes altos en una sub-escala de mentiras en uno de los instrumentos, y los cursos sobre habilidades de afrontamiento que proporcionaron algunas de las escuelas a un año después de la intervención, a raíz del estudio, como explicaciones alternativas a la ausencia de diferencias significativas en el seguimiento a un año. Respecto al hecho de que los niveles altos de gravedad al inicio dificultan las mejorías a corto plazo, valdría la pena averiguar a futuro si una intervención más individualizada podría contrarrestar los efectos de la gravedad de los síntomas.

En un segundo ensayo clínico aleatorio (Barrett & Turner, 2001), se puso a prueba una versión actualizada del mismo manual empleado por Dadds y colaboradores (1997), actualmente conocido como el programa *FRIENDS* (Barrett, et al., 2000). Únicamente se evaluó el efecto preventivo del manual, dirigiéndose a una población universal. Participaron 489 niños con edades de 10 a 12 años, de varias escuelas primarias cuyos padres aceptaron participar, sin importar si los niños se encontraran o no bajo riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad. Se asignó aleatoriamente a las escuelas a una de dos condiciones: de tratamiento grupal y de control. En las escuelas en donde se llevó a cabo el tratamiento, se formaron dos modalidades de intervención; una dirigida por psicólogos y otra dirigida por los profesores de las escuelas. De esta manera, quedaron

tres condiciones: monitoreo o control (n=147), tratamiento grupal guiado por psicólogos (n=188) y tratamiento grupal guiado por los profesores (n=263). Tanto los psicólogos como los profesores recibieron entrenamiento en la aplicación del manual, y se supervisó su adherencia a éste.

La ansiedad y la depresión se midieron con el auto-informe de los niños. Después de las 10 sesiones de intervención, de 75 minutos cada una, se encontró en ambos grupos experimentales que la ansiedad mejoró significativamente en los síntomas ansiosos, en comparación con el grupo control. La sintomatología depresiva, mejoró principalmente en la condición en la que los profesores condujeron el tratamiento. Un análisis más específico clasificó a los niños en riesgo o sin riesgo de ansiedad. Los niños en riesgo que recibieron tratamiento tendieron a caer en el espectro normal después de éste, más no así los niños en riesgo de la condición control, lo que sugiere la significancia clínica del tratamiento. No obstante, no fue posible comprobar la significancia estadística de esas tendencias. A pesar de la falta de multi-informantes en este estudio, los resultados permiten concluir que el manual disminuye los síntomas tanto de ansiedad como de depresión en una población general de niños. Este tratamiento puede realizarse en las escuelas, además de que con la capacitación correspondiente podrían aplicarlo los profesores.

En los dos estudios previos (Barrett & Turner, 2001; Dadds, et al., 1997) se puso a prueba el tratamiento grupal de la ansiedad a nivel preventivo, obteniendo resultados favorables, y además se administraron en las escuelas de los niños, lo cual da fe de la transportabilidad de las intervenciones basadas en manuales a escenarios comunitarios.

Comparación de un manual de tratamiento grupal y una intervención psicológica placebo

Hasta la fecha solamente hay un ensayo clínico aleatorio en el que se comparara la eficacia de un manual de intervención de ansiedad en niños contra otro tratamiento psicológico. Muris, Meester y van Melick (2002) compararon el *Coping Koala* (Barrett, et al., 1995) con un tratamiento psicológico placebo denominado Apertura Emocional.

Treinta niños entre 9 y 12 años de edad, de población general, diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación o fobia social, se asignaron aleatoriamente a una de tres condiciones (10 niños por condición): tratamiento grupal, Apertura Emocional (placebo) y lista de espera. Un 40% de los niños tenían una comorbilidad con otros trastornos de ansiedad. El estudiante de doctorado en psicología clínica, a cargo de ambas intervenciones, recibió entrenamiento previo y se mantuvo bajo supervisión semanal durante el tratamiento realizado en la escuela de los niños. Antes y justamente después del terminado el tratamiento, se midió la ansiedad y la depresión mediante una entrevista clínica y el auto-informe de los niños.

Al postratamiento se encontraron reducciones estadísticamente significativas de ansiedad y de síntomas de depresión únicamente en el grupo sometido a tratamiento grupal. Por otro lado, no se encontraron diferencias entre la condición en lista de espera y la de apertura emocional. Además, el tamaño del efecto de los cambios tanto para ansiedad como para depresión en el grupo de tratamiento fue grande (alrededor de 1). En cuanto a la significancia clínica, no se encontraron diferencias significativas entre las 3 condiciones: 80% de los niños en el tratamiento grupal pasaron de un nivel clínico a la normalidad en sus síntomas de ansiedad, 40% en la apertura emocional y 30% en lista de espera. Se preguntó también a los niños sobre su conformidad, utilidad y agrado sobre el tratamiento, lo que arrojó una percepción positiva de ambas intervenciones, sin embargo, sólo el tratamiento grupal logró cambios medibles. A pesar de algunas limitaciones, como el uso exclusivo de medidas de auto-informe y la aplicación de la entrevista diagnóstica sólo en el pretratamiento, los cambios significativos y el tamaño del efecto permiten concluir acerca de la eficacia del *Coping Koala* para tratar los trastornos de ansiedad y sintomatología depresiva, y sobre su superioridad con respecto a la apertura emocional.

Este estudio es importante en tanto que la comparación del tratamiento cognitivo-conductual con una intervención placebo, permite descalificar a elementos inespecíficos del tratamiento (relación terapéutica, atención recibida) como posible explicación de los resultados, a diferencia de otros estudios, donde se compara únicamente con una lista control. Así, los resultados obtenidos por el tratamiento cognitivo-conductual, se pueden atribuir con seguridad a sus componentes.

Tratamiento Grupal con la Participación de la Familia

La participación de los padres en el tratamiento, se ha contrastado con los tratamientos en los que no participan.

En un ensayo clínico aleatorio (Silverman, et al., 1999) con 56 niños (19 asignados a lista de espera y 37 asignados a tratamiento grupal), entre 6 y 16 años, con diagnósticos primarios de trastorno de ansiedad generalizada o hiperansioso y fobia social, tanto de población clínica como general, se aplicó un protocolo de intervención durante 12 sesiones de 40 minutos de duración, con grupos de 4 a 8 niños. Después se reunía a los padres con los niños durante 15 minutos. Se verificó la adherencia al tratamiento por parte del terapeuta y el co-terapeuta mediante listas de verificación.

Antes del tratamiento, justamente después de éste, y a los 3, 6 y 12 meses se midió la ansiedad, los miedos, los síntomas internalizados y externalizados y la depresión de los niños mediante su propio auto-informe, el informe de los padres y la entrevista clínica.

Los niños expuestos al tratamiento mejoraron significativamente respecto a todas las variables dependientes. Los análisis estadísticos revelaron que la mejoría en la ansiedad, los síntomas internalizados y síntomas externalizados se debió a la interacción del tratamiento con el tiempo, no así la reducción del miedo y de la depresión, cuya mejoría se debió solamente al paso del tiempo. La calificación de la gravedad de los síntomas de ansiedad por parte de los clínicos se redujo significativamente del inicio (6.84) al final del tratamiento (1.88) para los niños que fueron expuestos al tratamiento, lo que no ocurrió con los niños en lista de espera. En relación al estatus diagnóstico, al finalizar el tratamiento 64% ya no alcanzaron el diagnóstico clínico, en comparación con 13% de los niños en la lista de espera.

En los seguimientos del estatus diagnóstico a los 3, 6 y 12 meses, el porcentaje de recuperación fue de 77%, 79% y 76%, respectivamente. Respecto a la significancia clínica, 82% de los participantes, con puntajes clínicos de síntomas internalizados y externalizados al inicio, lograron ubicarse dentro de la normalidad al finalizar la

intervención. El tratamiento cognitivo-conductual, en general, y este tratamiento, en particular, reducen eficazmente los problemas de ansiedad en niños, hasta un año después.

La eficacia de este mismo tratamiento -protocolo- se ha demostrado en otro estudio que usó un diseño de línea base múltiple parcialmente no-concurrente (Lumpkin, Silverman, Weems, Markham & Kurtines, 2002). Dieciocho niños, de los cuales sólo 12 completaron el tratamiento, entre 6 a 16 años con diagnósticos de ansiedad de trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad por separación, se expusieron a un tratamiento en grupos conformados por 5 a 8 niños. Dos estudiantes de doctorado condujeron las 12 sesiones de tratamiento con duración aproximada de 70 a 90 minutos, durante las cuales se verificó su adherencia al manual. Se evaluó el efecto del tratamiento sobre la ansiedad, los miedos y el funcionamiento global de los niños, mediante la entrevista clínica para el diagnóstico, auto-informes de los niños e informes de los padres, antes del tratamiento, al postratamiento y en seguimientos a 6 y 12 meses.

Los resultados variaron dependiendo del informante. De acuerdo con el auto-informe de los niños, los síntomas de ansiedad se redujeron significativamente, pero no los miedos. Según los padres sucedió lo opuesto; los miedos disminuyeron significativamente, pero no los síntomas de ansiedad, aunque sí se observó una tendencia a la reducción. Las mejorías se mantuvieron a los 6 y 12 meses, e incluso aumentaron. En relación al estatus diagnóstico, en el momento del postratamiento, 50% de los participantes ya no tenían el cuadro clínico de su trastorno original, incluyendo los secundarios, en los casos de comorbilidad. A los 6 meses, el porcentaje fue de 83% y a los 12 meses de 75%. Se observó recaída a los 12 meses de dos de los participantes recuperados anteriormente. Al mismo tiempo, un participante que había retenido el diagnóstico de ansiedad a los 6 meses, logró su remisión a los 12. En los casos en los que se mantuvo el diagnóstico, los puntajes de gravedad disminuyeron, excepto en un caso en el que no se observó mejoría ni en cuanto al estatus diagnóstico, ni a su gravedad. Este estudio sugiere que el mismo tratamiento es exitoso para el tratamiento de diferentes trastornos de ansiedad. Asimismo, los efectos del tratamiento se mantuvieron después de 6 y 12 meses. No fue posible generalizar estos resultados a los

niños con trastorno obsesivo compulsivo, puesto que el participante que no se benefició del tratamiento, presentaba este diagnóstico.

Otro ensayo clínico aleatorio (Shortt, Barrett & Fox, 2001) sometió a prueba el manual de tratamiento conocido como *FRIENDS* (Barrett, Lowry-Webster & Turner, 2000), en 71 niños, entre 6 y 10 años con diagnósticos primarios de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación o fobia social. Setenta y dos por ciento presentaban comorbilidad con otros trastornos como fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, depresión y distimia. Los niños provenían principalmente de población general, y una parte de población clínica. Se asignó aleatoriamente a 54 niños a la condición de tratamiento grupal familiar y 17 a la lista de espera.

Tanto los padres como los niños asistieron, por separado, a 10 sesiones semanales de 60 y 30 minutos, respectivamente, y a dos sesiones de refuerzo posteriores. Al igual que en otros estudios, un terapeuta y un co-terapeuta, estudiantes de postgrado, se entrenaron en el uso del manual, y recibieron supervisión semanalmente para monitorear su adherencia al manual. Se evaluó la eficacia del tratamiento en la ansiedad, y los síntomas internalizados y externalizados medidos mediante auto-informe e informe de los padres, antes, después y a un año del tratamiento. Los clínicos determinaron el diagnóstico y la gravedad de los síntomas.

De acuerdo con la entrevista, al final del tratamiento, 69% de los niños ya no presentaban el diagnóstico de ansiedad, en comparación con 6% de los niños en la lista de espera. Además, para los que aún mostraban problemas de ansiedad, los puntajes de gravedad disminuyeron significativamente. Se observaron beneficios en los síntomas de ansiedad auto-informados y en los síntomas internalizados informados por las madres. Un año después, 68% de los niños seguían sin el diagnóstico clínico, y se mantuvieron los puntajes de gravedad de los síntomas y los síntomas internalizados. La reducción de los síntomas de ansiedad de acuerdo con el autoinforme, se hizo más marcada al año de concluido el tratamiento.

Además, 85% de los niños inicialmente ubicados dentro del espectro clínico en cuanto a síntomas internalizados y externalizados, al final del tratamiento se

encontraban en los límites o ya dentro de la normalidad. Al año, este porcentaje aumentó a 95%. Finalmente, respecto a la opinión de los padres sobre qué componentes del tratamiento fueron más útiles, tanto en las sesiones con los niños como con ellos mismos, señalaron que son el reforzamiento contingente para los niños, y las estrategias cognoscitivas en general, la identificación de auto-diálogo, retar el pensamiento y generar pensamiento útil, para los padres. A pesar de que en este estudio no se entrevistó a los niños para establecer diagnósticos, y no se evaluó la adaptación o el funcionamiento general de los niños, la réplica de los resultados de otras investigaciones, indica que el programa *FRIENDS*, fue el responsable principal de las mejorías observadas.

El manual de intervención grupal propuesto por Toren, et al. (1998), prescribe el trabajo simultáneo, en díadas o tríadas de padres e hijos. Veinticuatro niños entre 6 y 13 años, de población clínica, con diagnósticos primarios de trastorno de ansiedad por separación o fobia social, y con comorbilidad de fobia específica, trastorno por déficit de atención, tics, enuresis y ecopresis, depresión y trastorno obsesivo compulsivo, participaron en un estudio para evaluar ese manual (Toren, et al., 2000).

El tratamiento de 10 sesiones semanales de 80 minutos cada una, se aplicó a 14 niños. Parte de la muestra (n=10) sirvió como grupo control durante un período de lista de espera de 10 a 15 semanas. Después de ese período, todos los niños recibieron tratamiento. Dos terapeutas, cuya adherencia al tratamiento se supervisó, trabajaron con grupos de 3 a 6 participantes en díadas o tríadas de padres e hijos en una clínica de un centro comunitario.

La entrevista clínica se dirigió a los niños y a sus padres. La ansiedad tanto de los niños como de los padres, la depresión de los niños y el funcionamiento familiar se indicaron en el pretratamiento, el postratamiento, y a los 12 y 36 meses.

Según el informe de los niños, los síntomas de ansiedad disminuyeron significativamente al concluir el tratamiento y continuaron disminuyendo 12 meses después. Los síntomas de depresión no disminuyeron inmediatamente después del tratamiento, pero sí al año. También, se lograron porcentajes altos de recuperación, 70% de los niños en el postratamiento y 91% en un seguimiento de tres años dejaron de

cumplir con el criterio diagnóstico de ansiedad. Sólo dos niños no lograron, aparentemente, beneficiarse del tratamiento, lo que se explicó en términos de su comorbilidad con el trastorno por déficit de atención y la presencia de trastornos de ansiedad en sus madres. Aun así, el resto de los niños con madres ansiosas redujeron más los problemas de concentración y los síntomas fisiológicos, en comparación con aquéllos cuyas madres no presentaban ansiedad. Se mostró el costo-beneficio del manual para los niños con trastornos de ansiedad, al lograrse una reducción de síntomas a corto y largo plazo. Se sugiere que la implicación de los padres en el tratamiento, contribuye al efecto duradero de las mejoras.

A pesar de la coincidencia entre los estudios revisados hasta el momento sobre la eficacia de la participación de la familia en tratamientos grupales, no se comparó directamente la intervención grupal con participación de la familia con alguna otra intervención grupal solamente dirigida a niños.

Barrett (1998) realizó el primer ensayo clínico aleatorio en el que se comparó un tratamiento en modalidad grupal con y sin la participación de los padres de 60 niños de población clínica de 7 a 14 años de edad con diagnóstico primario de hiperansiedad, trastorno de ansiedad por separación o fobia social, comórbidos con hiperansiedad, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad por separación y depresión.

Se evaluó el efecto de tres condiciones sobre la ansiedad infantil: tratamiento grupal exclusivo para los niños (TCCG; n= 23); tratamiento grupal de niños y de padres (TCCG-F: n=17) y la lista de espera (L.E; n=20). La intervención grupal para niños se basó en el manual *Coping Koala* (Barrett, 1995a) de 12 sesiones de dos horas, pero en la intervención de niños y padres, se añadió una intervención con los padres denominada Manejo de la Ansiedad en la Familia (MAF) (*The Group Family Anxiety Management Workbook*; Barrett, 1995b, en Barrett, 1998). A diferencia de la intervención dirigida sólo a los niños, la que incluía a los padres, primero abordaba de forma abreviada el *Coping Koala* con los niños, para después trabajar también con la familia.

Los cuatro psicólogos clínicos encargados de aplicar el tratamiento en pares, uno como terapeuta y otro como co-terapeuta, se entrenaron en el uso del manual. Se verificó y comprobó, además, su adherencia terapéutica.

Las variables dependientes fueron los miedos auto-informados por los niños, sus síntomas internalizados y externalizados informados por los padres y diagnóstico junto con el ajuste general de los niños, establecidos mediante la entrevista clínica.

Al término del tratamiento, 56% de los participantes en el tratamiento grupal y 71% en el tratamiento grupal con la familia ya no cumplían con el criterio diagnóstico de ansiedad, en comparación con 25% de los participantes en lista de espera, aunque la diferencia entre los dos tratamientos no resultó estadísticamente significativa. Tampoco en el seguimiento a 12 meses, cuando 65% en tratamiento grupal y 85% en tratamiento con los padres no alcanzaron el diagnóstico. El ajuste de los niños expuestos a tratamiento mejoró significativamente a los 12 meses de seguimiento, al compararlos con los niños en lista de espera. El miedo disminuyó en los niños de las tres condiciones, aunque sólo los niños de la condición de tratamiento con la familia lograron puntajes menores significativamente respecto a los niños en la lista de espera en el postratamiento, y a los niños en tratamiento grupal en el seguimiento. Los síntomas internalizados, disminuyeron significativamente tanto en el postratamiento como en el seguimiento en los dos grupos de intervención. No obstante, los síntomas externalizados, no se redujeron significativamente más que en el caso de los niños en la condición de tratamiento con la familia, tanto en el postratamiento como en el seguimiento. A pesar de esta última diferencia que favorece la participación de los padres, la significancia clínica de los síntomas internalizados y externalizados fue la misma para ambos grupos de tratamiento, en el postratamiento y en el seguimiento.

Ambas intervenciones mostraron su eficacia al reducir significativamente (estadística y clínicamente) la sintomatología en los niños tratados, en comparación con los que permanecieron en lista de espera. Además, las ganancias observadas en el tratamiento se mantuvieron en el seguimiento. En general, el tratamiento con la familia superó a la intervención grupal sin ella.

El equipo de investigación de Mendlowitz, Manassis, Bradley, Scapillato, Miezitis y Shaw (1999) en Canadá, comparó una terapia con niños contra una terapia donde se incluyó a los padres, y se evaluó además una intervención con los padres únicamente. La intervención dirigida a los niños fue una adaptación grupal del manual *Coping Cat*

(llamado *Coping Bear Workbook*; Scapillato & Mendlowitz, 1993) de Kendall (2000). En la intervención con los padres se empleó un protocolo basado en el libro *Keys to Parenting Your Anxious Child* (Manassis, 1996). En la intervención combinada de padres e hijos, participaban simultáneamente el niño y uno o ambos padres. Dos terapeutas dirigieron todos los tratamientos de 12 sesiones de hora y media cada una.

De sesenta y dos niños de población clínica, entre 7 y 12 años de edad, con algún trastorno de ansiedad clasificado en el DSM-IV, 23 se asignaron a la intervención para niños únicamente (TCC-n); 18 a la condición de tratamiento conjunto para padres e hijos (TCC-np); y 21 a la condición en la que sólo los padres recibían el tratamiento (TCC-p). Se evaluó la ansiedad, la depresión y las estrategias de afrontamiento auto-informados por los niños, el mejoramiento global informado por los padres, y se determinó el diagnóstico mediante una entrevista clínica.

Una parte de la muestra sirvió como control en lista de espera. Al cabo de 2 a 6 meses, las variables evaluadas no habían cambiado, por lo tanto se les aplicó el tratamiento también.

Al postratamiento, se encontró que la ansiedad de los varones había aumentado, y la de las mujeres disminuido, significativamente. La depresión disminuyó en las tres condiciones de tratamiento significativamente. También las estrategias de afrontamiento cambiaron positivamente, aunque el género y la condición de tratamiento moderaron los resultados. Las niñas en la condición de tratamiento con los padres informaron el uso más frecuente de estrategias de afrontamiento activo. Asimismo, las niñas de las tres condiciones usaron más frecuentemente estrategias de apoyo. Además, los niños y niñas, de las tres condiciones, informaron usar con menor frecuencia estrategias de evitación y de distracción como afrontamiento. Finalmente, con respecto al mejoramiento global, los padres de la condición de tratamiento a padres e hijos informaron más mejorías significativas, en comparación con las otras dos condiciones de intervención.

Las tres intervenciones produjeron cambios significativos en las variables dependientes, fenómeno que no se observó bajo la condición en lista de espera. La depresión y estilos de afrontamiento cambiaron significativamente en las tres

condiciones. Sin embargo, sólo las niñas informaron de una reducción de síntomas de ansiedad. Los autores sugieren que posiblemente los niños, después de las intervenciones, fueron capaces de identificar más fácilmente dichos síntomas, o bien sentirse más cómodos de informarlos (Medlowitz, et al., 1999), sin que eso signifique que hubiesen aumentado. El problema de esta explicación, es que no se aplica a los niños que no se sometieron directamente al tratamiento (en la condición de tratamiento sólo para los padres) quienes también mostraron el aumento de su ansiedad.

Entre 6 y 7 años después de la intervención, se hizo un seguimiento (Manassis, Avery, Butalia & Mendlowitz, 2004) con el 68% de la muestra original (n=43), pero sólo se evaluó el mejoramiento global y se hizo una entrevista semi-estructurada, tanto a los padres como a los hijos sobre los síntomas de ansiedad aún presentes y el grado de disfuncionalidad que causaban, si recibieron tratamientos adicionales posteriores al proporcionado en el estudio y qué estrategias terapéuticas seguían empleando.

El índice de mejoría en los síntomas de ansiedad y la disfuncionalidad ocasionada por los mismos no difirieron significativamente entre las tres condiciones de tratamiento, aunque hubo una tendencia de los padres en la condición de tratamiento exclusivo a padres a informar menos síntomas en sus hijos, y de los padres en la condición de tratamiento de padres e hijos, a referir más. Asimismo, los padres de los niños diagnosticados inicialmente con trastorno de ansiedad generalizada, tendieron a percibir menos síntomas de ansiedad al momento del seguimiento, en comparación con los niños con otros diagnósticos. Se encontró una correlación positiva entre la ansiedad en el pretratamiento y la disfuncionalidad al seguimiento.

Treinta por ciento de la muestra recibió tratamientos adicionales (no se especifica de qué tipo) después del proporcionado en el estudio, con especial recurrencia en las niñas y de los participantes más grandes (los que en el estudio original tenían más de 10 años de edad). La respiración diafragmática y auto-diálogo de afrontamiento fueron las dos estrategias terapéuticas que se emplearon con más frecuencia después del tratamiento formal.

Los datos del seguimiento presentan una limitación pues no se emplearon las mismas medidas que en el estudio original, ni son estandarizadas. Por ello, no se pudo

comprobar si las diferencias en los estilos de afrontamiento entre las diferentes intervenciones encontradas en el postratamiento perduraron o no, o si las ganancias logradas se mantuvieron a 6 años o no. Sin embargo, se encontró que a pesar de que la muestra siguió presentando algunos síntomas de ansiedad, 70% no requirieron atención especializada adicional. Tanto las niñas, como aquéllos con un diagnóstico distinto al de trastorno de ansiedad generalizada y con niveles más elevados de ansiedad en el pretratamiento, tienen pronósticos menos favorables (Manassis, et al., 2004). Los datos sobre las estrategias terapéuticas sugieren que la respiración diafragmática y el auto-diálogo de afrontamiento son eficaces, o al menos se consideran valiosas para manejar la ansiedad. Al mismo tiempo, la falta de práctica del resto de las estrategias merece consideración. Se encontró que los participantes de mayor edad tendieron más a buscar tratamientos adicionales, posiblemente, en esos casos, se necesite afinar algunas estrategias cognoscitivas para que sean más eficaces. La ausencia de diferencias entre los tres tratamientos en el seguimiento, sugiere un nivel de eficacia similar.

En otro estudio (Bernstein, Layne, Egan & Tennison, 2005), no sólo se compararon intervenciones con y sin la intervención de la familia, sino que también se evaluó la aplicabilidad de los tratamientos en un escenario escolar. Cincuenta y seis niños de 7 a 11 años de edad, con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación o fobia social, se reclutaron de tres escuelas primarias en Estados Unidos. Aproximadamente en 40% de los casos había comorbilidad con otro trastorno de ansiedad. También se incluyeron a niños en riesgo. Los niños se asignaron aleatoriamente a una de tres condiciones: tratamiento exclusivo para niños (TCCG-n; n=14), tratamiento para los niños y uno o ambos padres (TCCG-np; n=18), y lista de espera (n=24).

El programa *FRIENDS* (Barrett, 2004) se aplicó en su totalidad a los niños en ambas condiciones de intervención, pero en la condición de tratamiento de padres e hijos, al trabajar con los padres, se amplió el componente familiar del tratamiento y se incorporó un enfoque sistémico para entender el contexto familiar. Todos los grupos estaban constituidos por 8 a 10 personas dirigidos por psicólogos diferentes en los grupos de los padres y de los niños, quienes recibieron entrenamiento previo y supervisión semanal. El tratamiento consistió en 9 sesiones de 60 minutos y se administró en las escuelas. Para evaluar las intervenciones, se evaluó la ansiedad (auto-informada por los

niños y la percibida por los padres); el mejoramiento general informado por los padres; y una entrevista clínica junto con el índice de gravedad del trastorno, antes y después del tratamiento.

Con respecto al estatus diagnóstico, en el postratamiento, 67% de los niños en el tratamiento exclusivo a niños, 57% en el tratamiento de padres e hijos y 31% en lista de espera ya no cumplieron con el criterio de ansiedad como diagnóstico primario. De los participantes que retuvieron su diagnóstico, un porcentaje significativamente mayor (79%) de niños en la condición de tratamiento exclusivo para niños se movieron a niveles subclínicos en las medidas de ansiedad, en comparación con los niños en lista de espera (38%). Un 67% de los niños en la condición de tratamiento de padres e hijos se movieron a rangos subclínicos, pero la diferencia de este porcentaje con la de los otros dos, no fue significativa.

Según la entrevista clínica a los padres, la gravedad de la ansiedad de los niños disminuyó significativamente después de ambas intervenciones. Pero, según los niños, la mejoría fue estadísticamente significativa únicamente en la intervención exclusiva para los niños. El nivel de mejoría global, según los padres, fue estadísticamente significativo sólo en el tratamiento de niños y padres.

El informe de los padres sobre la ansiedad de los niños mejoró significativamente en ambas condiciones de tratamiento, pero el auto-informe de los niños, permaneció sin cambios significativos.

El tamaño de efecto en la condición de tratamiento a padres e hijos fue moderado para la ansiedad informada por los padres (0.48) y para el índice de gravedad (0.60), y grande para el funcionamiento general (0.88). En la condición de tratamiento exclusivo a niños el efecto en el índice de gravedad (0.58) y el auto-informe de ansiedad (0.42) fue moderado.

En comparación con el grupo control, las dos intervenciones redujeron la sintomatología de ansiedad y remitieron los diagnósticos clínicos iniciales. A excepción del auto-informe de los niños sobre su sintomatología de ansiedad, los resultados de los diferentes informantes fueron congruentes. La intervención con los padres y niños fue

superior en la mejoría global informada por los padres, mientras que el tratamiento exclusivo a los niños fue superior según el auto-informe de éstos. Posiblemente esto se deba a que las intervenciones tienen efectos que se reflejan y perciben de diferente manera para los niños y los padres.

Recordemos también que, en el estudio se incluyeron niños sin un diagnóstico clínico formal. En este sentido la intervención podría actuar a un nivel preventivo, con población subclínica o en riesgo. Sin embargo, para confirmar esta hipótesis se requeriría un seguimiento que permitiera conocer el estatus clínico de la muestra, el cual hasta el momento no se ha publicado.

Hasta este momento, los estudios incluyendo la participación de los padres en el tratamiento, si bien han mostrado resultados favorables en el tratamiento de la ansiedad, no han mostrado superioridad estadísticamente significativa en comparación con los tratamientos exclusivos para los niños. El siguiente estudio podría dar luz sobre qué factor podría explicar los hallazgos previos, pues incluyó la ansiedad de los padres como variable independiente.

El papel de la ansiedad de los padres en el tratamiento de ansiedad en niños

Un estudio (Cobham, Dadds & Spence, 1998) incorpora la ansiedad de los padres como una variable más al comparar el tratamiento de niños con ansiedad con y sin la participación de la familia. El estudio se basó en el modelo etiológico propuesto por Cobham (1997), el cual plantea que la ansiedad de los padres es el factor familiar más importante en el desarrollo de trastornos de ansiedad de los niños. En este ensayo clínico aleatorio se estratificó una muestra de 67 niños, entre 7 y 14 años de edad, de población clínica y general, con cualquier diagnóstico primario de trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, hiperansioso, trastorno de ansiedad por separación, fobia específica, fobia social o agorafobia), según el nivel de ansiedad de sus padres. Los padres de 32 niños se encontraron por debajo del nivel clínico de ansiedad, en contraste, uno o ambos padres de 35 niños, por encima. La mitad de los niños de cada estratificación se asignó aleatoriamente a una de dos condiciones experimentales:

intervención exclusiva para el niño (TCC-n), e intervención para el niño y los padres (TCC-np). De esta forma, quedaron 4 grupos experimentales:

1. Tratamiento exclusivo a niños con padres sin ansiedad (n= 17)
2. Tratamiento exclusivo a niños con padres ansiosos (n=18)
3. Tratamiento a padres sin ansiedad y a niños (n= 15)
4. Tratamiento a padres con ansiedad y a niños(n=17).

Se utilizó el manual *Coping Koala* (Kendall, et al., 1990) de 10 sesiones. Cuando el tratamiento era exclusivo para niños, las sesiones duraban 1.5 horas; pero si también participaban los padres, las sesiones con los niños duraban una hora, y se añadían 4 sesiones de una hora para los padres con un tratamiento para el Manejo de la Ansiedad de los Padres (Cobham, 1997). De esta forma se intentó que el número de horas de tratamiento fuera equivalente en todas las condiciones. El tratamiento se administró en un centro de investigación psicológica en una universidad australiana, dirigido por la misma psicóloga clínica, algunas veces acompañada por estudiantes de postgrado, quienes actuaban como co-terapeutas.

Se evaluó la ansiedad auto-informada por los niños e informada por los padres; los síntomas internalizados informados por los padres; y se hizo una entrevista clínica para establecer los diagnósticos y evaluar el nivel de ajuste, antes, después, y a 6 y 12 meses. En el pretratamiento, los padres o madres con ansiedad elevada informaron que sus hijos tenían más síntomas internalizados en comparación con los niños, cuyos padres no tenían ansiedad elevada.

Los datos sobre el estatus diagnóstico de los niños después del tratamiento se muestran en las siguientes tablas:

	Niños con padres sin ansiedad	Niños con padres ansiosos	Total
Tratamiento exclusivo a niños	82	39	60
Tratamiento a niños y padres	80	77	78
Total	81	57	69.5

Tabla 1. Porcentaje de recuperación en el postratamiento.

	Niños con padres sin ansiedad	Niños con padres ansiosos	Total
Tratamiento exclusivo a niños	88	44	65
Tratamiento a niños y padres	80	71	75
Total	84	57	70.7

Tabla 2. Porcentaje de recuperación a 6 meses.

	Niños con padres sin ansiedad	Niños con padres ansiosos	Total
Tratamiento exclusivo a niños	75	59	67
Tratamiento a niños y padres	80	71	75
Total	77	65	71.2

Tabla 3. Porcentaje de recuperación a 12 meses.

La diferencia entre los porcentajes de niños con padres ansiosos y de niños con padres no ansiosos fue significativa en el postratamiento y a 6 meses. En conjunto, el tratamiento de padres e hijos mostró una tendencia a producir mejores resultados, pero no fue significativa en ningún momento. De manera estratificada, el tratamiento exclusivo a niños con padres sin ansiedad fue significativamente mayor que el tratamiento exclusivo a niños con padres ansiosos, tanto en el postratamiento como a 6 meses. En el postratamiento también fue significativa la diferencia entre el tratamiento exclusivo a niños con padres ansiosos, y el tratamiento a niños y padres ansiosos. A los 12 meses, todas las diferencias significativas entre los 4 grupos experimentales, desaparecieron.

En síntesis, los niños cuyos padres no tienen ansiedad elevada, tienen mejores pronósticos de recuperación en general, en comparación con los niños con uno o ambos padres ansiosos. Por otro lado, el tratamiento conjunto de niños y padres es igualmente eficaz en el tratamiento de ansiedad de los niños, tengan o no padres ansiosos. La diferencia radica en el empleo de un tratamiento exclusivo para niños cuando los padres no presentan ansiedad elevada. Esta condición produce la mayor tasa de éxito en cuanto a estatus diagnóstico, al menos los 6 primeros meses, en comparación con cualquier otra combinación. Pero, tratar únicamente al niño cuando alguno o ambos padres tienen

ansiedad elevada, produce el menor número de casos de recuperación. Lo que se puede inferir de estos datos es que si no se sabe si los padres son ansiosos, o si se sabe con certeza que al menos uno de los padres tiene ansiedad elevada, entonces la mejor opción es tratar tanto a niños como padres. Por otro lado, si se sabe que sólo el niño tiene ansiedad clínica, entonces el tratamiento exclusivo al niño tendrá mayores probabilidades de éxito. Finalmente, aunque las diferencias estadísticamente significativas de los resultados tiendan a desaparecer en el seguimiento a un año, las tendencias siguen siendo las mismas y, en general, las ganancias obtenidas, en cuanto a estatus diagnóstico, se mantienen, sobre todo cuando la intervención incluye a padres e hijos.

El ajuste general y la ansiedad auto-informada mejoraron en todos los grupos experimentales, sin diferencias significativas entre ellos, y con tendencia a mejorar a los 6 y 12 meses. La ansiedad de los padres y madres disminuyó por efectos del tiempo en las 4 condiciones experimentales.

Los síntomas internalizados informados por las madres sí difirieron entre las condiciones. Aunque en las 4 condiciones hubo mejorías significativas, las madres no ansiosas y las madres que no se expusieron a tratamiento, informaron menos síntomas internalizados en los niños, en el postratamiento, y a los 6 y 12 meses. Estos resultados podrían reflejar que los niños con padres sin problemas de ansiedad, en efecto, presentan menos síntomas, al igual que los niños que acudieron al tratamiento exclusivo para niños lo que indicaría que este tratamiento es más eficaz. Otra explicación es que las madres con problemas de ansiedad y aquéllas bajo tratamiento identifican más fácilmente estos síntomas en sus hijos y por eso los informan más.

En otros análisis se encontró que niños y niñas más grandes (de 11 a 14 años de edad) responden mejor al tratamiento sin la participación de los padres, siempre y cuando sólo ellos padezcan ansiedad y no sus padres. En relación al género, se encontró que las niñas de todas las edades tienen más éxito cuando sus padres no son ansiosos, o cuando los padres lo son, pero se exponen al tratamiento.

En conclusión, el añadir el componente de Manejo de la Ansiedad de los Padres en el tratamiento aumenta los beneficios del tratamiento de la ansiedad de los niños

cuando alguno o ambos padres tienen problemas de ansiedad también. Algunas de las diferencias entre los grupos en términos de estatus diagnóstico estuvieron determinadas, en parte, por efectos de la edad y género de los participantes. El hecho de que la evaluación clínica de ajuste y los auto-informes de ansiedad de los niños no hayan mostrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales, podría significar que las diferentes mejorías en los grupos se dan en términos categóricos, pero quizá no necesariamente en cuanto a la gravedad del trastorno.

Intervención grupal vs. Intervención individual basadas en manuales

En los estudios anteriores se puso a prueba la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (con o sin la participación de la familia) en modalidad grupal o individual por separado. Pero, dos ensayos clínicos aleatorios han comparado directamente estas dos modalidades con el fin de determinar si una es superior a la otra.

En el primero (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000) participaron 37 niños, de 8 a 14 años de edad, de población clínica, con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, o fobia social, y con comorbilidad de fobia específica, trastorno por déficit de atención, distimia, depresión y trastorno oposicionista. Se asignó aleatoriamente a 13 participantes a la modalidad individual, 12 a la grupal y a 12 a lista de espera. Para evaluar el tratamiento, las variables dependientes fueron la ansiedad, el afrontamiento, la depresión, algunas dimensiones de socialización (soledad, amistades), y los síntomas internalizados y externalizados, las cuales se evaluaron en el pretratamiento, el postratamiento y 3 meses después del tratamiento, mediante auto-informe de los niños, informe de los padres y una entrevista clínica.

En la intervención individual se aplicó el manual *Coping Cat* (Kendall, et al., 1990) y, en la modalidad grupal, una adaptación del mismo manual (Flannery-Schroeder & Kendall, 1996). Ocho estudiantes de doctorado, con entrenamiento previo y supervisión semanal, dirigieron el tratamiento durante 18 semanas, en una clínica psicológica universitaria.

En el postratamiento, 1) se redujo la ansiedad significativamente en ambas condiciones, pero con mayor efecto en la modalidad individual, según los niños, y con mayor efecto en la grupal, según los padres, 2) mejoró la percepción de habilidades de afrontamiento en ambas condiciones, pero con un efecto más grande en la modalidad grupal y 3) se redujo la sintomatología internalizada y externalizada informada por los padres y los maestros en ambas condiciones, pero con efectos más grandes en la intervención individual. A pesar del tamaño de efecto diferente en las dos condiciones, las diferencias entre ellas no fueron estadísticamente significativas. Todos los tamaños de efecto fueron grandes, dentro de un espectro de 0.72 a 2.55.

Por otro lado, 85.5% de los niños en la intervención individual, 69.5% en la grupal, y 20% en la lista de espera, cambiaron significativamente en el aspecto clínico de los síntomas internalizados y externalizados, lo que demuestra una superioridad significativa por parte de las intervenciones en comparación con la lista de espera.

En cuanto al estatus diagnóstico, en el postratamiento, 73% de los niños en la intervención individual ya no cumplieron con el diagnóstico primario, en comparación con 50% de los niños en intervención grupal. Además, 64% de los niños en la intervención individual y 50% en la grupal no presentaron ningún otro trastorno de ansiedad, sin diferencias significativas entre ambas intervenciones, pero sí con respecto al grupo en lista de espera, en el que sólo 8% de los niños se recuperaron. En el postratamiento, la depresión y el afrontamiento mejoraron en las tres condiciones por efectos del tiempo, y el funcionamiento social no mejoró en ninguna condición.

A los 3 meses, las ganancias en las variables se mantuvieron, sin diferencias significativas entre las dos modalidades. Respecto al estatus diagnóstico, 79% de los niños en la modalidad individual y 53% en la grupal, ya no cumplían con el criterio de diagnóstico primario de ansiedad, sin diferencia significativa entre intervenciones, y 50% y 53%, respectivamente, no presentaron ningún trastorno de ansiedad. Tampoco el porcentaje de niños que se ubicaron en el espectro de normalidad de síntomas internalizados y externalizados fue diferente significativamente entre las condiciones.

Tabla 4. CRITERIOS METODOLÓGICOS DE LA LITERATURA REVISADA

	Barrett, 1998	Barrett & Turner, 2001	Barrett, et al., 1996	Bernstein, et al., 2005	Bögel & Siqueland, 2006	Chorpita, et al., 2004	Cobham, et al., 1998	Dadds, et al., 1997
A. Diseño General de la investigación								
1. Diseño Experimental	ECA	ECA	ECA	ECA	Antes-después	LBM	ECA	ECA
2. Condiciones experimentales	TCCG y TCCG-F	TCCG-F-psi, TCC-F-maestro y LE	TCC-N, TCC-F y LE	TCCG-N, TCCG-F y L.E	TCC-F	TCC	TCC-n/A, TCC-np/A, TCC-n/a y TCC-np/a	TCCG-F y LE
B. Representatividad de la muestra								
1. Tipo de población	Clínica	General	General	General	Clínica	General	Clínica y general	General
2. Rango de edad	7-14	10-12	7 -14	7-11	8-18	7 -13	7-14	7-14
3. Diagnósticos primarios incluidos	SA, TAS y FS	NA	SA, TAG y FS	TAG, TAS y FS	FS, TAS, TAG y FS	TAG, TAS, FE y TP	TAG, SA, TAS, FE, FS y Agorafobia	TAG, TAS, FS y FE
4. Diagnósticos primarios excluidos	NI	NA	Otros trastornos de ansiedad	NI	NI	NI	De ansiedad grave (más de 4/6) y otros que no fueran de ansiedad	NI
5. Comorbilidades presentes	SA, FE, TAS, FS y depresión	NA	Depresión, FS, oposicionista	Otros trastornos de ansiedad	FE, FS, TP, TAG, TAS, depresión, oposicionista, TDA	FE, FS, TAG y depresión	NI	Ansiedad, depresión, TDA, oposicionista
C. Medidas e informantes								
1. Momentos de medición (meses)	Pre, post y seguimiento (12)	Pre y post	Pre, post, seguimiento (6 y 12)	Pre y post	Pre, post, seguimientos (3 y 12)	Pre, post y seguimiento (6)	Pre, post y seguimientos (6 y 12)	Pre, post y seguimiento (6)
2. Constructos medidos	Miedos, síntomas internalizados y externalizados	Ansiedad, depresión	Ansiedad, miedos, depresión, síntomas internalizados y externalizados, funcionamiento global	Ansiedad, escala de mejoramiento, gravedad de síntomas	Ansiedad, síntomas internalizados y externalizados, estilos de crianza, creencias disfuncionales, funcionamiento familiar	Ansiedad, síntomas internalizados y externalizados, funcionamiento global.	Ansiedad (de niños y padres), síntomas internalizados, funcionamiento general	Ansiedad, síntomas internalizados y externalizados, ajustamiento, gravedad de síntomas
3. Informantes incluidos	Niños, padres, clínico	Niños	Niños, padres y clínicos	Niños, padres y clínicos	Niños, padres y clínicos	Niños y padres	Niños, padres, clínico	Niños, padres, clínico
D. Implementación del tratamiento								
1. Descripción de terapeutas	Psicólogos clínicos c/entrenamiento	Psicólogos clínicos, maestros de escuela c/entrenamiento	Psicólogos clínicos	Psicólogos clínicos	Psicólogos clínicos c/entrenamiento	Estudiantes de postgrado	Psicóloga clínica	Estudiantes y psicólogos c/entrenamiento
2. Medidas de adherencia	Sí	Sí	NI	NI	Sí	NI	NI	NI

Tabla 4 (cont). CRITERIOS METODOLÓGICOS DE LA LITERATURA REVISADA

	Flannery-Schroeder & Kendall, 2000	Howard y Kendall, 1996	Kane & Kendall, 1989	Kendall, 1994	Kendall, et al., 1997	Lumpkin, et al., 2002	Manassis, et al., 2002	Mendlowitz, et al., 1999	Muris, et al., 2002
A. Diseño General de la investigación									
1. Diseño Experimental	ECA	LBM	LBM	ECA	ECA	LBM	ECA	ECA	ECA
2. Condiciones experimentales	TCC-I, TCC-G y LE	TCC-F	TCC	TCC y LE	TCC y LE	TCCG-F	TCC-I y TCC-G	TCCG-N, TCCG-P, TCCG-F	TCCG, Placebo (AE) y LE
B. Representatividad de la muestra									
1. Tipo de población	Clínica	Clínica	Clínica y general	General	General	Clínica	Clínica	Clínica	General
2. Rango de edad	8-14	9-13	9-13	9-13	9-13	6-16	8-12	7-12	9-12
3. Diagnósticos primarios incluidos	TAG, TAS y FS	SA y TAS	SA, FE	SA, TAS y FS	SA, TAS y FS	TAG, FS, FE, TOC Y TAS	TAG, TAS, FE, FS y TP	Cualquier trastornos de ansiedad	TAG, TAS y FS
4. Diagnósticos primarios excluidos	NI	FE, psicosis	NI	FE	FE	Retraso mental, psicosis	NI	NI	NI
5. Comorbilidades presentes	FE, depresión, distimia, TDA, opositorista	Ansiedad	NI	Ansiedad, TDA, depresión, opositorista	Ansiedad, TDA, depresión, opositorista	Trastornos de ansiedad (sin especificación)	TAG, TAS FS, FE, TOC, depresión, TDA, opositorista	NI	Trastornos de ansiedad (sin especificación)
C. Medidas e Informantes									
1. Momentos de medición (meses)	Pre, post, seguimiento (3)	Pre, post y seguimiento (4)	Pre, post, seguimiento	Pre y post	Pre y post	Pre, post y seguimientos (6 y 12)	Pre y post	Pre y post	Pre y post
2. Constructos medidos	Ansiedad, depresión, síntomas internalizados y externalizados, afrontamiento, socialización	Ansiedad, miedos, síntomas internalizados y externalizados, afrontamiento	Ansiedad, síntomas internalizados y externalizados	Ansiedad, miedos, pensamientos negativos, afrontamiento, síntomas internalizados y externalizados	Ansiedad, miedos, depresión, estilos de afrontamiento, cogniciones, síntomas internalizados y externalizados	Ansiedad, miedo, funcionamiento global	Ansiedad, depresión y funcionamiento global	Ansiedad, depresión, afrontamiento, funcionamiento global	Ansiedad
3. Informantes incluidos	Niños, padres, maestros, clínico	Niños, padres, maestros y clínicos	Niños, padres y clínicos	Niños, padres, maestros y clínicos	Niños, padres, maestros y clínicos	Niños, padres, clínico	Niños, padres, clínico	Niños, padres, clínico	Niños y clínico
D. Implementación del tratamiento									
1. Descripción de terapeutas	Estudiantes de postgrado	Estudiante de doctorado	Estudiantes postgrado	Estudiantes postgrado c/entrenamiento	Estudiantes postgrado c/entrenamiento	Estudiantes de postgrado	Psiquiatras	Psiquiatras, psicólogos, trabajador social	Estudiante de postgrado con entrenamiento
2. Medidas de adherencia	Sí	Sí	NI	Sí	Sí	Sí	Sí	NI	NI

Tabla 4 (cont). CRITERIOS METODOLÓGICOS DE LA LITERATURA REVISADA

	Nauta, et al., 2001	Nauta, et al., 2003	Nauta, et al., 2005	Shortt, et al., 2001	Silverman, et al., 1999	Siqueland, et al., 2005 (2da fase)	Toren, et al., 1998	Wood, et al., 2006
A. Diseño General de la Investigación								
1. Diseño Experimental	ECA	ECA	ECA	ECA	ECA	ECA	Antes-después	ECA
2. Condiciones experimentales	TCC-N y TCC-F	TCC-N, TCC-F y LE	TCC-N, TCC-F y LE	TCCG-F y LE	TCCG-F y LE	TCC y TCC-F	TCCG-F	TCC-N y TCC-F
B. Representatividad de la muestra								
1. Tipo de población	Clínica	Clínica	Clínica	General	Clínica y general	Clínica y general	Clínica	Clínica y general
2. Rango de edad	8-15	7-18	7-18	6-10	6-16	12-17	6-13	6-13
3. Diagnósticos primarios incluidos	TAS, TAG y FS	TAS, TAG, FS y TP	TAS, TAG, FS y TP	TAG, TAS y FS	TAG/SA y FS	TGA y TAS	TAS y FS	TAG, TAS y FS
4. Diagnósticos primarios excluidos	NI	NI	NI	NI	NI	TOC, psicosis, alimenticios	NI	NI
5. Comorbilidades presentes	Sí, pero no se precisa cuales	Ansiedad, depresión, distimia, opositorista, TDA	Ansiedad, depresión, distimia, opositorista, TDA	FE, TAG, TAS, FS, depresión y distimia	NI	Depresión, FS y TP	FE, depresión, opositorista, TDA, enuresis, ecopresis, tics.	Trastornos de ansiedad (sin especificación)
C. Medidas e informantes								
1. Momentos de medición (meses)	Pre, post, seguimiento (3 y 15)	Pre, post, seguimiento (3)	Pre, post, seguimiento (3)	Pre, post y seguimiento (12)	Pre, post y seguimientos (3, 6 y 12)	Pre, post y seguimiento (6)	Pre, post y seguimientos (12 y 36)	Pre y post
2. Constructos medidos	Miedo, preocupación, funcionamiento global	Ansiedad, miedos, depresión, síntomas internalizados y externalizados	Estilos de crianza, miedos y ansiedad de los padres, conflictos maritales,	Ansiedad, síntomas internalizados y externalizados, gravedad de los síntomas	Ansiedad, miedo, síntomas internalizados y externalizados, depresión, funcionamiento general	Ansiedad, depresión, crianza	Ansiedad, depresión, funcionamiento familiar	Ansiedad y funcionamiento global
3. Informantes incluidos	Niños, padres y clínicos	Niños, padres y clínicos	Niños, padres y clínicos	Niños, padres, clínico	Niños, padres y clínico	Adolescente, padres, clínicos	Niños, padres, clínico	Niños, padres, clínico
D. Implementación del tratamiento								
1. Descripción de terapeutas	Estudiantes de doctorado c/ entrenamiento	Estudiantes y psicólogos c/entrenamiento	Estudiantes y psicólogos c/entrenamiento	Estudiantes de postgrado c/entrenamiento	NI	Terapeutas c/entrenamiento	NI	Estudiantes y psicólogo c/entrenamiento
2. Medidas de adherencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

AE = Apertura Emocional. ECA = Ensayo clínico aleatorio. FE = Fobia Específica. FS = Fobia Social. LBM = Línea Base Múltiple. NA = No se aplica al diseño del estudio. NI = No se indicó en el artículo. TAG = Trastorno de ansiedad generalizada. TAS = Trastornos de ansiedad por separación. TCC = Terapia cognitivo-conductual (-F = con inclusión de la familia; -G= Modalidad grupal; -I = modalidad individual; -N=sólo para niños). TDA= Trastornos por déficit de Atención. TOC = Trastorno Obsesivo-Compulsivo. TP= Trastorno de pánico. SA = Trastorno sobreesansioso.

Tabla 5. CRITERIOS ESTADÍSTICOS DE LA LITERATURA REVISADA

	Barrett, 1998	Barrett & Turner, 2001	Barrett, et al., 1996	Bernstein, et al., 2005	Bögel & Siqueland, 2006	Chorpita, et al., 2004	Cobham, et al., 1998
A. Tamaño de muestra							
1. Total	60	489	79	61	13	7	67
2. En cada condición	TCCG (n=23); TCCG-F (n=17) y L.E (n=20)	TCCG-maestro (n=263); TCCG-psico (n=188) y L.E (n=147)	TCC-N (n=28); TCC-F (n=25); LE (n=26)	TCCG (n=17), TCCG-F (n=20) y L.E. (n=24)	TCC-F (n=13)	TCC-F = 7	TCC-n/a (n= 17); TCC-n/ A (n=18); TCC-np/a (n=15) y TCC-np/A (n=17)
3. ¿Grupos equivalentes?	Sí	Sí	NI	Sí	NA	NA	Sí
B. Significancia estadística							
1. Efecto de la condición							
1.1 Variables con diferencias en el postratamiento	Mejores resultados en los miedos para la condición TCCG-F	Ansiedad y depresión con mayores beneficios en las dos condiciones de tratamiento	Miedos, síntomas int. y ext; escalas de ajuste; medidas experimentales. Todas mejores para la condición TCC-F	Menor gravedad en la condición TCCG; ansiedad (p) y funcionamiento gral. mejores en condición TCC-F	NA	NA	Ninguna
1.2 Variables con diferencias en los seguimientos	Mejores resultados para la condición TCCG-F en miedos, y síntomas int. y ext.			NA	NA	NA	
2. Efecto del tiempo							
2.1 Del pretratamiento al postratamiento	Miedos, y síntomas int. y ext	Ansiedad y depresión		Gravedad de síntomas (n), funcionamiento gral. y ansiedad (p)	Ansiedad; síntomas int. y ext.; Creencias disfuncionales	Síntomas int. Y ext., ansiedad.	Ansiedad (n/p); síntomas int, y ext.
2.2 Mantenimiento (sin cambios del post al seguimiento), mejoría (con cambios) o recaída.	Mantenimiento	NA	Mantenimiento	NI	Mantenimiento y mejoría	Mantenimiento	Mantenimiento
C. Significancia clínica	Síntomas int. y ext.	NI	Síntomas int. y ext.	NI	Sint. Int y ext.; Creencias disfuncionales; Miedos;	Ansiedad	NI
D. Tamaño del efecto	NI	NI	NI	0.30 a 0.88	NI	NA	NI
E. Poder estadístico	NI	NI	NI	NI	NI	NA	NI
F. Porcentaje de recuperación							
1. Postratamiento	56 en TCCG y 71 en TCCG-F	NI	57 en TCC y 84 en TCC-F	67 en TCCG y 57 en TCCG-F	42	100	82 en TCC-n/a; 39 en TCC-n/ A; 80 en TCC-np/a y 77 en TCC-np/A
2. Seguimientos (meses)	65 en TCCG y 85 en TCCG-F (12)	NI	71 en TCC y 84 en TCC-F (6)	NI	62 (3) y 78 (12)	67	75 en TCC-n/a; 59 en TCC-n/ A; 80 en TCC-np/a y 71 en TCC-np/A (12)

Tabla 5 (cont). CRITERIOS ESTADÍSTICOS DE LA LITERATURA REVISADA

	Dadds, et al., 1997	Flannery-Schroeder & Kendall, 2000	Howard y Kendall, 1996	Kane & Kendall, 1989	Kendall, 1994	Kendall, et al., 1997
A. Tamaño de muestra						
1. Total	128	37	6	4	47	94
2. En cada condición	TCCG (n=61) y L.E (n=67)	TCCI (n= 13); TCCG (n=12 y L.E (n=12)	TCC-F (n= 6)	TCC (n= 4)	TCC (n=27); LE (n=20)	TCC (n=60); LE (n=34)
3. ¿Grupos equivalentes?	Sí	No. Ansiedad más elevada en TCCI	NA	NA	Si	Si
B. Significancia estadística						
1. Efecto de la condición						
1.1 Variables con diferencias en el postratamiento	7 escalas de ajuste mejores en comparación con el grupo control	Ninguna entre las dos condiciones de tratamiento	NA	NA	Ansiedad, miedos, afrontamiento, depresión, sint. Int y ext. Todas superiores en TCC	Afrontamiento, ansiedad, Sint. Int. y ext. Todas superiores en la TCC
1.2 Variables con diferencias en los seguimientos	3 escalas de ajustamiento mejores		NA	NA	Ansiedad, miedos, afrontamiento, sint. Int. y ext.	Afrontamiento, ansiedad, Sint. Int. y ext., depresión, miedos.
2. Efecto del tiempo						
2.1 Del pretratamiento al postratamiento	Ansiedad	Ansiedad, afrontamiento, sint. Ext. E int.	NA	NA	Ansiedad, depresión, miedos, sint. Int.y ext.	Ansiedad, depresión, miedos, Sint. Int. y ext.
2.2 Mantenimiento (sin cambios), mejoría (con cambios) o recaída.	Mantenimiento en algunas escalas de ajuste, y recaída en otras	Mantenimiento y mejoría (ansiedad, depresión)	NA	NA	Mantenimiento	Mantenimiento
C. Significancia clínica						
	NI	Síntomas int. y ext.	Sint. Int. y ext., ansiedad, depresión, afrontamiento	Sint. Int., y ext., ansiedad.	Síntomas int. y ext.; ansiedad; depresión	Síntomas internalizados
D. Tamaño del efecto						
	NI	0.72 a 3.21	NA	NA	NI	NI
E. Poder estadístico						
	NI	0.84	NA	NA	NI	NI
F. Porcentaje de recuperación						
1. Postratamiento	65	73* y 64* para TCCI y 50* y 50* para TCCG	83 (según niños y padres)	NI	64	53* y 71*
2. Seguimientos (meses)	65 (6)	79* y 50* para TCCI y 53* y 53* para TCCG (12)	67 (según niños) y 83 (según padres)(4)	NI	88 (12)	NI

+ Sin diagnóstico para el diagnóstico primario original ♦ Sin diagnóstico de ningún trastorno de ansiedad.

Tabla 5 (cont). CRITERIOS ESTADÍSTICOS DE LA LITERATURA REVISADA

	Lumpkin, et al., 2002	Manassis, et al., 2002	Mendlowitz, et al., 1999	Muris, et al., 2002	Nauta, et al., 2001	Nauta, et al., 2003
A. Tamaño de muestra						
1. Total	12	78	62	30	18	79
2. En cada condición	TCCG (n=12)	TCCI (n=41) y TCCG (n=37)	TCCG (n=23); TCCG-F (n=21) y TCCG-P (n=18)	TCCG (n=10); Placebo/AE (n=10) y L.E (n=10)	TCC- N (n=9) ; TCC-F (n=9)	TCC (n=29); TCC-F (n=30); L.E (n=20)
3. ¿Grupos equivalentes?	NA	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
B. Significancia estadística						
1. Efecto de la condición						
1.1 Variables con diferencias en el postratamiento	NA	Ninguna	Funcionamiento gral. mostró mayores beneficios en la condición TCCG-F	Mayores beneficios para ansiedad en la condición TCCG	Ninguna	Ninguna entre grupos de tratamiento
1.2 Variables con diferencias en los seguimientos	NA		NI	NA		
2. Efecto del tiempo						
2.1 Del pretratamiento al postratamiento	NA	Ansiedad, funcionamiento, depresión	Ansiedad, depresión, funcionamiento gral.	ansiedad	Miedo y preocupación	Ansiedad, miedos, depresión, Sin. Int. y ext.
2.2 Mantenimiento (sin cambios del post al seguimiento), mejoría (con cambios) o recaída.	NA	Mantenimiento	NI	NI	Mantenimiento	Mantenimiento
C. Significancia clínica	NI	NI	NI	Ansiedad	NI	Ansiedad (n)
D. Tamaño del efecto	NA	NI	NI	0.8 a 1.2	Rango de 0.92 a 1.69 (grandes)	Para el informe de los niños fueron 0.14 y 0.86, y para el informe de los padres 1.86 y 0.60
E. Poder estadístico	NA	NI	NI	NI	NI	NI
F. Porcentaje de recuperación	50	NI	NI	NI	44 (TCC-N) y 11 (TCC-F)	54 en TCC y 59 en TCC-F
1. Postratamiento						
2. Seguimientos (meses)	83 (6) y 75 (12)	NI	NI	NI	88 (TCC-N) y 71 (TCC-F); 78 (TCC-N) y 63 (TCC-F)(3)	68 en TCC y 69 en TCC-F (3)

Tabla 5 (cont). CRITERIOS ESTADÍSTICOS DE LA LITERATURA REVISADA

	Nauta, et al., 2005	Shortt, et al., 2001	Siqueland, et al., 2005 (2da fase)	Silverman, et al., 1999	Toren, et al., 1998	Wood, et al., 2006
A. Tamaño de muestra						
1. Total	79	71	11	56	24	38
2. En cada condición		TCCG-F (n=54) y L. E (n=17)	TCC (n=6) y TCC-F (n=5)	TCCG (n=37) y L.E (n=19)	TCCG (n=24)	TCC (n=19) y TCC-F (n=19)
3. ¿Grupos equivalentes?	Sí	Sí	No (depresión más alta en TCC en pre)	Sí	NA	Sí
B. Significancia estadística						
1. Efecto de la condición						
1.1 Variables con diferencias en el postratamiento	Ninguna entre grupos de tratamiento	Gravedad, ansiedad y Sin. Int. y Ext. mostraron mejorías en el grupo TCCG-F	Depresión mostrando mayores beneficios en la condición TCC	Gravedad síntomas, ansiedad, miedos, depresión, sint. Int. y Ext. mejores para el grupo de tratamiento	NA	Ninguna
1.2 Variables con diferencias en los seguimientos				Gravedad, ansiedad, sint. Int.		Funcionamiento gral. con mayores beneficios para TCC-F
2. Efecto del tiempo						
2.1 Del pretratamiento al postratamiento	NA	Gravedad, ansiedad, sint. Int.	Ansiedad y depresión	Gravedad, ansiedad, miedos, depresión, sint. Int. y ext.	Ansiedad y depresión	Gravedad, funcionamiento gral., ansiedad.
2.2 Mantenimiento (sin cambios del post al seguimiento), mejoría (con cambios) o recaída.	NA	Mantenimiento	Mantenimiento	Mantenimiento	Mantenimiento	Mantenimiento
C. Significancia clínica						
	NA	Sin. Int y Ext.	NI	Sint. Int y Ext.	NI	Ansiedad
D. Tamaño del efecto						
	NA	NI	NI	1.94 a 2.09	NI	0.53 a 0.92
E. Poder estadístico						
	NI	NI	NI	NI	NI	NI
F. Porcentaje de recuperación						
1. Postratamiento	NA	69	67 en TCC y 40 en TCC-F	64	70	53 en TCC y 79 en TCC-F
2. Seguimientos (meses)	NA	68 (12 meses)	100 en TCC y 80 en TCC-F (6)	79 (6) y 76 (12)	91 (36)	NA

L.E= Lista de espera. NA = No se aplica al diseño del estudio. NI = No se indicó en el artículo. TCC = Terapia cognitivo-conductual (-F = con inclusión de la familia; -G= Modalidad grupal; -I = modalidad individual; -N= sólo para niños; -P= sólo para padres).

A un año (Flannery-Schroeder, Choudhury & Kendall, 2005), con los datos de 81% de la muestra original, no se encontraron diferencias significativas entre intervenciones en relación al estatus diagnóstico, pues 81% de los niños en tratamiento individual y 78% en el grupal, no cumplieron con el criterio diagnóstico primario de ansiedad; y 56% en el tratamiento individual y 67% en el grupal no presentaron ningún trastorno de ansiedad. En los seguimientos a 3 y 12 meses, las ganancias en el postratamiento en la depresión, los síntomas internalizados y externalizados y el afrontamiento se mantuvieron, y las ganancias en ansiedad aumentaron, sin diferencias significativas entre las intervenciones.

En conclusión, los padres y los niños coincidieron en que los dos tratamientos fueron eficaces en el mejoramiento de las variables dependientes, con excepción del funcionamiento social, y más del 50% de los niños en ambas modalidades de intervención no cumplieron con el criterio diagnóstico de ansiedad después del tratamiento. Las ganancias permanecieron 3 y 12 meses después de concluido el tratamiento formal. A pesar de la ausencia de diferencias significativas entre las dos modalidades se observó una tendencia de la modalidad individual a producir resultados superiores en algunas variables.

En otro estudio (Manassis, et al., 2002), se comparó las modalidades individual y grupal con 78 niños de población clínica de 8 a 12 años de edad con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia específica, fobia social o desorden de pánico, y con presencia de comorbilidad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, depresión, trastorno por déficit de atención y trastorno oposicionista) en un 67% de los casos. Treinta y siete niños se asignaron aleatoriamente a la modalidad grupal, y 41 a la individual. En la intervención individual se administró una versión abreviada del *Coping Cat* (Kendall, et al., 1990) realizada por los autores del estudio. Para la intervención grupal se usó otra adaptación del mismo manual, pero para uso grupal, llamado *Coping Bear Workbook* (Scapillato & Mendlowitz, en Manassis, et al., 2002). Varios psiquiatras aplicaron los tratamientos en un hospital infantil en Canadá, a lo largo de 12 sesiones de 1.5 horas de duración cada una, y se verificó su adherencia al tratamiento.

El tratamiento se evaluó a través de la ansiedad, el funcionamiento global y la depresión informadas por los padres, auto-informadas por los niños, y mediante entrevistas clínicas, antes y después del tratamiento.

En el postratamiento se redujo significativamente la ansiedad y la depresión, también mejoró el funcionamiento global sin diferencias significativas entre condiciones, pero con una tendencia del tratamiento individual a producir más beneficios. Según la evaluación global de funcionamiento, la superioridad de la intervención individual fue significativa. A un año del tratamiento se confirmó que todas las ganancias se habían mantenido, sin diferencias significativas entre modalidades.

Se concluyó que la ansiedad de los niños mejora tanto en el tratamiento grupal como en el individual, a pesar de que se trate simultáneamente a niños con diferentes diagnósticos de ansiedad. Los tratamientos también producen mejorías en síntomas depresivos y en el funcionamiento global de los niños, lo cual sugiere que el tratamiento tiene efectos que se manifiestan más allá del problema de ansiedad.

Conclusión sobre criterios metodológicos y estadísticos

Los tratamientos para la ansiedad en niños basados en manuales se han evaluado mediante diversos diseños experimentales. Desde que se inició esta tarea en la investigación en psicoterapia con el ensayo clínico aleatorio de Kendall (1994), se han logrado muchos avances al respecto, pues se han creado más manuales y se han añadido y modificado elementos con el afán de encontrar un tratamiento superior a los ya existentes. Prueba de ello es que dentro de los 25 investigaciones aquí presentadas (31, contando los seguimientos a largo plazo publicados por separado) se encuentran manuales en modalidad grupal, individual, con la participación de la familia y sin ella. Además, se han instrumentado en escenarios diversos como escuelas, centros comunitarios, clínicas psiquiátricas y centros universitarios de investigación. Todos estos elementos han enriquecido el campo de la psicoterapia infantil en general, y del tratamiento de la ansiedad en particular.

La calidad de las investigaciones, en términos metodológicos, es destacable en general. De los estudios que se incluyen en esta tesis, la gran mayoría adoptaron un diseño de grupos, en específico, ensayos clínicos aleatorios, pero también se encuentran algunos diseños de línea base múltiple y antes-después. Cabe recordar que los ensayos clínicos aleatorios han tenido su auge en esta generación de investigación en psicoterapia por la necesidad de establecer comunicación y lograr reconocimiento por parte del gremio de los psiquiatras. Sin embargo, en términos de control metodológico y de control de la validez interna, los tres tipos de diseños empleados en los estudios revisados son adecuados. Incluso, la línea base múltiple ofrece ventajas sobre los ensayos clínicos aleatorios (Sidman, 1960), en tanto que son réplicas del mismo tratamiento en diferentes participantes. Se podría argumentar, de forma particular en cada estudio, que hubo ciertas debilidades metodológicas (tal vez no incluyeron suficientes medidas, se usaron criterios de inclusión un tanto restrictivos, el tamaño de muestra fue pequeño, etc.). Sin embargo, al tener una visión general de las metodologías empleadas, se puede ver que los investigadores han sido tan cuidadosos en sus diseños como las circunstancias lo han permitido. Difícilmente, un estudio por sí solo será impecable y contendrá todas las características deseadas. Afortunadamente, es posible llegar a conclusiones significativas a partir del conjunto de los datos proporcionados por diversos estudios y no a partir de uno sólo.

En relación a las características de las muestras empleadas, se han administrado los tratamientos a niños tanto de población general como clínica. En términos cuantitativos no es posible decir si los tratamientos han tenidos beneficios diferentes en una población u otra, pues hasta la fecha no se conoce meta-análisis alguno que haya respondido a esta pregunta. Algunos estudios han incluido muestras mixtas, es decir, parte de la población es general y otra es clínica, pero en ellos no se han llevado a cabo análisis estadísticos para comparar los resultados en los dos segmentos de población.

Otros aspectos, como la edad de los participantes, sí se han explorado como posible moderador de los resultados. El espectro de edad de las muestras en los estudios es amplio, pues va de los 6 a los 18 años, aunque la mayoría se ubican entre los 8 y 14. Nauta, et al., (2001; 2003) no encontraron que la edad moderara los resultados del tratamiento. Sin embargo, Barrett, et al., (1996) encontraron que la edad sí moderaba los resultados, siempre y cuando se incluyera la participación de la familia. En ese caso, los participantes entre 7 y 10 años de edad se benefician más que los niños más grandes (de 11 a 14 años de edad). De forma semejante, Cobham, et al., (1998) encontraron que los niños de 11 a 14 años se benefician más del tratamiento si no se incluye a los padres, en comparación con niños de 7 a 10 años. Como se ha supuesto, para los niños pequeños podrían ser más relevantes las habilidades de sus padres para criarlos y guiarlos hacia el afrontamiento de situaciones ansiosas, mientras que para los niños más grandes, la reestructuración cognoscitiva sería suficientemente poderosa para que los niños cambiaran la forma en que afrontan el mismo tipo de circunstancias.

Respecto al perfil clínico de las muestras, en términos de diagnósticos categóricos, en primer lugar, la mayoría de los niños presentaban trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y trastorno de ansiedad por separación. En unas cuantas investigaciones se excluyó deliberadamente a niños con diagnósticos primarios diferentes a esos tres trastornos (aunque sí se incluía a niños con cualquier otro trastorno de ansiedad secundario), pero en la mayoría sí se incluían a niños con cualquier trastorno de ansiedad como diagnóstico primario. Aun así, los niños con trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y sobretodo con trastorno por estrés postraumático siempre fueron minoría dentro de las muestras. Una razón para ello,

aparte de la exclusión intencional en unos cuantos estudios, es que en realidad la prevalencia de dichos trastorno en los niños es menor a la de los demás.

Contrariamente a las críticas que suelen hacerse sobre los criterios de inclusión restrictivos en la investigación en psicoterapia, sobretudo en cuanto a la comorbilidad, se puede apreciar que prácticamente en todos los estudios, la muestra presentaba comorbilidad con diversos trastornos, las más comunes eran (por orden): trastornos de ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales (distimia) y problemas de conducta (trastorno por déficit de atención, trastorno oposicionista y desafiante). Este fue un aspecto que algunos estudios contemplaron como posible moderador de los resultados (Barrett, et al., 1996; Kendall, et al., 1997; Nauta, et a., 2001; Nauta, et a., 2003) pero en ninguno de ellos se encontró que la comorbilidad afectara los resultados del tratamiento. Estos resultados, aunque se pueden considerar preeliminares, son alentadores pues indican que la presencia de otros trastornos comórbidos, no dirimió las cualidades terapéuticas de los manuales, aunque es importante dar crédito también a la habilidad clínica de las personas que administraron los tratamientos. Por otro lado, ya que la mayoría de la comorbilidad se dio con otros trastornos emocionales (ansiedad, depresión, distimia) estos datos se podrían explicar, al menos parcialmente, mediante la teoría de Barlow (2002) sobre las comunalidades que comparten los trastornos emocionales. De modo que, aunque los manuales están dirigidos a disminuir la ansiedad en específico, algunos elementos del tratamiento posiblemente también parecen afectar positivamente a los otros trastornos presentes. Esto debe verificarse empíricamente, pues una cosa es que los trastornos comórbidos no afecten negativamente al tratamiento de ansiedad y otra es que el tratamiento de ansiedad produzca mejoría en otros trastornos que no sean de ansiedad.

Siguiendo con los aspectos metodológicos de los estudios incluidos, se encontró que con excepción de un estudio (Barrett & Turner, 2001), el resto incluyó multi-informantes para la recolección de datos. Típicamente se incluyeron auto-informes de los niños e informes de los padres, así como las evaluaciones hechas por parte de un clínico. En una minoría de estudios se incluyó además el informe de los maestros. El contar con multi-informantes fortalece los hallazgos encontrados al ofrecer la perspectiva de los padres y de los clínicos. En algunos casos -la minoría- los informes de padres no siempre coincidieron con los auto-informes de los niños. Para la evaluación de

los tratamientos, se incluyó invariablemente la ansiedad, por ser el objetivo del tratamiento, como variable dependiente. Asimismo, fue común incluir la depresión, los síntomas internalizados y externalizados y los miedos. Menos común fue la evaluación del funcionamiento global, los estilos de afrontamiento y otros aspectos cognoscitivos (pensamientos negativos o disfuncionales, preocupación), funcionamiento social, y el funcionamiento familiar (estilos de crianza, conflicto marital, etc.). La administración de entrevistas diagnósticas para determinar el diagnóstico de los niños también fue muy común. En el único caso en los que no se aplicó la entrevista diagnóstica fue en el estudio de Barrett y Turner (2001), pues la muestra era muy grande ($n = 489$). Al incluir diversos informantes y diversas escalas psicológicas en un mismo estudio, se puede tener una visión más completa del fenómeno. Recordemos que la ansiedad se identifica principalmente por las tres dimensiones sintomatológicas (cognitivas, conductuales y fisiológicas), pero que también interactúa con variables sociales (familiar y con los pares), por lo que es adecuado evaluar lo que suceda con los niños con ansiedad en otros niveles posiblemente afectados por el trastorno.

El último aspecto metodológico que interesa en esta revisión tiene que ver con la forma en que se instrumentó la intervención. Afortunadamente, en más de la mitad de los estudios (17/25), se incluyó una medida de adherencia terapéutica, lo que indica que la administración del tratamiento se supervisó, y en todos los casos en los que se aplicó dicha medida, los terapeutas se apegaron al tratamiento, lo cual facilita la atribución de los efectos del tratamiento al manual empleado. En el resto de los estudios se desconoce si se incluyó alguna medida de adherencia. El aspecto negativo con respecto a las medidas de adherencia es que ninguna está estandarizada. En la mayoría de los casos se trató de una lista de verificación que evaluadores independientes calificaban. Sin embargo, estas listas de verificación, aunque permiten conocer si los terapeutas cubrieron con el material y contenido indicado por el manual, no permite conocer qué tanto se desviaron del mismo o si adoptaron estrategias propias de otros tratamientos. Sin duda, en este aspecto la investigación psicológica tiene mucho que avanzar y precisar. También se tiene que avanzar más respecto a las medidas de competencia terapéutica, que como se indicó en el capítulo 5, es un concepto diferente al de adherencia. De los estudios revisados, sólo uno (Siqueland, et al., 2005) informó haber incluido medidas de competencia terapéutica. Incluir este tipo de medidas (adherencia y competencia terapéuticas) es primordial, pues mucho tiene que ver la forma en que se

administre la intervención con los resultados que se obtengan y, en un momento dado, podrían ser una variable que sesgara la interpretación de resultados. Finalmente, se observa que en la mayoría de los casos, fueron estudiantes de doctorado quienes se hicieron cargo del tratamiento, y la mayoría de ellos recibió entrenamiento previo y/o supervisión durante el proceso. En otros casos, fueron psicólogos clínicos quienes administraron el tratamiento. Además, en un estudio (Barrett & Turner, 2001), se entrenó a algunos maestros para que ellos mismo dieran la terapia. En este caso, no se encontraron diferencias entre los grupos dirigidos por los maestros y los grupos dirigidos por psicólogos, lo que sugiere que no sólo psicólogos podrían administrar los manuales de tratamiento, sino otros profesionistas con el entrenamiento pertinente. No obstante, no hay que perder de vista que el éxito del tratamiento, no sólo depende del manual en sí (o de las estrategias o técnicas que incluya) sino de las capacidades clínicas de quien lo administre.

Dentro del marco metodológico de las investigaciones descritas, intervienen aspectos estadísticos para el análisis de datos. Los diseños de línea base múltiple, por sus características inherentes, no se sujetan a los mismos criterios estadísticos que los diseños grupales. Para la interpretación de datos, usualmente se sigue un método de inspección visual de gráficas. Uno de los índices que sí es posible obtener con las líneas bases múltiples de sujetos es la significancia clínica, para cada caso, y no para la muestra en conjunto como se hace en los diseños de grupo. Por ejemplo, tres estudios con este tipo de diseño, informaron sobre cambios clínicamente significativos en medidas de ansiedad (Chorpita, et al., 2004; Howard & Kendall, 1996; Kane & Kendall, 1989), depresión (Howard & Kendall, 1996) y síntomas internalizados y externalizados (Howard & Kendall, 1996; Kane & Kendall, 1989). El otro estudio de línea base múltiple (Lumpkin, et al., 2002) no informó al respecto.

En cuanto a los estudios con diseño de grupo, uno de los primeros asuntos que deben enfrentar los investigadores está relacionado con la equivalencia de los grupos en las diferentes condiciones. Se ha mencionado que asignar aleatoriamente a los participantes a condiciones experimentales es una cuestión probabilística, se ha calculado que el número mínimo para que funcione este método es de 20 participantes por condición (Hsu, 1989). Casi la mitad de los estudios que se incluyen en esta revisión cumplen con dicho criterio (ver tabla 4), pero otros más se encontraron muy por debajo

de esa cuota (con 5 a 13 participantes por condición). Ante este panorama la alternativa para los investigadores es determinar *a posteriori* si la equivalencia entre grupos existe en cuanto a variables demográficas y clínicas o no. Para ello, usualmente se recurre a análisis de comparación de medias (chi cuadradas, por ejemplo) entre grupos. En todos los estudios, tanto los que tienen 20 o más participantes por condición como los que tienen menos, se corroboró que los grupos fuesen equivalentes en cuanto a variables sociodemográficas y étnicas. Únicamente en dos estudios se trabajó con grupos no equivalentes en medidas de ansiedad (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000) y de depresión (Siqueland, et al., 2005). Esta diferencia se tuvo en cuenta en la interpretación de datos en cada estudio.

Para determinar las diferencias estadísticamente significativas todos los estudios con diseño de grupos eligieron una α de 0.05 o menos, para así tener una probabilidad de 95% o más de confiabilidad. Con el fin de comparar las medias aritméticas provenientes de las diferentes escalas psicológicas aplicadas, se aplicaron ANOVAs, MANOVAs y en algunos casos t de student. Mediante las ANOVAs es posible determinar si las diferencias entre las medias son efecto del tiempo, la condición experimental o una interacción de ambos, mientras que con la t de student se tienen que llevar a cabo dichos análisis por separado (de acuerdo al tiempo y de acuerdo a la condición experimental). Las diferencias debido a una interacción de la condición experimental con el tiempo, o debido únicamente a la condición experimental, son las que pueden explicar que los cambios, si se presentaron, se debieron al tratamiento. Los cambios por efectos del tiempo, por ejemplo del pretratamiento a postratamiento, por sí solos, no dan fe de que el tratamiento haya sido el causante de los cambios.

En el postratamiento, los grupos expuestos a tratamiento en comparación con el grupo control, usualmente mostraron cambios estadísticamente significativos respecto a las variables de ansiedad (según el informe de los padres y el auto-informe de los niños), depresión, síntomas internalizados y externalizados, funcionamiento global/ ajuste, miedos, estilos de afrontamiento y variables cognitivas (pensamientos negativos, creencias disfuncionales). Sin embargo, no todas las variables anteriores se han evaluado de manera consistente de un estudio a otro. Por ejemplo, las variables cognitivas sólo se incluyeron en los estudios de Bögels y Siqueland (2006), Kendall (1994), Kendall, et al. (1997) y Nauta, et al. (2001). El funcionamiento global o las escalas de ajuste, al

igual que los estilos de afrontamiento formaron parte de las variables dependientes en más estudios, pero tampoco en todos. Otras variables que no se han medido de manera consistente (cogniciones, funcionamiento global y afrontamiento) son sumamente relevantes para poder establecer el éxito del tratamiento, pues al cambiar dichas variables se esperaría que se mantuvieran los efectos observados en el postratamiento, pues se supondría un cambio profundo de los participantes, tanto en la forma en que perciben el exterior como la forma en la que interactúan con sus contextos sociales.

La depresión y los miedos, aunque cambiaron positivamente en la mayoría de los estudios, no en todos los casos se observaron diferencias entre los grupos de tratamiento y los controles. El tratamiento en los estudios de Flannery-Schroeder y Kendall (2000), y Toren, et al. (1998) no produjo cambios en la depresión al momento del postratamiento, sin embargo, en los seguimientos (a uno y tres años, respectivamente) se observaron mejorías con respecto al postratamiento. En otros estudios los cambios observados tanto el miedo como en la depresión son atribuibles al efecto del tiempo (Kendall, et al., 1997; Silverman, et al., 1999).

Por otro lado, otras variables del funcionamiento familiar (crianza, conflictos maritales) tampoco se han evaluado sistemáticamente. Sólo algunas investigaciones que compararon un tratamiento familiar contra un tratamiento dirigido exclusivamente a niños, han incluido estas variables (Bögels & Siqueland, 2006; Howard & Kendall, 1996; Nauta, et al., 2005; Siqueland, et al., 2005). De esos estudios, Bögels y Siqueland (2006) y Howard y Kendall (1996) no encontraron cambios en el funcionamiento familiar. En el estudio de Nauta y colaboradores (2005) hubo cambios positivos en los estilos de crianza y de conflicto maritales. En el estudio de Siqueland, et al., (2005) cambió la crianza según el informe de los niños, pero no de acuerdo con los padres. Los cambios, sin embargo, no fueron estadísticamente significativos. Se desprende entonces que, el comportamiento de estas variables como resultado de un tratamiento debe explorarse más. Si se parte del hecho de que la familia es un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad, las repercusiones del tratamiento serán más relevantes si se consigue cambiar dichas variables. Para este fin, el diseño de la investigación debe orientarse a la valoración del papel que estas variables desempeñan en el trastorno de ansiedad de los participantes. Conocer las características del funcionamiento familiar y la crianza, no era el propósito de las investigaciones reseñadas.

Otro hallazgo importante es que la significancia clínica en los estudios con diseño grupal no es aún una práctica usual, es más frecuente calcular la significancia estadística. En los estudios que la consideran, se ha calculado la significancia clínica sólo para algunas variables. Frecuentemente se encuentran cambios clínicamente significativos en medidas de ansiedad y de síntomas internalizados, pero no de la depresión y en los síntomas externalizados (ver tabla 4). Para el resto de las variables, no se ha calculado la significancia clínica. Una razón probable, es que no se cuenta con puntos de corte para todos los instrumentos, lo cual impide calcular cambios clínicamente significativos.

Los resultados anteriores se refieren al conjunto de condiciones de tratamiento al compararlas con un control. Sin embargo, recordemos que varias investigaciones incluyeron dos o más condiciones de tratamiento, al comparar una modalidad individual contra una grupal, o bien, un tratamiento familiar contra uno exclusivo para niños. De la comparación de estos diferentes tratamientos, se han encontrado algunas diferencias, aunque no siempre significativas estadísticamente. Flannery-Schroeder y Kendall (2000) y Manaseis, et al. (2000) encontraron que la ansiedad y los síntomas internalizados y externalizados parecen responder mejor a la intervención individual que a la grupal, en tanto que ocurre lo contrario para los estilos de afrontamiento. Estas diferencias no han resultado estadísticamente significativas. Los tratamientos familiares han reflejado más ganancias en algunas variables, en comparación con el tratamiento exclusivo para niños. Tal es el caso de los miedos (Barrett, 1998; Barrett, et al., 1996), los síntomas externalizados (Barrett, 1998), y el funcionamiento global (Barrett, et al., 1996; Wood, et al., 2006).

Respecto a los otros indicadores estadísticos, el poder y el tamaño del efecto, no han recibido tanta atención como la significancia clínica. De los 25 estudios incluidos (sin contar los seguimientos a largo plazo publicados por separado), sólo uno (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000) informó o tuvo en cuenta en la interpretación de datos el poder estadístico, el cual fue de 0.84, o sea 16% de probabilidad de cometer error tipo II. Aparentemente, actualmente el tamaño del efecto tiende a calcularse con más frecuencia, aunque todavía se encuentra opacado por la significancia estadística. Siete estudios calcularon e informaron el tamaño de efecto, que indica el tamaño de la

diferencia del cambio entre grupos experimentales. En diversos estudios se encontró un tamaño de efecto grande (mayor a 0.80), en otros pocos fue pequeño y/o moderado. La tabla 5 muestra el detalle.

Las ganancias de los tratamientos, en la mayoría de los casos, se mantuvieron total o parcialmente según los seguimientos realizados, los cuales varían de los 3 meses a los 7 años. La ansiedad, los miedos, los síntomas internalizados y el funcionamiento global parecen mantenerse más con el paso del tiempo. La depresión no mejoró en algunos en el postratamiento, pero sí en los seguimientos (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Toren, et al., 2000) y en otros casos volvió a los puntajes iniciales (Barrett, et al., 2001). En especial, el hecho que las mejorías en la ansiedad y el funcionamiento global tiendan a mantenerse es alentador, pues posiblemente indiquen que los individuos generalizaron las estrategias aprendidas en el tratamiento. A pesar de la recaída de los síntomas de depresión, los datos parecen indicar que los efectos sobre los síntomas depresivos también son buenos, pero que a veces toman más tiempo en manifestarse. En los participantes con depresión comórbida, los síntomas de depresión deberían evaluarse más cautelosamente y considerarlos para hacer modificaciones pertinentes en el tratamiento.

El último punto a considerar en el análisis de resultados tiene que ver con el porcentaje de participantes que se recuperan (o dejan de cumplir con el criterio diagnóstico) del trastorno de ansiedad en el postratamiento o en los seguimientos. En congruencia con los resultados derivados de los informes y auto-informes, se observa que los porcentajes de recuperación son altos. En general, en el momento de postratamiento dichos porcentajes están entre un 60 y un 70%, con tendencia al aumento en los seguimientos (65 a 100%), en comparación con la recuperación espontánea de los grupos control que oscila entre un 6% (Shortt, et al., 2001) y un 31 % (Bernstein, et al., 2005). Excepciones, fueron los resultados del estudio de Nauta, et al., (2001) en donde sólo 11% de la condición en tratamiento familiar y 44% en el tratamiento para niños, se recuperaron al momento del postratamiento, pero que al seguimiento de 3 meses, los porcentajes respectivos aumentaron a 71 y 88%. Al respecto, en los estudios en los que se comparó tratamiento familiar contra tratamiento exclusivo para los niños, la tendencia de recuperación favoreció a la condición familiar (por ejemplo, Barrett, et al., 1996), aunque no en todos los casos fue así (por ejemplo, Siqueland, et al., 2005).

Aún queda pendiente aclarar si dichas diferencias son significativas o no, y cuando es más recomendable un tratamiento familiar, aunque según los datos de Cobham, et al. (1998), un tratamiento familiar es recomendable si alguno de los padres es ansioso también.

b. Criterios psico-educativos y manuales de intervención

Las estrategias terapéuticas que se emplearon en las investigaciones reseñadas dependen de diversos manuales de tratamiento, por lo que resulta más conveniente agrupar las investigaciones según el manual de tratamiento empleado. En algunos casos, a pesar de que se empleó el mismo manual de tratamiento, durante la investigación se hicieron algunas modificaciones o ajustes.

Como se señaló anteriormente, en algunas investigaciones se puso en marcha más de un tratamiento, dependiendo del objetivo del estudio. En algunos casos se emplearon manuales de tratamiento en modalidad grupal o individual dirigido a los niños y, en otros casos, los manuales brindaban un tratamiento dirigido tanto a los padres como a los niños. Se pondrá especial atención en el *Coping Cat* (Kendall & Hedtke, 2006) y en el *FRIENDS* (Barrett, 2004), pues se han usado con mayor frecuencia y cuentan con mayor cantidad de datos que respaldan su eficacia.

Manuales de tratamiento dirigidos exclusivamente a niños

→ Intervención Individual

a. Coping Cat y sus adaptaciones

La primera edición de este manual se hizo en 1989 por Kendall y sus colaboradores, pero no fue publicada. Posteriormente, en 1990, se publicó la primera edición, y esa fue la edición que se empleó en muchos de los estudios revisados previamente. Existe una edición actualizada (Kendall & Hedtke, 2006) que tiene la misma estructura e incluye las mismas estrategias terapéuticas que las ediciones anteriores, pero se han agregado sugerencias para el terapeuta de cómo ser más flexible en el uso del manual en general, y con pacientes con ciertas problemáticas, en particular. Este manual se ha empleado en diversos estudios (Kane & Kendall, 1989; Kendall, 1994; Kendall, et al., 1997; Flannery-Schroeder & Kendall, 1996; Siqueland, et al., 2005), tanto en su forma original (Kendall, et al., 1989; Kendall, et al., 1990), como

en versiones actualizadas (Kendall, et al., 2000), pero que en realidad presentan el mismo contenido y estructura.

El manual describe 16 sesiones, de 50-60 minutos cada una, para el tratamiento en modalidad individual para trastornos de ansiedad en niños y adolescentes jóvenes, especialmente para los trastornos de ansiedad generalizada, fobia social y ansiedad por separación. El modelo teórico en el cual está basado, es el cognitivo-conductual. Por esta razón, se pone énfasis en las siguientes estrategias:

- a. secuencia graduada en ejercicios de práctica y en tareas
- b. juego de roles
- c. modelamiento de afrontamiento
- d. tareas para desarrollarse entre sesiones, en la casa o la escuela (los autores las identifican con el nombre de STIC - *show that I can*)
- e. educación sobre emociones
- f. reconocimiento de la sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad
- g. entrenamiento en relajación
- h. identificación y modificación de auto-diálogo ansioso en auto-diálogo de afrontamiento
- i. reforzamiento contingente y auto-reforzamiento
- j. práctica de las estrategias enseñadas en ejercicios graduales de exposición en vivo e imaginaria

La instrumentación de este manual permite enseñar a los niños a reconocer y analizar cogniciones y reacciones somáticas relacionadas con la ansiedad, y usar tales cogniciones y reacciones como señales para poner en marcha estrategias para manejar la ansiedad y afrontar de forma adaptativa las situaciones que la provocan. A grosso modo el tratamiento se compone de los siguientes elementos: 1) reconocer sentimientos y reacciones somáticas de ansiedad, 2) aclarar las cogniciones que se presentan ante situaciones de ansiedad (atribuciones o expectativas irreales), 3) desarrollar un plan para afrontar la situación (cambiar el auto-diálogo ansioso por un auto-diálogo de afrontamiento, así como determinar qué acciones podrían ser efectivas para controlar la ansiedad), y 4) evaluar el éxito de las estrategias seleccionadas y puestas en marcha, y autorreforzarse apropiadamente.

Las estrategias se enseñan y practican gradualmente durante las sesiones, y también en cada sesión se asigna una tarea que implica la práctica de alguna o varias de las estrategias en otros escenarios (en la casa, en la escuela, al estar con amigos) con el fin de garantizar que el niño adquiera y generalice las habilidades. Conforme el niño exhibe el manejo de estas habilidades o un esfuerzo por practicarlas, el terapeuta refuerza al niño, y le enseña cómo podría reforzar por sí mismo su esfuerzo y progresos.

Los autores dividen el tratamiento en dos segmentos. El primero está constituido por las sesiones 1 a 8, y se le identifica como un “segmento psico-educativo” o de entrenamiento. Durante estas 8 sesiones se desarrolla lo que se ha denominado el plan *FEAR* cuyas siglas se emplean como ayuda para recordar las estrategias de afrontamiento que se aprenden paulatinamente en terapia y que se van practicando de manera agregada sesión tras sesión. En inglés dichas siglas tienen el siguiente significado:

F = *Feeling Frigntened?* (¿Te sientes asustado?) A través de esta pregunta se busca que el niño o adolescente identifique sensaciones corporales, emociones y pensamientos relacionados con la ansiedad.

E = *Expecting bad things to happen?* (¿Esperas que ocurran cosas malas?) Esta pregunta se usa para identificar pensamientos automáticos negativos, o auto-diálogos de ansiedad.

A = *Attitudes and Actions that can help* (Actitudes y acciones que pueden ayudar) en este paso se modifican los pensamientos ansiosos previamente identificados, y en cambios se generan pensamientos realistas y se realiza un plan de afrontamiento para la situación (a partir de estrategias de solución de problemas).

R = *Results and Rewards* (Resultados y recompensas) Finalmente, se pone a prueba el plan diseñado, se evalúan sus resultados y se (auto)-refuerza las conductas de afrontamiento.

El segundo segmento del tratamiento lo comprenden las sesiones 9 a 16, en las cuales se pone en práctica las estrategias aprendidas previamente de manera conjunta en ejercicios de exposición gradual imaginaria y en vivo.

Para facilitar el aprendizaje de las estrategias que se enseñan en cada sesión, se ha diseñado un cuaderno de trabajo que se le proporciona al paciente, en el que se incluyen ejercicios relevantes para el aprendizaje. En el cuaderno de trabajo, se asigna una o dos "STIC" al término de cada sesión, las cuales se revisan al inicio de la sesión siguiente. Este cuaderno de trabajo tiene un personaje principal, que es un gato, el cual va acompañando al paciente en su proceso terapéutico.

Las 16 sesiones programadas con el niño incluyen dos sesiones de media hora con los padres. Ambas sesiones son informativas tanto para los padres como para el terapeuta. Se les explica a los padres lo que se está haciendo en terapia, se contesta sus dudas y al mismo tiempo, el terapeuta recaba más información sobre las situaciones relacionadas con la ansiedad del niño con el fin de conocer más a detalle la situación del niño. Así mismo se les pide su cooperación y participación en las tareas que se asignan a los niños entre sesiones.

Tomando en cuenta que el tratamiento va dirigido a niños y adolescentes jóvenes, el planteamiento del tratamiento es que éste sea una experiencia positiva para ellos, y que se diviertan. Con esto en mente, desde la primera sesión de tratamiento se construye un plan de reforzamiento para el niño a corto y mediano plazos. A corto plazo, se destinan 10 minutos al final de cada sesión para que el niño haga algo que le guste aunque no tenga nada que ver con el tratamiento. Los autores sugieren hacer algo como navegar en internet o hablar sobre programas de televisión. También se podrían incluir juegos de mesa o videojuegos, aunque hay que tomar en cuenta las limitaciones del tiempo. A mediano plazo, se hace un "banco de puntos". Los puntos se van ganando cada vez que el niño o adolescente cumpla con las tareas programadas después de cada sesión. Al finalizar ciertas sesiones el paciente podrá cambiar los puntos acumulados por algún premio. En las primeras sesiones se determina el número determinado de puntos necesarios para canjear los premios.

A continuación se incluye el protocolo de intervención de manera resumida:

Sesión	Objetivos	Actividades que se realizan ³	Estrategias y técnicas
1	Establecer rapport. Plantear el tratamiento. Recabar información sobre las situaciones de ansiedad y reacciones del niño.	Conversación informal. Especificación de las metas del tratamiento. Se habla con el niño sobre cómo diferentes personas tienen perspectivas diferentes sobre los mismo asuntos.	Rapport Juego de roles Reforzamiento
2	Establecer rapport. Revisar las metas del tratamiento. Identificar sentimientos y distinguir aquéllos de ansiedad. Comenzar a desarrollar una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad.	Se introduce el concepto de emoción y se identifica la expresión corporal/facial de diferentes emociones. Se normaliza la experiencia de miedo y de ansiedad (se explica al niño que se puede aprender a manejar la ansiedad). Se construye la jerarquía de situaciones de ansiedad con el uso de un "termómetro" de ansiedad.	Rapport Identificación de emociones Juego de roles Reforzamiento
3	Diferenciar la emoción de ansiedad de otras. Enseñar e identificar posibles reacciones fisiológicas de la ansiedad.	Introducción del paso "F" del plan. Se averiguan las reacciones de ansiedad que experimenta el niño. El terapeuta modela ansiedad típica para que el niño se sienta más familiarizado. Se hacen juegos de roles para que el niño también identifique las reacciones de ansiedad.	Modelamiento Juego de roles Reforzamiento
4	Sesión con los padres. Fomentar la participación de los padres en el tratamiento. Se hacen sugerencias sobre cómo los padres lo pueden hacer. Contestar dudas de los padres. Indagar sobre las situaciones de ansiedad del niño.		
5	Revisar la identificación de señales fisiológicas de ansiedad. Empezar la práctica de técnicas de relajación. Introducir la asociación de emociones con reacciones somáticas.	Comentar sobre la sesión con los padres. Se asegura al niño que no se dijo nada que él no quisiera que se supiera. Explicar la relación emociones-señales fisiológicas de la ansiedad. Se presenta la relajación como técnica para el manejo de reacciones somáticas. El terapeuta las modela, después con juego de roles, el niño las practica.	Juego de roles Respiración diafragmática Relajación muscular progresiva Reforzamiento
6	Explicar el impacto que tienen los pensamientos en la respuesta de ansiedad. Reconocer auto-diálogo ansioso (pensamientos automáticos disfuncionales, expectativas y atribuciones). Desarrollar auto-diálogo de afrontamiento.	Se introduce el concepto de auto-diálogo. Se identifica el tipo de auto-diálogo presente en situaciones de ansiedad utilizando caricaturas. Se diferencia éste de un auto-diálogo de afrontamiento mediante el modelamiento del terapeuta. Se presenta el paso "E" del plan. Se juega al "detective" que identifica los pensamientos relacionados con la ansiedad del niño.	Relajación Reestructuración cognoscitiva: modificación de auto-diálogo, retar pensamientos disfuncionales Modelamiento Juego de roles Reforzamiento
7	Revisar el concepto de auto-diálogo ansioso y de	Repasar los pasos "FE" del plan y luego presentar el paso "A". Se explica al niño	Relajación Solución de

³ Además de las actividades aquí incluidas, al final de cada sesión se asigna una tarea que se revisa al inicio de la siguiente sesión. Además, los últimos minutos de la sesión se emplean para el esparcimiento.

	cómo modificarlo a uno de afrontamiento. Revisar ejercicios de relajación. Introducir el concepto de solución de problemas.	que hay acciones que se pueden tomar para afrontar las situaciones de ansiedad. Se presentan los pasos de solución de problemas y se aplica primero, a situaciones fáciles. El terapeuta modela el procedimiento, después el niño practica.	problemas Modelamiento Reforzamiento
8	Introducir el concepto de auto-evaluación y auto-reforzamiento. Revisión de las estrategias aprendidas previamente. Empezar jerarquía de situaciones causantes de ansiedad	Introducir el paso "R" del plan. Discutir el concepto de reforzamiento, y de auto-evaluación. Se comentan ejemplos de cómo las personas a veces se dan pequeños premios cuando están satisfechos con lo que hacen. Se hace una lista de posibles reforzadores que el niño puede emplear para auto-reforzarse. Se hace un "termómetro de sentimientos" en el que el niño indica qué tan satisfecho está con su desempeño. Se hace un juego de roles para practicar. Se recuerda el plan FEAR. Finalmente, se construye una jerarquía de situaciones que causan ansiedad esquematizada en una escalera o pirámide.	Juego de roles Auto-reforzamiento Reforzamiento
9	Sesión con los padres. Se pide la cooperación de los padres con el tratamiento. Se contestan dudas. Se explica la segunda parte del tratamiento (exposiciones) y se indaga más sobre las situaciones en las que el niño se siente ansioso.		
10	Poner en práctica el plan FEAR mediante exposiciones imaginarias y en vivo en situaciones que provocan poca ansiedad.	Se practica el plan en una situación imaginaria. En primera instancia el terapeuta modela el comportamiento en una situación tal. El terapeuta lo debe hacer lo más realista posible, a través de explicaciones detalladas y si es posible con la ayuda de objetos relacionados con la escena. Después, el niño a través de juego de roles participa en el ejercicio. El niño debe informar, con su termómetro, qué tan ansioso se siente ante tal situación. Se repite el procedimiento pero ahora en una exposición en vivo. Breve practica de ejercicios de relajación. Se planean ejercicios futuros de exposición.	Exposición en vivo e imaginaria Relajación Reforzamiento
11	Practicar exposiciones en vivo e imaginarias de situaciones que provocan poca ansiedad	En primera instancia el terapeuta modela el comportamiento en una situación tal como si fuese el niño. El terapeuta lo debe hacer lo más realista posible, a través de explicaciones detalladas y si es posible con la ayuda de objetos relacionados con la escena. Después, el niño a través de juego de roles participa en el ejercicio. El niño debe informar a través de su termómetro qué tan ansioso se siente ante tal situación. Se repite el procedimiento pero ahora en una exposición en vivo.	Exposición en vivo e imaginaria Reforzamiento
12	Practicar exposiciones en vivo e imaginarias de situaciones que provocan ansiedad moderada.		
13	Practicar exposiciones en vivo e imaginarias de situaciones que provocan ansiedad moderada.		
14	Practicar exposiciones en vivo e imaginarias de situaciones que provocan ansiedad elevada.		
15	En la sesión 15 se habla,		

	además, sobre la culminación del tratamiento.	Se planean futuros ejercicios de exposición. En la sesión 15 se planea el último ejercicio de exposición. Se recapitula el aprendizaje y los logros alcanzados por el niño hasta ese punto.	
16	Exposición en vivo en una situación que cause ansiedad elevada.	Se hace una video-grabación de un "comercial" divertido, en donde el niño muestre las estrategias aprendidas. Se hace un resumen del programa de tratamiento y un cierre del mismo.	Exposición en vivo Reforzamiento

Este mismo manual se ha aplicado en otras investigaciones, pero con ciertas adaptaciones. Barrett, et al., (1996) hicieron una adaptación australiana del *Coping Cat* (Kendall, 1990) llamada *Coping Koala Workbook*. En este manual se incluyen las mismas estrategias cognitivo conductuales del *Coping Cat*, con la diferencia de que el personaje principal de la versión australiana es un koala en lugar de un gato. Además, reduce de las 16-20 sesiones originales de 60 minutos, a 12 sesiones de 60-80 minutos.

En el *Coping Koala Workbook* las primeras 4 sesiones son de entrenamiento en procedimientos para el manejo de la ansiedad. El terapeuta hace juego de roles para enseñar dichos procedimientos, que son: identificación de pensamientos positivos y negativos, técnicas de relajación, auto-diálogo de afrontamiento, auto-evaluación realista, y estrategias de reforzamiento y auto-reforzamiento. En las siguientes 8 sesiones el niño practica las estrategias mediante ejercicios de exposición imaginaria y en vivo, de forma gradual, empezando con las situaciones de menor ansiedad hasta culminar con las que provocan la mayor ansiedad.

En Holanda, también se ha empleado este manual con ciertas modificaciones (Nauta, et al., 2001; 2003; 2005). En este caso las dos modificaciones más relevantes, aparte de la traducción al holandés, fueron que el tratamiento se llevó a cabo en 12 sesiones en lugar de 16 a 20, y que los ejercicios de exposición se comenzaron en la cuarta sesión en lugar de la novena. Es decir, se acortó la primera fase del tratamiento en el manual. De forma similar, Wood, et al. (2006) instrumentaron el mismo manual de tratamiento pero con una versión corta, en la que la primera fase del tratamiento (sesiones 1 a 8) se redujo a 4 sesiones.

b. Manual de tratamiento de la ansiedad en niños por módulos

El objetivo del manual modular de tratamiento cognitivo-conductual (Chorpita, 1998) es corregir las interpretaciones de amenaza de los niños y reducir así su ansiedad. Este cambio cognitivo se logra mediante psicoeducación y ejercicios de exposición. Aunque el manual enfatiza el cambio directo de las cogniciones y conductas del niño, también toma en cuenta su ambiente social, en tanto que son influencias que pueden mantener o intensificar su experiencia de ansiedad.

El manual contiene 13 módulos, cada uno representa una técnica o estrategia terapéutica particular: automonitoreo, psicoeducación, exposición, reestructuración cognoscitiva, entrenamiento en habilidades sociales, reforzamiento, manejo de contingencias, "tiempo fuera", y mantenimiento y prevención de recaídas. Sin embargo, la instrumentación de los módulos según las necesidades particulares de cada niño. Mediante un diagrama de flujo se puede determinar qué módulos del tratamiento debe administrarse. En cualquier caso, de los 13 módulos anteriores, hay 4 básicos que siempre se cubren:

1. Automonitoreo ("escalera de miedo"). En este módulo se construye una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad y se les califica por grados. En realidad no es una parte activa del tratamiento, sirve más bien para evaluar los progresos, y para diseñar los ejercicios de exposición.
2. Psicoeducación. Aquí se introduce un lenguaje para que el niño describa sus pensamientos y sentimientos. Se explica el concepto de ansiedad y cómo a veces es una falsa alarma.
3. Exposición (imaginaria y en vivo). En este módulo se toman situaciones de la "escalera de miedo" para hacer ejercicios de exposición. Algunos se hacen durante la sesión y otros se asignan como tarea.
4. Mantenimiento y prevención de recaídas. Este es el último módulo que se administra. En él se revisan las habilidades enseñadas para propiciar que el niño se dé cuenta de sus logros.

En el manual se incluyen también estrategias terapéuticas aplicables en los casos de comorbilidad con problemas de conducta y en los que se detecte poca motivación para

el tratamiento. La participación de la familia no está prevista de antemano, pero se le puede incluir en los ejercicios de exposición. Asimismo, los escenarios para realizar las tareas varían dependiendo de las posibilidades de la familia y del terapeuta.

→ Intervención Grupal

a. *Coping Cat* - versión grupal

Flannery-Schroeder y Kendall (1996) diseñaron un manual de tratamiento que contiene las mismas estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad en niños, y con la misma estructura que el *Coping Cat* original, pero pensado para aplicarse en modalidad grupal. Flannery-Schroeder y Kendall (2000) lo pusieron a prueba con grupos de 2 a 4 niños. Otra diferencia con respecto al manual de intervención individual, es que las 16-20 sesiones son de 90 minutos en lugar de 50-60.

b. *Coping Koala* - versión grupal

El *Coping Koala* también se ha adaptado para la modalidad grupal, pero en esencia emplea las mismas estrategias terapéuticas que el *Coping Cat* individual. Cuando se ha aplicado de forma grupal (Cobham, et al., 1998; Mendlowiz, et al., 1999) se han recortado las sesiones a 10, pero cada una con mayor duración (de 90 a 120 minutos). En la investigación de Dadds, et al., (1997) se puso en práctica con grupos de 5 a 12 niños. Muris, et al., (2002) también emplearon este manual en su adaptación grupal, con grupos de 3 a 5 niños, y aumentaron el número de sesiones a 12, pero con duración aproximada de 30 minutos cada una.

c. *FRIENDS for children*

Aunque el *Coping Koala* surgió como una adaptación del *Coping Cat*, las modificaciones subsiguientes dieron origen a otro manual de tratamiento en modalidad grupal que actualmente se conoce como *FRIENDS for children* (Barrett, et al., 2000). Este programa en realidad es una fusión del *Coping Koala* y una intervención denominada Manejo de la Ansiedad Familiar (MAF), la cual se explica más adelante. El programa *FRIENDS* está diseñado para ayudar a los niños a afrontar y manejar la

ansiedad de manera grupal, pero es flexible para administrarse en forma individual. En la última edición (Barrett, 2006) se describen 10 sesiones, dos sesiones de refuerzo después de 1 y 3 meses de culminado el tratamiento y 2 sesiones con los padres, aunque se han hecho adaptaciones de 4 sesiones con los padres (Barrett & Turner, 2001).

La duración de las sesiones depende del escenario en donde se lleve a cabo el tratamiento y la modalidad del mismo. Se sugieren sesiones de 60 minutos en modalidad individual y hasta 2 horas en sesión grupal. Los grupos deben tener un máximo de 12 niños de edades similares. El manual incluye instrucciones diferentes para el tratamiento en escuelas y el tratamiento en escenarios clínicos. El hecho de que se incluyan instrucciones para el tratamiento en escuelas, es porque hay datos (Barrett & Turner, 2001; Bernstein et al., 2005) que sustentan su aplicabilidad en dichos escenarios, e incluso la posibilidad de que sean maestros quienes dirijan el tratamiento (Barrett & Turner, 2001). También se contempla que el tratamiento se puede llevar a cabo en hospitales y centros comunitarios.

El terapeuta se basa en un manual para el líder del grupo para llevar a cabo el tratamiento. Aparte, a cada niño se le proporciona un cuaderno de trabajo con actividades para reforzar el aprendizaje en terapia. Durante las sesiones se necesita también de un pizarrón y marcadores. Existe un CD opcional con actividades extra para los casos en los que son maestros quienes tienen a cargo el grupo de terapia.

El modelo teórico a partir del cual se desarrollaron las estrategias terapéuticas aborda procesos cognitivos, fisiológicos y conductuales los cuales interactúan en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. Para cada tipo de proceso se instrumentan ciertas estrategias que a continuación se señalan:

- a. Los procesos fisiológicos se regulan a través de técnicas como identificación de sensaciones fisiológicas, respiración diafragmática y ejercicios de relajación muscular progresiva.
- b. Para modificar los procesos cognitivos, se identifican los pensamientos disfuncionales, se enseña a generar un auto-diálogo positivo, se retan y modifican los pensamientos negativos, se enseñan estrategias de auto-evaluación y auto-reforzamiento.

- c. Para la modificación de patrones conductuales aprendidos se enseñan estrategias en solución de problemas, habilidades de afrontamiento, exposición gradual, reforzamiento de conductas de afrontamiento, identificación de modelos positivos, apoyo de pares y la identificación de experiencias placenteras.

Las estrategias antes descritas se enseñan como parte del plan "*FRIENDS*", el cual es un plan para sentirse seguro y valiente. *FRIENDS* es un acrónimo que se usa como ayuda para recordar los siguientes aspectos clave del tratamiento:

F = *Feelings* (Sentimientos). Este paso tiene como objetivo ayudar a los niños a identificar los sentimientos de ansiedad y usar dichos sentimientos para emprender el siguiente paso.

R = *Remember to Relax* (Recuerda Relajarte). Ayuda a los niños a recordar las técnicas de relajación que pueden usar cuando se sienten ansiosos.

I = *I can do it! I can try my best* (¡Yo puedo hacerlo! ¡Voy a hacer mi mejor esfuerzo!). Estas expresiones tienen como objetivo ayudar a los niños a sentirse seguros de sí mismos y de que pueden ser valientes en situaciones difíciles.

E = *Explore solutions and coping step plans* (Explora soluciones y pasos del plan de afrontamiento). Con este paso se recuerda a los niños a afrontar las situaciones de ansiedad de una manera más positiva y a generar un plan que les ayude a afrontarla.

N = *Now reward yourself! You've done your best!*(¡Ahora, prémiate a ti mismo! Has hecho tu mejor esfuerzo). Con este paso se les recuerda a los niños que no siempre se tiene éxito al afrontar una situación difícil, sin embargo el hacer el mejor esfuerzo merece una recompensa.

D = *Don't forget to practice* (No olvides practicar). Es un recordatorio para los momentos en que los niños estén preocupados o tensos, para que practiquen el plan.

S = *Smile! Stay calm for life!* (¡Sonríe! Permanece calmado de por vida). Nuevamente, es un recordatorio de que se han aprendido formas de manejar las situaciones difíciles que pueden usar para toda la vida.

Como se indicó anteriormente, este manual de tratamiento está planteado para llevarse en modalidad grupal. De hecho muchas de las actividades están pensadas para que se lleven a cabo en grupos pequeños de 2 a 4 participantes. La autora se refiere a los procesos grupales como parte central del aprendizaje. El entrenamiento grupal o con pares es efectivo porque las personas aprenden mejor a través de la observación de otros, ayudando a otros y en situaciones reales. Por lo tanto, aprender en un contexto con pares brinda las oportunidades para que los niños practiquen las habilidades que aprenden en un ambiente seguro. Por otro lado, al estar en un grupo, tanto el terapeuta como los niños aportan conocimiento y experiencias de aprendizaje.

Se sugiere que en los grupos grandes, por ejemplo cuando el tratamiento se instrumenta en una escuela, se formen sub-grupos, y que dichos sub-grupos sean heterogéneos para que se puedan practicar las habilidades con personas con características diferentes, y que los sub-grupos se roten en cada sesión.

A continuación se presenta el protocolo de tratamiento:

Sesión	Objetivo	Actividades que se realizan ⁴	Estrategias terapéuticas
1	Presentar a los miembros del grupo. Explicar en qué consiste el plan <i>FRIENDS</i> .	Los niños se hacen preguntas entre sí para conocerse. Después, entre todos, establecen las reglas del grupo. Se hacen ejercicios del libro de trabajo relacionados con identificación de sentimientos y de cómo se enfrentan situaciones difíciles. Explicación del sistema de reforzamiento (premios) por realizar las tareas que se asignen.	Rapport
2	Dar a conocer el concepto de sentimientos. Explicar el efecto que tienen los sentimientos y los pensamientos en la conducta.	Se utilizan fotos o dibujos para identificar sentimientos a partir de las expresiones faciales. Se identifican los sentimientos personales en diferentes situaciones. Se explica la diferencia entre pensamientos y sentimientos, así como la conexión entre ambos.	Identificación de emociones y pensamientos Reforzamiento

⁴ Al inicio de cada sesión se repasa rápidamente conceptos clave de la sesión anterior, y al final de cada sesión, se asignan una o dos tareas para casa.

3	Reconocimientos de reacciones fisiológicas relacionadas con la ansiedad. Practicar técnicas de relajación.	Se presentan los pasos "F" y "R" del plan. Identificar aquéllos pensamientos y sensaciones corporales personales relacionados con la ansiedad. Se hace un dibujo del cuerpo humano y ahí se señalan las partes del cuerpo que reaccionan cuando los niños están ansiosos. El terapeuta enseña técnicas de relajación (leyendo unos guiones) que ayudan a controlar dichas sensaciones corporales.	Respiración diafragmática Relajación Muscular Progresiva Reforzamiento
4	Generar confianza en sí mismos para afrontar situaciones que producen ansiedad. Explicar el concepto de auto-diálogo. Aprender a generar pensamientos positivos y útiles en una situación determinada.	Se presenta el paso "I" del plan. Se invita a los niños a pensar positivamente y de manera útil en situaciones difíciles. Se ejemplifican aspectos positivos en la vida de cada niño (se hacen dibujos, se hacen recortes). Se introduce el concepto de auto-diálogo. Los niños escriben qué pueden estar pensando ciertos personajes en situaciones dibujadas en sus cuadernos. Se pide a los niños que escriban otro ejemplo de pensamientos para la misma situación, pero de una forma más positiva.	Identificación y modificación de auto-diálogo Reforzamiento
5	Transformación de pensamientos negativos en positivos. Empezar con un plan de solución de problemas.	Se continúa con el paso "I" y se presenta el paso "E". Se enseña a los niños a poner atención a cosas positivas sobre diversas situaciones para que se sientan más cómodos y seguros y se preocupen menos. En situaciones reales de cada niño, se identifican pensamientos negativos y se formulan positivos en su lugar. Se inicia la estrategia de solución de problemas. Se generan ideas de cómo afrontar una situación difícil (lluvia de ideas). Se plantea una situación de ansiedad, la cual se divide en grados o pasos, para ser afrontada.	Reestructuración cognoscitiva Solución de problemas Reforzamiento
6	Continuar con el plan de solución de problemas y practicarlo. Señalar la importancia del apoyo social.	Se toman ejemplos de modelos (reales o imaginarios) que los niños admiren, que no evitan las situaciones difíciles y que las afrontan. En otra actividad, se discute cómo las personas se ayudan unas a otras y se identifican personas que los podrían ayudar en situaciones difíciles. Se enseña el resto del plan de solución de problemas: identificación del problema, lluvia de ideas sobre posibles soluciones, anticipar las consecuencias de las soluciones, seleccionar una solución, ponerla en práctica y evaluarla. Se aplica el plan a diversas situaciones. Se plantea otra situación de ansiedad, la cual se divide en grados o pasos, para ser afrontada.	Exposición en vivo (tarea) Modelamiento Solución de problemas Reforzamiento
7	Enseñar técnicas de auto-reforzamiento.	Revisión de los pasos "FRIE". Presentar el paso "N". Se genera una lista de posibles premios que los niños se pueden otorgar a sí mismos cuando hacen un esfuerzo por afrontar situaciones de ansiedad. Se señala que la forma en que nos evaluamos a nosotros mismo puede tener un efecto en nuestros sentimientos, por lo tanto hay que reconocer los esfuerzos que se hagan y los aspectos positivos en cada situación, aunque no	Exposición en vivo (tarea) Auto-evaluación y auto-reforzamiento Reforzamiento

		siempre se tenga éxito. También se hacen actividades para no tomar las cosas tan en serio y ver el lado gracioso de las situaciones que no siempre resultan como se pensaba. Se plantea otra situación de ansiedad, la cual se divide en grados o pasos, para ser afrontada.	
8	Empezar a practicar todo el plan.	Presentar pasos "D" y "S". En pares se plantean situaciones que causan ansiedad. Entre los dos niños se ayudan para aplicar el plan FRIENDS. Cada uno tiene que plantear una situación personal. Se plantea otra situación de ansiedad, la cual se divide en grados o pasos, para ser afrontada.	Exposición imaginaria Exposición en vivo (tarea) Reforzamiento
9	Aprender a generalizar las estrategias aprendidas a varias situaciones.	En grupo, se plantean muchas situaciones en las que se puede usar el plan. Y cada uno desarrolla el plan. Se buscan voluntarios para ejemplificar el plan. Se plantea otra situación de ansiedad, la cual se divide en grados o pasos, para ser afrontada.	Exposición en vivo (tarea) Modelamiento Reforzamiento
10	Promover el mantenimiento de las habilidades. Festejar el fin del tratamiento.	Se plantean situaciones difíciles que posiblemente enfrenten los niños. Se piensa en qué personas los podrían ayudar si ellos sienten que es una situación muy difícil. Se generan otras alternativas de cómo enfrentar nuevos retos. Se hace una revisión general del plan FRIENDS. Se indica que habrá 2 sesiones de refuerzo. Se hace una pequeña fiesta y se da un diploma por haber culminado el tratamiento.	Prevención de recaídas Reforzamiento
SESIONES CON LOS PADRES			
1	Explicar a los padres qué es la ansiedad y cómo se desarrolla. Explicar cómo el programa FRIENDS ayuda a manejar la ansiedad y tal vez prevenir la aparición de otros trastornos.	Presentar los miembros del grupo. Explicar qué es la ansiedad y normalizar dicha experiencia. Explicar qué es la depresión. Explicar por qué algunos niños y adolescentes desarrollan problemas emocionales. Se presentan los pasos "F", "R", "I" y "E". Se enseñan y practican ejercicios de relajación (respiración y relajación muscular progresiva). Se hacen ejercicios para diferenciar entre pensamientos y sentimientos. Se identifican pensamientos negativos y en grupos se modifican y formulan pensamientos positivos. Se explica la importancia de identificar modelos de afrontamiento para los niños y la importancia del apoyo social. Se enseña la estrategia de solución de problemas. También se señala la importancia de plantear metas que superar de forma graduada, dividiéndolas en etapas.	Psicoeducación Relajación Reestructuración cognoscitiva Solución de problemas
2	Enseñar a los padres a reforzar las conductas de afrontamiento de sus hijos.	Identificación de conductas positivas de los niños. Repasar los pasos "F", "R", "I" y "E" del plan e introducir los tres restantes: "N", "D" y "S". Entre los padres generan una lista de posibles reforzadores de conducta valiente. Se explica cómo se deben administrar dichos reforzadores. Evaluar el logro de las metas en términos de éxito parcial. Se hacen ejercicios para que los padres modelen el comportamiento adecuado en las situaciones de ansiedad. Se abordan temas de discusión familiar y se sugiere enfatizar los aspectos positivos de la	Juego de roles Manejo de contingencias Modelamiento Prevención de recaídas

		interacción familiar. Generar unidad entre los padres o entre los cuidadores. Propiciar la práctica del programa de forma consistente: alentar a los niños a aplicarlo a nuevas situaciones. Identificación de posibles dificultades. Al final, se organiza un convivio.	
SESIONES DE REFUERZO			
1	(1 mes después de culminado el tratamiento) Recordar pasos del plan.	El grupo comparte experiencias relevantes desde que culminó el tratamiento. Se graba un video en el que los niños explican cómo se utiliza el plan FRIENDS para afrontar situaciones de ansiedad.	Modelamiento Reforzamiento
2	(3 meses después de culminado el tratamiento) Recordar pasos del plan. Animar a los niños a seguir usando las estrategias.	Se ve el video grabado en la primera sesión de refuerzo. Se reflexiona sobre situaciones que han retado a los niños, y cómo las han afrontado. Se piensa en otras situaciones que tal vez se presenten después. Se practica cómo los niños pueden enseñar el plan a otros niños. Se señala a los niños diferentes personajes que los pueden ayudar en el futuro si tienen dificultades (padres, amigos, profesores, psicólogos, etc.).	Modelamiento Reforzamiento

Las dos sesiones con los padres son bastante flexibles. Se puede revisar el contenido de las mismas en menos o más sesiones, según las necesidades de cada grupo. Además, se sugiere que en casa los padres y hermanos practiquen todos los días por 10 o 15 minutos, junto con los niños, algunas de las estrategias terapéuticas que se les han enseñado a los niños en terapia. Para que los padres sepan cuáles son dichas estrategias, se les puede incluir los últimos minutos de las sesiones terapéuticas cuando se revisan las metas de esa sesión y se indica cómo se pueden poner en práctica las habilidades con la familia.

Manuales de tratamiento familiar

Los tratamientos dirigidos a la familia tienen elementos más variables que los tratamientos exclusivos para los niños. De hecho, aunque todos los manuales que se presentan a continuación incluyen estrategias cognitivo-conductuales, algunos también toman en cuenta otros modelos teóricos, como teorías de apego y del enfoque sistémico, al trabajar con la familia.

→ Individual (Tratamiento de una familia a la vez)

a. *Cognitive-Behavioral Family Therapy for Anxious Children*

Howard y Kendall (1996) investigaron los efectos de este manual que ellos mismos elaboraron (Howard & Kendall, 1992). El manual está diseñado para conducirse en sesiones simultáneas con el niño y al menos uno de sus padres. Incluye las mismas técnicas cognitivo conductuales que el *Coping Cat*: modelamiento, exposición imaginaria y en vivo, juego de roles, entrenamiento en relajación, reforzamiento contingente, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognoscitiva. Dichas estrategias se enseñan directamente al niño y se fomenta su participación dentro y fuera de las sesiones.

A pesar de que se usan las mismas técnicas que en el *Coping Cat*, la organización general del manual es diferente. Al incluir a la familia se enfatiza 1) la observación de las interacciones familiares y funcionamiento familiar, 2) estructuración de las sesiones con el objetivo de fomentar la expresión de emociones negativas, negociar problemas, y respetar la experiencia del niño, 3) hacer observaciones que fomenten el entendimiento de la familia sobre los síntomas del niño y sobre las interacciones que dentro de la familia tengan un efecto en esos síntomas, 4) propiciar la participación de la familia en la adquisición de habilidades y de las tareas que se asignan.

El tratamiento se lleva a cabo en 16-20 sesiones de 60 minutos cada una, las cuales se agrupan en dos fases. En la primera fase, se explora la naturaleza interpersonal de la problemática del niño y se enseñan, mediante el aprendizaje activo, estrategias para cambiar la forma en que el niño y los miembros de la familia reaccionan. En la segunda fase, se practican las estrategias enseñadas previamente. Las situaciones prácticas deben incluir la participación de los miembros de la familia, sobretodo cuando se relacionan con una respuesta disfuncional.

b. *Bögels & Siqueland (2006)*

Bögels y Siqueland (2006) emplearon un manual no publicado para su estudio. El manual prescribe, primero, una sesión con toda la familia con el fin de recabar

información sobre los orígenes o factores relacionados con la ansiedad en el niño. Se plantea el caso desde un punto de vista de sistemas. En esta misma sesión se le explica a toda la familia en qué va a consistir el tratamiento y su lógica. A partir de entonces se divide el tratamiento en 3 grupos de sesiones o fases.

En la primera fase, se enseñan habilidades cognitivo conductuales tanto al niño como a los padres a lo largo de 4 sesiones. Se identifican y cuestionan (se retan) pensamientos negativos, se hacen ejercicios de exposición, se enseña reforzamiento y se fomenta la actuación de los padres como modelos de afrontamiento ante situaciones de ansiedad.

En la segunda fase, se hace una reestructuración cognoscitiva de los pensamientos de los padres sobre la ansiedad de sus hijos y sobre ideas que tengan acerca de los peligros que su hijo pueda encontrar en el mundo. La reestructuración de los niños se orienta a cambiar aquéllos pensamientos distorsionados sobre el proceso de comunicación con sus padres. Esta fase también se cubre en 4 sesiones.

Otras 4 sesiones conforman la última fase orientada a mejorar la comunicación entre el niño y los demás miembros de su familia. También se enseñan técnicas de solución de problemas a los padres. Durante la última sesión se evalúa el tratamiento y se hace prevención de recaídas.

c. Entrenamiento Cognitivo para Padres (ECP)

Este manual no se ha publicado (Nauta & Scholing) pero se diseñó para administrarse paralelamente al *Coping Cat*. Hasta la fecha, se ha evaluado en tres estudios (Nauta, et al., 2001; 2003; 2005).

El ECP consiste en 7 sesiones exclusivas con los padres -mientras se administra por separado el *Coping Cat* a los niños. El tratamiento se concentra en las cogniciones de los padres sobre la ansiedad de su hijo y la conducta que esos pensamientos provocan. Incluye entrenamiento en detención de pensamientos automáticos, solución de problemas y en manejo de contingencias. También se incluye una sesión para prevención

de recaídas en la que se abordan los pensamientos y sentimientos que puedan presentarse si la recaída ocurre y qué medidas tomar al respecto.

d. Terapia Familiar Basada en el Apego (TFBA)

Siqueland, et al., (2005) diseñaron este manual de tratamiento. A pesar de que no se ha publicado, se ha evaluado por los mismos autores. El objetivo del manual es modificar interacciones familiares asociadas con los trastornos de ansiedad en los niños, como las creencias que tienen sobre la ansiedad en general, la crianza sobreprotectora y el control psicológico. También incluye técnicas conductuales como modelamiento y reforzamiento. Al final, lo que se pretende es generar un apego saludable entre el niño o adolescente y sus padres y promover su autonomía.

En la primera sesión se reúne toda la familia, se explica el tratamiento, y se habla sobre los aspectos de autonomía y control psicológico con el fin de propiciar un equilibrio entre la protección y la autonomía de los niños o adolescentes, y sus padres.

En las sesiones 2 a 4 se trabaja únicamente con el niño o adolescente. Se identifican metas para el tratamiento, tanto individuales como para la familia, y las preocupaciones sobre la forma de interactuar con los padres. También se enseñan y practican estrategias cognitivo-conductuales para el manejo de la ansiedad, como las descritas en el *Coping Cat* (relajación, exposición, juego de roles, reestructuración cognoscitiva).

En las sesiones 5 a 8 se reúne a toda la familia y se trata de construir una alianza con los padres. Se identifican sus preocupaciones, ansiedades y miedos. Se guía a los padres para que promuevan la autonomía psicológica de sus hijos (libertad para tener una identidad). Se anima a que el niño o adolescente hable de sí mismo, exprese opiniones y las diferencias con sus padres. También se promueve la auto-confianza en el niño o adolescente para afrontar las situaciones que provocan ansiedad.

Las sesiones 8 a 16 algunas veces se llevan a cabo con toda la familia y otras sólo con el adolescente. Se plantean situaciones particulares de cada familia y sobre todo se

trabaja en la re-estructuración cognoscitiva de los padres respecto a la autonomía y control psicológico.

e. Construir seguridad (Building Confidence)

Wood, et al., (2006) pusieron a prueba el manual *Building Confidence* (no publicado), el cual toma como modelo el *FRIENDS*. Este manual combina estrategias cognitivo-conductuales, de las que sobre salen la exposición en vivo, el reforzamiento y el entrenamiento de los padres. El tratamiento se lleva a cabo en 12 sesiones divididas en tres partes. Los primeros 15-30 minutos se ve sólo al niño, los siguientes 15-20 sólo a los padres y los últimos 15 se reúne a los padres con el niño. Este tratamiento está organizado en dos fases.

En la primera fase, se enseñan estrategias cognitivo-conductuales como relajación, exposición, reestructuración cognoscitiva y solución de problemas, mediante juego de roles y modelamiento. En la segunda se hacen ejercicios de exposición, igual que con el manual del *Coping Cat*, pero sólo durante la primera parte de la sesión cuando sólo se trabaja con los niños.

Con los padres, en la intervención se propone cambiar los patrones de comunicación posiblemente relacionados con la ansiedad de los niños, en especial su intrusividad y la limitación de la autonomía. Se les enseña técnicas de comunicación como las siguientes: proporcionar opciones al niño sobre qué hacer cuando se encuentran indecisos, permitirle que aprenda por ensayo y error, aceptar y no criticar sus reacciones emocionales y promover la adquisición de nuevas habilidades. También se enseña el manejo de contingencias (reforzar conductas de afrontamiento e ignorar conductas indeseadas).

→ Grupal (dos o más familias)

a. Manejo de la Ansiedad Familiar

El Manejo de la Ansiedad Familiar (MAF) es un protocolo diseñado para usarse con los padres paralelamente con el *Coping Koala* para los niños. Dentro de cada sesión

terapéutica, la primera parte (30 minutos) se lleva a cabo sólo con los niños trabajando con el *Coping Koala*, mientras que la segunda parte de la sesión (30 minutos) corresponde al MAF y se trabaja en conjunto con los padres y los niños. Este tratamiento no sólo tiene como objetivo aminorar la ansiedad de los niños, sino también la de los padres.

El protocolo cubre tres contenidos específicos con el fin de formar un “equipo” de padres e hijos. El primero es entrenar a los padres en el manejo de contingencias, esto es, que refuercen conductas de los niños encaminadas a afrontar la situación de ansiedad, mediante elogios, premios tangibles o privilegios, e ignorar las conductas de evitación, y las quejas excesivas por parte del niño. Durante las sesiones los padres hacen juego de roles con ejemplos de la conducta ansiosa de sus hijos.

El segundo contenido que se cubre en el Manejo de la Ansiedad Familiar es el manejo de las emociones de los propios padres. Se hacen observaciones sobre sus propias respuestas de ansiedad y se les enseña qué conductas proactivas presentar en lugar de las ansiosas, mediante un modelo de solución de problemas. Las primeras dos partes del tratamiento se cubren en 8 sesiones.

El último contenido del Manejo de la Ansiedad Familiar se cubre en 4 sesiones y consiste en un entrenamiento en la comunicación y solución de problemas entre los miembros de la familia. En específico se siguen los siguientes pasos: 1) Responder al conflicto en específico y evitar que el problema interfiera en otros ámbitos familiares. Se enseña a los padres para que no permitan que algunos conflictos relacionados con la crianza del niño afecten su consistencia en la forma en que manejan la ansiedad de éste. 2) Se propone que los padres programen un tiempo específico cada día para hablar sobre aspectos o conflictos que tuvieron en su día. 3) Se propone que una vez a la semana los padres tengan un tiempo para hablar sobre la solución de los problemas presentes en la familia o con el niño.

Debido a los resultados positivos que arrojó la evaluación del manual de El Manejo de la Ansiedad Familiar (Barrett, 1998; Barrett, Dadds, & Rappe, 1996), se fusionó con el *Coping Koala* para dar origen al programa *FRIENDS*, que ya se ha descrito.

b. Manejo de la Ansiedad de los Padres (MAP)

Cobham y sus colaboradores (1998) aplicaron este tratamiento, dirigido directamente a aminorar la ansiedad de los padres. Este tratamiento no es un manual *per se*, sino más bien es un protocolo de intervención diseñado especialmente para el estudio en el que se puso a prueba. El tratamiento surge de un modelo etiológico propuesto por Cobham (1997) en el que se propone que la ansiedad de los padres es la variable que, por sí sola, explica mayormente la ansiedad de los niños.

El tratamiento consta de 4 sesiones de 60 minutos con grupos de 5-10 padres. El principal objetivo del tratamiento es asegurar que los padres estén conscientes de su papel en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad de sus hijos. Otros objetivos del tratamiento son que los padres identifiquen su propia ansiedad y cómo reaccionan, que sean capaces de manejarla y que sirvan de modelos para sus hijos al emplear estrategias de afrontamiento adecuadas. Durante las sesiones se cubren los siguientes aspectos: 1) psicoeducación sobre la ansiedad de los niños (especialmente se explica el papel de la familia), 2) reestructuración cognoscitiva, 3) entrenamiento en relajación, y 4) manejo de contingencias.

c. *Cognitive-behavioral parent-child group psychotherapy for childhood anxiety disorders: a new manual based treatment*

Toren y sus colaboradores (2000) investigaron la eficacia de este manual (Toren, Rosental & Wolmer, 1998) compuesto por 10 sesiones, de 80 minutos cada una, en la que se trabaja con 2 o 3 díadas o tríadas de padres e hijos. En la primera sesión se presentan los participantes y se establecen las reglas y metas del grupo. Se invita a los niños a que describan señales o situaciones que les provocan ansiedad, las emociones que experimentan, y los componentes somáticos y cognitivos que se presentan.

En las sesiones 2 a 6, se enseñan y practican técnicas de relajación, y se discuten ventajas y desventajas de la ansiedad; se identifican auto-diálogo automático y los sentimientos de ansiedad; se identifican distorsiones del pensamiento (pensamientos irreales, negativos, dicotómicos, perfeccionistas y mágicos); se identifican estrategias de evitación; se enseña en qué consistirán los ejercicios de exposiciones graduadas,

convirtiendo las señales iniciales de ansiedad en señales para poner en marcha estrategias de afrontamiento; modificación del auto-diálogo de ansiedad en auto-diálogo de afrontamiento; y se enseña a hacer auto-evaluaciones más realistas y a auto-reforzarse.

En las sesiones 7 a 9 se ejercitan las habilidades de afrontamiento previamente revisadas. Se construye una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad y se inician los ejercicios de exposición. También se enseñan técnicas de solución de problemas y pensamiento creativo. En la última sesión, se discuten los logros y las expectativas, y se evalúa el trabajo del grupo.

d. FRIENDS for children

Este manual ya se explicó en la sección anterior, pero dependiendo del énfasis que se ponga en la parte del entrenamiento y tratamiento de los padres, se puede considerar como un tratamiento familiar en forma grupal. Al igual que en el tratamiento Manejo de la Ansiedad Familiar, los padres mismos se vuelven, hasta cierto punto, objeto de tratamiento. Por ejemplo, Shortt, et al., (2002) emplearon este manual, pero profundizaron más en los elementos que se cubren en las sesiones con los padres y, en lugar de 4 sesiones, trabajaron durante 10 sesiones de 40 minutos cada una con grupos de padres.

Otra adaptación (Bernstein, et al., 2005) eliminó la última sesión programada en el manual, la cual consiste en una celebración por la culminación del tratamiento. Al mismo tiempo, se extendió el componente de trabajo con los padres (se pasó de 4 sesiones de 40 minutos en el manual original, a 9 sesiones de 60 minutos, en esta adaptación). Otros cambios implicaron el desarrollo de material adicional, actividades para el manejo de ansiedad de los padres, y actividades para identificar la forma en que el sistema familiar afecta la ansiedad del niño.

e. Tratamiento grupal cognitivo-conductual

Silverman y sus colaboradores (1999) desarrollaron un manual -no publicado- de intervención especial para este un estudio. El manual contempla 12 sesiones, de 50

minutos cada una, de trabajo para padres y para niños. En las sesiones con los padres, el tratamiento enfatiza el uso de procesos grupales naturales como modelamiento, retroalimentación, apoyo y reforzamiento. Se les enseña el manejo de contingencias y se les invita a ayudar en los ejercicios de exposición que se asignan fuera de la sesión. En la parte de la sesión terapéutica con los niños se les enseña estrategias de cognitivas de auto-control, modificación del auto-diálogo y auto-reforzamiento. A partir de la cuarta sesión se empiezan los ejercicios de exposición. Otro estudio evaluó este mismo tratamiento (Lumpkin, et al., 2002).

Conclusión sobre criterios terapéuticos y manuales de intervención

A partir de la revisión anterior de los manuales de tratamiento para la ansiedad en niños, evaluados hasta el momento, se puede observar que en los manuales *dirigidos exclusivamente a los niños*, básicamente todos los tratamientos comparten una serie de estrategias cognitivo-conductuales, como son: técnicas de relajación (respiración diafragmática y relajación muscular progresiva); exposición gradual imaginaria y en vivo; solución de problemas; reestructuración cognoscitiva (a través de distintas técnicas como detención de pensamientos automáticos, identificación de pensamientos negativos, modificación de auto-diálogos); y técnicas de reforzamiento (social, tangible) y de auto-reforzamiento). Dichas estrategias suelen introducirse mediante el juego de roles y el modelamiento. Otros elementos comunes en la mayoría de los manuales son la psicoeducación, la enseñanza a diferenciar e identificar emociones, pensamientos y reacciones fisiológicas, y el asignar tareas para realizar entre sesiones terapéuticas. La gran semejanza entre los manuales de tratamiento para niños con ansiedad no es sorprendente, pues en realidad el *Coping Cat* (Kendall, et al., 1990; 2006), que fue el primer manual publicado y evaluado, ha servido como modelo de los manuales posteriores (*Coping Koala*, Barrett, 1995a; y *Coping Bear*, Scapillato & Mendlowitz, 1993). El *Coping Cat*, en su versión original, es uno de los manuales más empleados en la investigación en el campo de psicoterapia para trastornos de ansiedad en niños. Algunas de las diferencias más notables entre manuales se relacionan sobretodo con la participación de los padres (la cual varía desde no incluir ninguna sesión para los padres, hasta incluir varias sesiones para entrenar a los padres en el manejo de contingencias y dotarles de psicoeducación), la inclusión de sesiones de reforzamiento (*FRIENDS*,

Barrett, 2004) y de prevención de recaídas (Chorpita, 1998) y de aspectos logísticos de la instrumentación del tratamiento.

Quizá una de las diferencias logísticas más importantes tenga que ver con la modalidad en la que se han instrumentado los tratamientos basados en manuales. Existen manuales tanto en modalidad grupal como individual para el tratamiento con los niños. Aparentemente se pueden enseñar con éxito las mismas estrategias terapéuticas en ambas modalidades. Por supuesto, la tendencia es alargar la duración de las sesiones grupales (60-120 minutos) en comparación con las individuales (60-80 minutos), con el fin de compensar el tiempo requerido para cada niño cuando se trata de sesiones grupales. A simple vista y, a partir de los datos de dos investigaciones (Flannery-Schroeder & Kendall, 2002; Manassis, et al., 2002) que comparan directamente ambas modalidades, parece que los niños obtienen beneficios semejantes de los tratamientos en cualquiera de las dos modalidades. Para confirmar esta suposición hace falta un meta-análisis que permita cuantificar las diferencias, si las hay, o bien estudios que comparen directamente ambas modalidades. En el caso en que se encontraran diferencias significativas en los efectos producidos por ambas modalidades, sería importante también explicar a qué se deben. Otra pregunta es si alguna de éstas beneficia más a ciertas poblaciones que a otras.

En el caso de la modalidad grupal, se necesita profundizar mucho más en los procesos terapéuticos relacionados con la composición de los grupos. Hasta el momento, la investigación se orienta principalmente a evaluar la eficacia de las estrategias de tratamiento en sí, y no tanto a evaluar otras variables del proceso terapéutico. Por ejemplo, el tamaño de los grupos en las diferentes investigaciones fue muy variable, de entre 2 y 12 participantes en cada uno. Hasta el momento se desconoce si esta variable tiene un efecto en los beneficios que cada niño pueda obtener de la intervención. Por otro lado, al asignar aleatoriamente a los niños en las diferentes condiciones experimentales, se puede pensar en una composición heterogénea de los grupos de tratamiento en cuanto a variables como género, edad y diagnósticos, pero similar de un grupo a otro. De hecho, en algunos estudios se averiguó si un grupo de edad o género en particular se beneficia en mayor o menor grado de la intervención. Se ha encontrado que las niñas en general, y los participantes de 7 a 10 años se benefician más de un tratamiento familiar que los niños o los participantes de 11 a 14 años (Barrett, et al.,

1996; Cobham, et al., 1998). Sólo un estudio (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000) controló el género de los participantes en la formación de los grupos. En dicho estudio los grupos de intervención incluían niños del mismo género únicamente. Nuevamente, hasta el momento formar grupos homogéneos o heterogéneos (en términos de género, edad y diagnóstico) no está justificado empíricamente, pues no se cuenta con suficientes datos que arrojen luz sobre la forma idónea de conformar los grupos.

Una posible fortaleza que conlleva la modalidad grupal es el modelamiento y reforzamiento entre pares, así como la oportunidad de los niños para que verifiquen por ellos mismos que la experiencia de ansiedad que ellos tienen la tienen muchos otros niños. En la literatura revisada previamente no se ha evaluado específicamente cómo la interacción grupal puede ayudar a los niños en el tratamiento. Sin embargo, mientras los datos aparecen, es válido pensar que ciertos rasgos de personalidad de los niños respondan de manera diferente ante ambas modalidades, de modo que para ciertos niños sea más benéfico un tratamiento individual que uno grupal o viceversa. Tal vez la mayor desventaja del tratamiento grupal está dada en términos de recursos de tiempo y de supervisión experta individualizada, en oposición al tratamiento individual, en el que la ausencia de los pares tal vez produzca resultados menos benéficos en algunos casos.

El número de sesiones de los tratamientos, es otro aspecto que varía en un espectro de 10 a 20 sesiones, lo cual puede ser una variación significativa (el doble de sesiones), dependiendo de la duración de cada una. Algunos de los manuales dan la flexibilidad de agregar sesiones, según la gravedad del caso. Por razones obvias, es más sencillo llevarlo a cabo en la modalidad individual, pues en la grupal, diferentes niños pueden tener o no la necesidad de más sesiones. Las adaptaciones realizadas, respecto al número y duración de sesiones, parecen no tener efectos negativos en los resultados. Esto indica que los beneficios conseguidos dependen mayormente de administrar los componentes terapéuticos del manual. Ahora bien, dichos resultados son generales, lo cual no excluye la posibilidad de que para casos individuales, ciertos niños se beneficien mayormente, si se incluyesen más sesiones o si se modificase la duración de cada una. Por ejemplo, quizá para los niños que tengan comorbilidad con trastorno por déficit de la atención, la duración de las sesiones deba ser más corta.

Si bien la mayoría de los manuales incluyen, aunque sea de manera mínima, la participación de los padres en el tratamiento de los niños, existen ciertos manuales con énfasis especial en el tratamiento de la familia. Los manuales con una orientación *familiar* presentan gran variabilidad entre sí, lo que dificulta llegar a conclusiones generales en comparación con los manuales dirigidos a los niños únicamente. En la descripción anterior de los manuales se puede apreciar que aunque en general los manuales de terapia familiar incluyen estrategias cognitivo-conductuales, algunos de ellos también integran aspectos teóricos de otras perspectivas. Al incluir esta perspectiva, se podría enriquecer el tratamiento pues se abordarían otros factores de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad de los niños. Por ejemplo, la Terapia Familiar Basada en el Apego (Siqueland, et al., 2005) y el programa *Building confidence* (Wood, et al., 2006) abordan aspectos del control que los padres de los niños ansiosos a veces tienen sobre sus hijos y la forma de apego entre ellos, que lo que podría exacerbar la ansiedad de los niños. Ambas intervenciones tratan de aumentar la autonomía de los niños y promover la confianza entre niños y padres. Otras intervenciones también se ocupan de mejorar la comunicación entre los padres y entre padres e hijos tanto en forma (Shortt, et al., 2001; Wood, et al., 2006), como en contenido (Howard & Kendall, 1996).

Por otra parte, la psicoeducación es, junto con el manejo de contingencias, un elemento común en varios de los manuales de tratamiento familiar. A los padres se les enseña qué tipo de conductas reforzar y cómo, y qué conductas ignorar; reestructuración cognoscitiva de los padres, sobretodo de aquellas cogniciones relacionadas con la ansiedad de sus hijos; y solución de problemas. Asimismo, casi siempre se solicita la participación de los padres para los ejercicios de exposición de sus hijos. Elementos variables en los manuales son la enseñanza en técnicas de relajación, mejoramiento en técnicas comunicación y prevención de recaídas.

El número de sesiones varía de 4 a 20, aunque la mayoría de los tratamientos familiares se encuentran entre las 10 y 12 sesiones. La duración de las sesiones oscila en un espectro de 35 a 120 minutos. Además, la forma de instrumentar el tratamiento también difiere de un manual a otro. En algunos se trabaja sólo con los padres, y en otras con padres e hijos, de forma simultánea o por separado.

Todas esas variaciones en términos terapéuticos y en la forma en que se administra el tratamiento, dificulta la posibilidad de interpretar los datos de forma conjunta y hacer conclusiones generales sobre los tratamientos familiares. Del mismo modo, no resulta sorprendente que algunos de los estudios (Barrett, 1998; Barrett, et al., 1996) han encontrado efectos benéficos adicionales del tratamiento de la familia sobre algunas variables en comparación de los tratamientos en los que se sólo se interviene al niño. La mayoría de los estudios, sin embargo, no encuentran diferencias estadísticamente significativas (por ejemplo, Nauta, et al., 2001; 2003). En los casos en los que sí se han encontrado beneficios adicionales, es difícil atribuir tales resultados a factores específicos del tratamiento, pues son diversas las variables que podrían causarlos. Por ende, hace falta replicar estos hallazgos y ayudar a dilucidar qué aspectos psico-educativos y logísticos producen mayor beneficios y en qué casos.

Finalmente, un aspecto relevante es que los diversos tratamientos, en cualquiera de las dos modalidades, y con o sin el tratamiento de la familia, se han llevado a cabo en escenarios diversos. Muchos tratamientos (por ejemplo, Cobham, et al., 1998; Siqueland, et al., 2005) se llevaron a cabo en escenarios típicos de investigación (instalaciones de universidades), pero otros se llevaron a cabo en clínicas psiquiátricas (Manassis, et al., 2002; Nauta, et al., 2001) y en escuelas (por ejemplo, Dadds, et al., 1997; Bernstein, et al., 2005). Estos datos, dan pie para pensar que los tratamientos tienen validez ecológica y que es posible administrarlos en diversos escenarios.

Tabla 6. MANUALES DE TRATAMIENTO EXCLUSIVOS PARA NIÑOS

		Barrett, 1998	Barrett, et al, 1996	Barrett & Turner, 2001	Bernstein, et al., 2005	Chorpita, et al., 2004	Cobham, et al., 1998
	Manual empleado	Coping Koala (1995)	Coping Koala (1991)	FRIENDS	FRIENDS	Chorpita, 1998	Coping Koala (1995)
	Modificaciones hechas	-	-	-	Se omitió última sesión	-	-
Logística	Número de sesiones	12	12	10	9	16-20	10
	Duración sesiones	120 m	80 m	75 M	60 m	60 m	90 m
	Modalidad Int.	Grupal	Individual	Grupal	Grupal	Individual	Grupal
	Niños por grupo	NI	NA	NI	8-10	NA	5-8
	Escenario intervención	Clínica investig.	Clínica investig.	Escuela	Escuelas	Variable	Centro Investig.
Conductuales	Relajación:						
	R. Musc. Prog.	X	X	X	X		X
	Respiración Diafragmática	X	X	X	X		X
	Exposición Imaginaria (I) En vivo (V)	I, V	I, V	I, V	I, V	I, V	I, V
	Juego de roles	X	X	X	X	X	X
	Modelamiento	X	X	X	X	X	X
	Reforzamiento:						
	Social-verbal	X	X	X	X	X	X
	Tangible	X	X	X	X	X	X
Auto- reforzamiento	X	X	X	X		X	
Cognitivas	Reestructuración Cognoscitiva:						
	Modificación de Auto-diálogo	X	X	X	X		X
	Retar pensamientos (catastrofistas, sobre-estimados)					X	
	Auto-evaluación realista	X	X	X	X		X
	Auto-instrucción positiva	X	X	X	X		X
	Formulación de pensamientos positivos	X	X	X	X		X
	Detención de pensamiento					X	
	Solución de problemas	X	X	X	X		X
Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	
Detección de Pensamientos (P), Emociones (E), Reacc. Fisiol. (F)	P, E, F	P, E, F	P, E, F	P, E, F	P, E	P, E, F	
Otras			2 sesiones de refuerzo	2 sesiones de refuerzo	Prevención recaídas		
Asignación tareas	X	X	X	X	X	X	
Participación de los padres	NI	NI	Manejo de contingencias, de ansiedad propia, psicoeducación, 4 sesiones		Reforz. Cont.	Asistencia para las tareas de exposición	

Tabla 6 (Cont). MANUALES DE TRATAMIENTO EXCLUSIVO PARA NIÑOS

		Dadds, et al., 1997	Flannery-Schroeder & Kendall, 2000	Flannery-Schroeder & Kendall, 2000	Kane & Kendall, 1989	Kendall, 1994; Kendall, et al., 1997	Manassis, et al., 2002
	Manual empleado	Coping Koala (1991)	Coping Cat (1990)	Flannery-Schroeder & Kendall, 1996	Kendall, et al, 1989	Coping Cat (1990)	Coping Bear
Logística	Número de sesiones	10	18	18	16-20	16-20	12
	Duración sesiones	60 - 120 m	50-60 m	90 m	60 m	60 m	NI
	Modalidad Int.	Grupal	Individual	Grupal	Individ.	Individual	Individual
	Niños por grupo	5-12	NA	2-4	NA	NA	NA
	Escenario intervención	Escuelas	Clínica de investigación		Clínica de investigación		Clínica de hospital
Conductuales	Relajación						
	R. Musc. Prog.	X	X	X	X	X	X
	Respiración Diafragmática	X	X	X	X	X	X
	Exposición Imaginaria (I) - En vivo (V)	I, V	I, V	I, V	I, V	I, V	I, V
	Juego de roles	X	X	X	X	X	X
	Modelamiento	X	X	X	X	X	X
	Reforzamiento						
	Social-verbal	X	X	X	X	X	X
	Tangible	X	X	X		X	X
Auto-reforzamiento	X	X	X	X	X	X	
Cognitivas	Reestructuración Cognoscitiva						
	Modificación de Auto-diálogo	X	X	X	X	X	X
	Retar pensamientos (catastrofistas, sobre-estimados)						
	Auto-evaluación realista	X	X	X		X	X
	Auto-instrucción positiva	X	X	X		X	X
	Formulación de pensamientos positivos	X	X	X	X	X	X
	Detención de pensamiento						
	Solución de problemas	X	X	X		X	X
Psicoeducación	X	X	X		X	X	
Detección de Pensamientos (P), Emociones (E), Reacc. Fisiol. (F)	P, E, F	P, E, F	P, E, F	P, F	P, E, F	P, E, F	
Asignación de tareas	X	X	X	X	X	X	
Participación de los padres	Manejo de contingencias, de ansiedad propia, psicoeducación, 4 sesiones	NI	NI	Reunión con los padres para explicar la lógica del tratamiento y solicitar su cooperación, 1 sesión		Tratamiento o por separado (ver tabla 7)	

Tabla 6 (Cont). MANUALES DE TRATAMIENTO EXCLUSIVO PARA NIÑOS

		Manassis, et al., 2002	Mendlowitz, et al., 1999	Muris, et al., 2002	Nauta, et al., 2001; 2003; 2005	Siqueland, et al., 2005 (2da fase)	Wood, et al., 2006
	Manual empleado	Coping Bear	Coping Bear, 1993	Coping Koala (1991)	Coping Cat (1990)	Coping Cat (1990)	Coping Cat (1990)
	Modificaciones hechas	Adaptación a modalidad grupal	-	Adaptación modalidad grupal; sesiones más cortas	Traducción a holandés; reducción número sesiones	Inclusión de imaginaria	4 sesiones de entrenamiento o en lugar de 8
Logística	Número de sesiones	12	12	12	12	16	12-16
	Duración sesiones	NI	90 m	30 m	45-60 m	NI	60-80 m
	Modalidad Int.	Grupal	Grupal	Grupal	Individual	Individual	Individual
	Niños por grupo	6-8	8	3-5	NA	NA	NA
	Escenario intervención	Clinica hospital	Clinica hospital	Escuela	Clinica psiquiátrica	Centro de investigación	
Conductuales	Relajación						
	Imaginaria					X	
	R. Musc. Prog.	X	X	X	X	X	X
	Respiración Diafragmática	X	X	X	X	X	X
	Exposición Imaginaria (I) - En vivo (V)	I, V	I, V	I, V	I, V	I, V	I, V
	Juego de roles	X	X	X	X	X	X
	Modelamiento	X	X	X	X	X	X
	Reforzamiento						
	Social-verbal	X	X	X	X	X	X
	Tangible	X	X	X	X	X	X
Auto-reforzamiento	X	X	X	X	X	X	
Cognitivas	Reest. Cognoscitiva						
	Modificación de Auto-diálogo	X	X	X	X	X	X
	Retar pensamientos (catastrofistas, sobre-estimados)						
	Auto-evaluación realista	X	X	X	X	X	X
	Auto-instrucción positiva	X		X	X		
	Formulación de pensamientos positivos	X		X	X		
	Detención de pensamiento				X		
	Solución de problemas	X	X	X	X	X	X
Psicoeducación	X	X	X	X	X	X	
Detección de Pensamientos (P), Emociones (E), Reacc. Fisiol. (F)	P, E, F	P, E, F	P, E, F	P, E, F	P, E, F	P, E, F	
Otras					Imaginaria		
Asignación de tareas	X	X	X	X	X	X	
Participación de los padres		Explicar tratamiento, solicitar apoyo.	NI	Explicar tratamiento, sugerencias de exposición, 2 sesiones		Explicar tratamiento, solicita apoyo, 2 sesiones	

Tabla 7. MANUALES DE TRATAMIENTO DIRIGIDOS A LA FAMILIA

	Barrett, 1998	Barrett, et al., 1996	Bernstein, et al., 2005	Bögels & Siqueland, 2006	Cobham, et al., 1998
Manual empleado	Manejo de la Ansiedad Familiar	Manejo de la Ansiedad Familiar	FRIENDS	Bögels & Siqueland, 2006	Manejo de la Ansiedad de los Padres
Modificaciones hechas	-	-	Expansión componente familiar, creación de nuevas actividades y material	-	-
Número de sesiones	12	12	9	17	4
Duración sesiones	120 m	40 m	60 m	NI	60 m
Personas por grupo	6	NI	8-10	Variable	5-10
Miembros de la familia dentro de las sesiones	Padres y niños	Padres y niños	Padres	Tres sesiones con toda la familia (incluso hermanos) y el resto solo padres e hijo ansioso	Padres
Modalidad intervención	Grupal	Grupal	Grupal	Individual	Grupal
Escenario intervención	Clinica investigación	Clinica investigación	Escuela		Centro Investigación
Orientada a manejar la ansiedad de los padres (P), o a asistir el tratamiento del niño (N)	P y N	P y N	N	N	P y N
Estrategias Cognitivo-conductuales empleadas	Relajación Manejo de contingencias Juego de roles Entrenamiento en reforzamiento verbal y tangible Reestructuración Cognoscitiva Solución de problemas	Relajación Manejo de contingencias Juego de roles Reestructuración Cognoscitiva Solución de problemas		Identificación de pensamientos negativos Exposición Reforzamiento Modelamiento Reestructuración cognoscitiva Solución de Problemas	Relajación Manejo de contingencias Modelamiento Reestructuración Cognoscitiva
Estrategias de otros enfoques terapéuticos empleados	Procesos sistémicos		Enfoque sistémico - no se especifican estrategias	Enfoque sistémico - no se especifican estrategias	-
Otros elementos	Mejorar habilidades de comunicación siendo más abiertos, entrenamiento en habilidades para escuchar, evitar que problemas maritales interfieran en crianza		2 sesiones de refuerzo	Mejorar habilidades de comunicación Prevención de recaídas	
Psicoeducación	X	X	X	X	X
Asignación tareas	NI	NI	NI	No	X

NI = No se indica en el artículo

Tabla 7 (cont). MANUALES DE TRATAMIENTO DIRIGIDOS A LA FAMILIA

	Howard y Kendall, 1996	Lumpkin, et al., 2002	Manassis, et al., 2002	Mendlowitz, et al., 1999	Nauta, et al., 2001; 2003; 2005
Manual empleado	Howard & Kendall, 1992	Silverman et al., 1999	<i>Keys to Parenting Your Anxious Child</i>	<i>Keys to Parenting Your Anxious Child</i>	Entrenamiento Cognitivo para Padres
Modificaciones hechas	-	-	-	-	-
Número de sesiones	16-20	12	12	12	7
Duración sesiones	60 m	NI	NI	NI	NI
Personas por grupo	1-3	2-6	NI	NI	1-2
Miembros de la familia dentro de las sesiones	Padres e hijo	Una parte de la sesión padres y niños, y otra sólo niños	Padres	Padres	Padres
Modalidad intervención	Individual	Grupal	Grupal	Grupal	Individual
Escenario intervención	Clínica investigación		Clínica de hospital	Clínica de hospital	Clínica psiquiátrica
Orientada a manejar la ansiedad de los padres (P), a asistir el tratamiento del niño (N) o ambos (A)	N	N	N	N	N
Estrategias Cognitivo-conductuales empleadas	Participación en tareas de exposición Otras estrategias (las mismas que en el Coping Cat) estuvieron orientadas al trabajo con el niño particularmente	Modelamiento Reforzamiento Exposición Identificación de pensamientos disfuncionales y su re-estructuración	Relajación Modificación de auto-diálogo Solución de problemas Reforzamiento o Manejo de contingencias	Relajación Modificación de auto-diálogo Solución de problemas Reforzamiento o Manejo de contingencias	Manejo de contingencias Solución de Problemas Reestructuración cognoscitiva Detención de pensamientos
Estrategias de otros enfoques terapéuticos empleados	-	-	-	-	-
Otros elementos	Promoción de la expresión de emociones; normalización de la experiencia de ansiedad	Prevención de recaídas	-	-	Prevención de recaídas
Psicoeducación	X	X	X	X	X
Asignación tareas	X	X	X	X	No

Tabla 7 (cont). MANUALES DE TRATAMIENTO DIRIGIDOS A LA FAMILIA

	Shortt, et al., 2001	Silverman, et al., 1999	Siqueland, et al., 2005 (2da fase)	Toren, et al., 1998	Wood, et al., 2006
Manual empleado	FRIENDS	Silverman et al., 1999	ABFT	Toren et al., 1998	<i>Building Confidence</i>
Modificaciones	-	-	-	-	-
Número de sesiones	10	12	16	10	12-16
Duración sesiones	40 m	NI	NI	80 m	35-45 m
Personas por grupo	NI	4-8	1-3	3-6	1-3
Miembros de la familia dentro de las sesiones	Padres	Una parte de la sesión padres y niños, y otra sólo niños	A veces niños, a veces padres, y otras ambos	Niños y padres	Una parte sólo los padres, otra padres e hijos
Modalidad intervención	Grupal	Grupal	Individual	Grupal	Individual
Escenario intervención			Centro de Investigación	Centro comunitario	
Orientada a manejar la ansiedad de los padres (P), o a asistir el tratamiento del niño (N)	P y N	N	N	N	N
Estrategias Cognitivo-conductuales empleadas	Manejo de contingencias Juego de roles Modelamiento de pares Exposición Reestructuración cognoscitiva Solución de problemas	Modelamiento Reforzamiento Exposición Identificación de pensamientos disfuncionales y su re-estructuración	Asistencia para ejercicios de exposición. El componente cognitivo conductual se ofreció casi únicamente al niño (ver tabla 4).	Relajación Auto-reforzamiento Exposición Detención de pensamientos automáticos Reestructuración Cognoscitiva Modificación de auto-diálogo Solución de problemas	Exposición Manejo de contingencias Solución de problemas Solicitar apoyo por parte de los padres para la práctica de las nuevas estrategias que aprendiera el niño
Estrategias de otros enfoques terapéuticos empleados	Mejorar habilidades de comunicación	-	Teorías de apego. Promoción de la autonomía del adolescente; promoción de comunicación.	-	Cambio en patrones de comunicación, promoción de autonomía
Otros elementos	2 sesiones de refuerzo	Prevención de recaídas	-		-
Psicoeducación	X	X	X	X	X
Asignación tareas	No	X	No	No	No

NI = No se indica en el artículo.



MANUALES DE TRATAMIENTO PARA ANSIEDAD EN NIÑOS DESARROLLADOS EN MÉXICO

Actualmente, en México se están desarrollando algunos tratamientos para la ansiedad en niños basados en manuales. Sin embargo, existen dos diferencias significativas entre los manuales que a continuación se describen y los manuales que se han descrito anteriormente. En primer lugar, ninguno de los manuales desarrollados en México se orientan al tratamiento de la ansiedad en general, sino que se enfocan a un trastorno de ansiedad en específico (fobia específica, fobia social y trastorno por estrés postraumático). En segundo lugar, hasta la fecha, ninguno de ellos se ha sometido a prueba, sin embargo existen proyectos de investigación al respecto y se espera que este mismo año se obtengan datos sobre su eficacia.

a. Manual de Tratamiento Conductual de una Sesión para la Fobia Específica en Niños.

El tratamiento de las fobias en una sola sesión fue diseñado en primera instancia por Öst (1989) para aplicarse con adultos con fobias específicas (animal, situacional, ambiental, etc.). Posteriormente, Öst y Ollendick (1999), desarrollaron uno propio para niños de 6 a 12 años el cual ya se ha sometido a prueba (Öst, Svenson, Hellström & Lindwall, 2001). En México, Bermúdez-Ornelas (no publicado), ha retomado el tratamiento de Öst y Ollendick (1999) para someterlo a prueba, próximamente, por primera vez con niños mexicanos.

Como su nombre lo indica, este tratamiento se fundamenta en principios teóricos de la perspectiva conductual. Por ende, los pilares del mismo son el contracondicionamiento, el modelamiento, el reforzamiento y la exposición (en vivo e imaginaria). Como también indica el nombre del tratamiento, se trata de una sesión única, con duración máxima de tres horas. Sin embargo, se incluyen una fase previa y una fase posterior al tratamiento en sí, las cuales complementan el programa de intervención.

- 1) Fase de evaluación. Consiste en una o dos sesiones previas al tratamiento con el fin de identificar el objeto fóbico, hacer la evaluación del caso y el diagnóstico

formal. Se colecta información relacionada con el problema tanto de los padres como del niño. Se aprovecha también para explicar a los padres en qué consiste el tratamiento y para pedirles su participación en actividades derivadas del tratamiento (ejercicios de exposición, principalmente). También se proporcionan elementos psicoeducativos al niño y a los padres.

- 2) Fase de exposición. En primera instancia se hace un ejercicio de diferenciación entre pensamientos, sentimientos y conductas. Se habla con el niño y se plantea la oportunidad que representa el tratamiento para superar su miedo. Después, se pasa a los ejercicios de exposición basados en una jerarquía de miedo (división gradual de aproximaciones al objeto fóbico) hecha previamente. Todos los ejercicios de aproximación son modelados primero por el terapeuta, y después se permite que el niño se aproxime al objeto fóbico de forma gradual. Se refuerza verbalmente al niño cada vez que afronte con éxito la aproximación. Esto se lleva a cabo en un periodo máximo de 3 horas.
- 3) Fase de mantenimiento y prevención de recaídas. Se realiza en una sesión, una semana después de la fase de exposición. El terapeuta se reúne con el niño, se preguntan las impresiones del niño con respecto a la sesión anterior. Se diseñan y plantean actividades que ayudarán al niño a mantener las ganancias del tratamiento. Se habla de la posibilidad de sufrir recaídas y de qué hacer en caso de que ello ocurra.

Si bien el protocolo de Bermúdez-Ornelas se asemeja en gran medida a aquél propuesto por Öst y Ollendick (1999), se han hecho algunas modificaciones para el trabajo con niños. Además, se está trabajando en un elemento adicional que consiste en una fase de entrenamiento para los padres.

b. Manual de Intervención para Niños con Fobia Social.

En la actualidad, Gil-Bernal y Hernández-Guzmán (no publicado) desarrollan un manual de intervención para la fobia social en niños de 7 a 12 años de edad, con el objetivo de entrenarlos en técnicas que les ayuden a establecer relaciones con sus pares. El tratamiento se instrumenta en modalidad grupal a lo largo de 8 sesiones de 90

a 100 minutos de duración cada una. Previo al tratamiento, se debe llevar a cabo una sesión de diagnóstico.

Las estrategias que se enseñan a lo largo de las 8 sesiones de tratamiento se desprenden en gran parte de un modelo cognitivo-conductual y se canalizan a distintos tipos de interacción social. De manera muy breve, a continuación se describen las actividades centrales de cada sesión:

- 1) Presentación de los miembros del grupo, psicoeducación sobre ansiedad, determinar los objetivos individuales.
- 2) Identificar y modificar pensamientos disfuncionales.
- 3) Entrenamiento en estrategias para iniciar y mantener conversaciones (hacer preguntas, despedirse).
- 4) Continuación del entrenamiento en mantener conversaciones, y entrenamiento en asertividad.
- 5) Exposición: conversar con desconocidos; decir "no" ante figuras de autoridad. Entrenamiento sobre cómo recibir y hacer cumplidos.
- 6) Exposición: conversar con personas del sexo opuesto. Juego de roles para resistir la presión grupal.
- 7) Desarrollo de habilidades verbales y no verbales para hablar en público, desarrollo de estrategias para preparar una presentación oral. Exposición: hablar frente al grupo.
- 8) Exposición: hablar en público. Prevención de recaídas.

De manera similar a otros manuales de tratamiento, dentro de cada sesión se contempla, al final de la misma, la asignación de tareas que el niño debe completar fuera de las sesiones de tratamiento y que se revisan en la siguiente sesión.

c. Intervención para el Trastorno por Estrés Postraumático.

Hernández-Guzmán (2006c) propone un protocolo para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático en niños. La propuesta se basa en un modelo conductual, con fundamento en el condicionamiento clásico como el principal mecanismo en la aparición de este trastorno y a mecanismos de generalización como explicación de la experiencia

traumática. En congruencia con estos principios teóricos, en el tratamiento se incluyen técnicas que ayudan al individuo a manejar las situaciones en las que se enfrenta a estímulos que causan la re-experimentación del suceso traumático. Dentro del tratamiento, se considera a la exposición (en vivo e imaginaria) como un elemento central. A continuación se esboza sintéticamente el protocolo de intervención, el cual consiste en 14 sesiones en modalidad individual. La duración de las sesiones es de aproximadamente 60 minutos, aunque esto podría variar en función del nivel de desarrollo psicológico del niño, sus progresos y dificultades.

Sesiones 1 y 2. Psicoeducación sobre el trastorno, identificación de pensamientos, emociones y conductas relacionadas con el trastorno, ejercicios de respiración y de relajación muscular.

Sesiones 3 y 4. Entrenamiento en autorregistro de sensaciones, pensamientos y conductas relacionadas con el trastorno, así como los estímulos que las provocan. Práctica de ejercicios de relajación. Ejercicios de exposición en vivo en situaciones no amenazantes que enfatizan el control del niño sobre la situación.

Sesiones 5 y 6. Identificar sensaciones, pensamientos y formas de conductas relacionadas con el trastorno a partir del autorregistro. Práctica de ejercicios de relajación. Uso de imaginación guiada y detención de pensamientos para el control del enojo. Ejercicio de exposición en situaciones no amenazantes en las que el individuo se sienta en pleno control.

Sesiones 7, 8 y 9. Identificar sensaciones, pensamientos y formas de conductas relacionadas con el trastorno a partir del autorregistro. Práctica de ejercicios de relajación y de exposición imaginaria a estímulos que se relacionen con el suceso traumático. Esto se hace a través de una jerarquía que indica, gradualmente, los puntos que se deben controlar.

Sesiones 10 a 13. Varios ejercicios de exposición imaginaria a estímulos que se relacionen con el suceso traumático. Esto se hace a través de una jerarquía que indica, gradualmente, los puntos que se deben controlar. Prevención de recaídas (que son las recaídas y qué hacer en caso de que sucedan).

Sesión 14. Promover la generalización de estrategias de afrontamiento aprendidas en tratamiento. Prevención de recaídas. Se transfiere la responsabilidad del tratamiento al paciente para situaciones cotidianas de aquí en adelante.

De manera sistemática, a lo largo de las sesiones, se refuerza verbalmente al niño por los logros que alcance, o los esfuerzos que haga para mejorar en su proceso terapéutico. Así mismo, se asignan tareas al final de cada sesión, las cuales se revisan y discuten al inicio de la siguiente.

Conclusión sobre los manuales mexicanos

Hasta este momento, en México, no existen manuales de tratamiento para trastorno de ansiedad en general en niños. Existen, sin embargo, algunos manuales de tratamiento para ciertos trastornos de ansiedad en específico, fobia social, fobia específica y trastorno por estrés postraumático. A pesar de la ausencia de datos sobre la eficacia y/o efectividad de ellos, se puede observar que en todos se emplean estrategias cognitivo-conductuales las cuales ya se han probado anteriormente. Un elemento constante en las tres propuestas anteriores es la exposición, ya sea en vivo o imaginaria. Obviamente, los ejercicios se ajustan a las necesidades de cada caso. Otros elementos comunes son el reforzamiento verbal por parte del terapeuta ante los esfuerzos y progresos del niño, el asignar tareas y la prevención de recaídas (elemento que no siempre estuvo presente en los tratamientos de los estudios revisados en la primera fase de los resultados).

El tratamiento para la fobia social, destaca por la inclusión del entrenamiento en habilidades sociales como iniciar y mantener conversaciones y hacer presentaciones orales a un grupo y el entrenamiento en asertividad. Estos elementos no se abordan específica o deliberadamente en ningún otro tratamiento revisado en este trabajo, sin embargo, los manuales de tratamiento de ansiedad en general dan cabida a la instrumentación de ejercicios similares a través de los ejercicios de exposición. El manual de tratamiento de fobia específica por su parte, tiene la peculiaridad de ser breve. En realidad, aún los tratamiento basados en manuales más extensos (de 20

sesiones) que se han revisado en este trabajo se consideran breves, pero el tratamiento de una sola sesión ejemplifica la alta eficacia que se puede obtener, en un corto tiempo, a partir de la instrumentación de estrategias conductuales para el tratamiento de la fobia.

Queda claro que se necesitan datos que sustenten la eficacia de cada uno de los tratamientos propuestos aquí. Sin embargo, desde el punto de vista terapéutico se podría esperar que los resultados sustenten la eficacia de los tratamientos, pues su planteamiento está totalmente vinculado con aspectos teóricos sobre el desarrollo y mantenimiento de cada uno de los trastornos que tratan. Aún así, instrumentar los tratamientos resulta necesario, no sólo para contar con sustento empírico, sino para tener un punto de partida que permita optimizarlos a partir de las observaciones que se hagan durante el proceso de administración. Cuando se llegue a este punto, una pregunta que podría surgir, por ejemplo, tiene que ver con la inclusión u omisión de técnicas para el control fisiológico (respiración y relajación), las cuales sólo se incluyen en una de las tres propuestas mexicanas (para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático), a diferencia del resto de tratamientos revisados en los que sin excepción se incluyen dichas técnicas. Queda pendiente el desarrollo de un manual de tratamiento de ansiedad en general.

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A partir de la revisión de literatura presentada es posible observar que la manualización de los tratamientos en general, y aquéllos de ansiedad en niños en particular, es un proceso que debe entenderse desde varios contextos. Es decir, el proceso de manualización puede ser analizado desde diferentes perspectivas como la histórica, la científica, la teórica y la práctica.

Contexto histórico. ¿Por qué han proliferado los manuales de tratamiento?

Históricamente, los manuales de tratamiento comenzaron a tener mayor auge a partir de la década de los ochenta cuando fue necesario adoptar un modelo médico, el cual implica la utilización de tratamientos estandarizados, como son los manuales de tratamiento, para obtener mayor reconocimiento por parte de la comunidad científica en el campo de la salud mental. Es decir, en un inicio la mayor razón para fomentar la manualización de tratamientos tuvo que ver con razones políticas más que con razones científicas *per se*, o demandas de la práctica clínica. A pesar de que el modelo médico que ha adoptado la investigación psicológica ha sido muy criticado -sobre todo en aspectos de diseño de investigación al colocar a los ensayos clínicos aleatorios como los diseños predilectos-, lo cierto es que actualmente la existencia de los manuales de tratamiento en general se justifica ampliamente desde el punto de vista científico, así como del práctico.

Lo que inicialmente parecía un error, ahora tal vez no se perciba igual pues está produciendo beneficios. En otras palabras, aunque la adopción del modelo médico en la investigación psicológica es criticable, porque ciertamente tiene debilidades, con el paso del tiempo ha demostrado haber sido una decisión favorable para la psicología clínica. El reconocimiento por parte de otros profesionistas de la salud mental de las aportaciones psicológicas, así como el interés de las compañías de seguros médicos por incluir tratamientos psicosociales sustentados empíricamente, ha comenzado a permear la práctica de los psicólogos clínicos e incluso de psiquiatras para que adopten tratamientos sustentados con datos. Esto a su vez, da mayor impulso a continuar con la investigación de resultados en psicoterapia.

En cuanto a los manuales de tratamiento para ansiedad en niños, la publicación de Kendall (1994) se puede considerar un parteaguas en este campo, pues a partir de ese estudio, su mismo equipo de investigación, y otros en el resto del mundo (sobre todo en Australia, Canadá y Los Países Bajos), comenzaron a desarrollar otros manuales de tratamiento y a llevar a cabo tanto ensayos clínicos aleatorios, como diseños de línea base múltiple para evaluar su eficacia y efectividad. Desde ese entonces, se ha generado una gran cantidad de investigación que poco a poco ha contribuido a la consolidación de los tratamientos cognitivo-conductuales como la mejor opción, hasta el momento, para los trastornos de ansiedad en niños.

Perspectiva científica. ¿Cómo se evalúan los tratamientos basados en manuales para ansiedad en niños?

El momento histórico actual en la investigación en psicoterapia ha determinado, en gran medida, la forma la metodología empleada para evaluar los tratamientos psicológicos, así como los aspectos estadísticos para recabar e interpretar los datos. Muestra de ello es que en la revisión de la literatura que se llevó a cabo, se encontró que los manuales basados en tratamientos se evalúan más frecuentemente a través de ensayos clínicos aleatorios. Este diseño ha recibido un par de críticas importantes, una de las cuales está relacionada con el sobre-énfasis en la validez interna que en un momento dado pueda comprometer la validez externa del estudio, así como la artificialidad que caracteriza a este tipo de diseño. Esta crítica es infundamentada, pues se basa en la falsa creencia de que estos estudios deben llevarse a cabo en escenarios de investigación estrictamente controlados y con muestras muy restringidas, sobre todo con relación a los diagnósticos de los participantes. Sin embargo, en la presente revisión se ha demostrado que esto no es así, al menos con respecto a los manuales de tratamiento de ansiedad en niños, pues el mismo tipo de diseño se ha usado para evaluar el tratamiento en escenarios naturales (hospitales, clínicas psicológicas, escuelas y centros comunitarios) e incluyendo la participación de individuos con diagnósticos variados, la mayoría de ellos con comorbilidades, mostrando así que a través de estos diseños se puede garantizar tanto la validez interna como externa del estudio.

La otra crítica que se hace a los ensayos clínicos aleatorios se relaciona con la generalización que se haga de los datos que surgen de un estudio con diseños grupales

en general, y de los ensayos clínicos aleatorios en particular. Desde antes que los ensayos clínicos aleatorios se volvieran el diseño predilecto del modelo médico, Sidman (1960) ya cuestionaba la generalidad potencial de los datos que surgen de diseños grupales. Este cuestionamiento está relacionado con el tratamiento estadístico que se da a los datos. Sidman explica que los datos que surgen de los diseños grupales (aún considerando que la muestra es representativa de una población) pierden representatividad para cada caso cuando se combinan para obtener medias y desviaciones estándar. En otras palabras, los datos del grupo no necesariamente se podrán extrapolar a cada individuo en la muestra. Ante esta dificultad en la generalidad del tratamiento, Sidman defiende la importancia de emplear diseños de un solo sujeto. Los diseños de línea base múltiple son un tipo de diseño de un solo sujeto. Aunque es posible administrar el tratamiento a más de un sujeto, el análisis de los datos es individualizado. Los diseños de línea base múltiple se han empleado tradicionalmente en la investigación psicológica -no sólo de psicoterapia-, pero al parecer los psiquiatras no aceptan la lógica de las réplicas entre sujetos como una medida que permita descartar las variables extrañas que pudieran explicar los hallazgos, y es por ello que no aparecen tan frecuentemente en la literatura de investigación de resultados en psicoterapia.

¿Pero qué pasa si los datos de los estudios con diseño grupal son poco representativos para casos particulares? ¿Significa entonces que los datos obtenidos son inútiles? No precisamente. Para empezar, la consistencia de los hallazgos de unos estudios a otros es buen indicio. Si tomamos en cuenta únicamente los cambios estadísticamente significativos, los datos pueden indicar uno de dos tipos de patrones de cambio: 1) o el tratamiento causa que ciertos participantes mejoren mucho más en comparación con el resto del grupo, causando así una aparente mejora general de la muestra, o 2) la mayoría de los participantes mejoran de manera similar, de forma estadísticamente significativa. Es decir, el criterio de significancia por sí solo, no permite identificar directamente el patrón de cambio en las muestras o saber cuántos participantes están mejorando o en qué grado. Sin embargo, si se retoma también los resultados obtenidos a través de los estudios con diseños de línea base múltiple, los cuales, en su mayoría, coinciden con aquéllos de los ensayos clínicos aleatorios, se puede suponer que el patrón de cambio dentro de las muestras de estudios grupales, obedece más al segundo tipo; un cambio más o menos homogéneo dentro de la muestra

en la que la mayoría de los participantes muestra mejorías, así como ha sucedido en los estudios de línea base múltiple.

Regresando a los estudios grupales, éstos aún tienen algunos otros puntos débiles, sobretodo en cuanto a la interpretación estadística. Primero, todavía no es una práctica frecuente incluir índices de significancia clínica. Este indicador es sumamente relevante, ya que además de ser independiente a la significancia estadística, sí permite conocer quiénes concretamente y qué porcentaje de la muestra presenta cambios clínicos. Recordemos que el concepto de significancia clínica es importante en tanto que se refiere a si los individuos manifiestan cierto rasgo de la misma manera que la población normal. Esta tarea se dificulta un poco, ya que no todas las escalas psicológicas tienen normas para población normal y para población clínica, lo que es un elemento fundamental para determinar la significancia clínica del cambio. Segundo, el tamaño del efecto es aún más raro de encontrarse en los estudios. Este indicador es importante porque el tamaño de la diferencia del cambio entre grupos; por ejemplo, el grupo de tratamiento contra el grupo control, o entre dos diferentes grupos de tratamiento. Además, es independiente de la significancia estadística, por lo que aunque no se alcancen cambios estadísticamente significativos, se pueden observar tendencias, y la magnitud del cambio.

Si se habla en términos generales, los participantes que recibieron, ya fuera el tratamiento únicamente dirigido al niño, o los tratamientos dirigidos a la familia, han reflejado mejorías muy semejantes a lo largo de los diferentes estudios. Las mejorías se reflejan consistentemente en la disminución de síntomas ansiosos, tanto estadística como clínicamente. Con relación a otras variables importantes, los resultados son prometedores, aunque hasta el momento no tan consistentes como el caso de la sintomatología ansiosa. El funcionamiento global de los grupos tratados ha mostrado mejorías estadísticamente significativas en la mayoría de los estudios, y mejorías clínicamente significativas en algunos. Los síntomas depresivos, por su parte, a veces han mejorado clínicamente, pero no de manera estadísticamente significativa, otras veces ha sido al revés, y otras más han mejorado hasta el momento de los seguimientos. Por ello, es probable que la respuesta de los síntomas depresivos sea más lenta que la de los ansiosos. El tratamiento cognitivo-conductual generalmente enseña habilidades y estrategias que no necesariamente se han establecido plenamente al término del

tratamiento, y cuyo resultado se manifiesta varios meses después, lo cual se observa en los seguimientos. Otras variables como estilos de afrontamiento y cambio o disminución de pensamientos negativos no se han medido de manera sistemática por lo que hacer conclusiones al respecto es sólo en un plano tentativo. Por el momento los resultados en estas últimas variables parecen alentadores.

Perspectiva teórica. ¿Cuál es el contenido de los manuales?

Tomemos por sentados los resultados encontrados, entonces ahora surgen varias preguntas ¿Qué es lo que hace que los tratamientos produzcan beneficios en los niños? Y el diseño de los tratamientos ¿tiene relación con datos previos sobre factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad? ¿son compatibles con las teorías contemporáneas del desarrollo?

Empecemos por analizar los elementos de los manuales de tratamientos verificados hasta el momento. En particular, los manuales que se dirigen únicamente a los niños comparten una serie de estrategias cognitivo-conductuales, tales como: entrenamiento en relajación, reestructuración cognoscitiva, solución de problemas y exposición. Estas estrategias se adquieren de la misma forma en que, posiblemente, la ansiedad se estableció, mantuvo o intensificó, es decir, mediante mecanismos de aprendizaje. El juego de roles, el modelamiento, el reforzamiento y la psicoeducación son técnicas efectivas para transmitir las nuevas estrategias de afrontamiento. En conjunto, esas estrategias producen las mejorías descritas anteriormente. Pero, especificar qué estrategias son esenciales o cuáles no, es todavía un reto para la investigación en psicoterapia.

Si se retoma la propuesta teórica de Barlow (2002) sobre la relación entre trastornos emocionales, en la que ésta está dada por la interacción de vulnerabilidades biológicas y psicológicas generales y específicas, se observaría que los tratamientos para la ansiedad dirigidos a niños consideran primordialmente las vulnerabilidades psicológicas específicas para tratar el problema. Dichas vulnerabilidades psicológicas específicas son experiencias de aprendizaje particulares de cada niño que desembocaron en uno o varios trastornos particulares. La manera de abordar esta dimensión es mediante ejercicios de exposición específicos. El resto de las estrategias que se

transmiten a los niños tienen más bien un propósito general que consiste en reducir la vulnerabilidad psicológica general, la que se manifiesta en una sensación de incontrolabilidad del medio ambiente. Es decir, mediante las otras estrategias se busca que los niños entiendan que ellos tienen el poder para controlar sus propias reacciones fisiológicas, así como sucesos que provocan ansiedad, a través de un esquema cognoscitivo y de conductas de afrontamiento.

En el caso de los tratamientos con la familia, es más complicado analizar el panorama, pues estos manuales varían mucho entre sí, pues van desde un entrenamiento de los padres en manejo de contingencias (Silverman, et al., 1999), hasta los dirigidos no sólo a reducir la ansiedad de los niños, sino también la de los padres, promoviendo el uso de las mismas estrategias en ambos (Barrett, 1998; Barrett, Dadds, & Rappe, 1996; Bögels & Siqueland, 2006). En otras palabras, unos tratamientos cubren ciertos factores que podrían estar interactuando con la ansiedad de los niños, y otros cubren otros tantos. Por ejemplo, hay datos de que la psicopatología de los padres es un factor de riesgo (Nomura, et al., 2002) para la ansiedad de los niños, así como los estilos de crianza (Gruner, et al., 1999), por lo que los distintos tratamientos enfatizan diferentes procedimientos que modifican la presencia de ciertos factores de riesgo y no otros. Lo que resulta intrigante es que los datos no han mostrado cambios en esas variables en particular a raíz del tratamiento, aunque sí en variables de ansiedad, depresión, funcionamiento global, y modificación de pensamientos disfuncionales. Estos hallazgos se oponen a la literatura de investigación sobre factores de riesgo, ya que el niño presenta mejorías a pesar de que su contexto familiar permanezca igual. Para saber de manera más certera cómo cambian estas variables debido al tratamiento, si es que lo hacen, primero se necesitan instrumentos sensibles, y segundo, se deben medir más sistemáticamente a lo largo de los estudios. En pocas palabras, aunque el diseño de los tratamientos familiares parecen estar sustentados teóricamente, los resultados no han sido congruentes.

Los manuales de tratamiento que se revisaron son compatibles con varios principios de la teoría de Novak (1998). Los principios de 1) selección de conductas por consecuencias, 2) la ocurrencia del desarrollo en varios niveles, 3) contextualismo, y 4) determinación múltiple de la conducta, son comprendidos dentro de los tratamientos mediante las diversas estrategias y técnicas terapéuticas que se emplean, y por el

diseño mismo de los tratamientos. Estrategias como el reforzamiento y la exposición cubren la selección de conductas por consecuencias. Después, el desarrollo de nuevas conductas se aborda en por lo menos dos niveles, uno de procesos básicos de aprendizaje y el otro en el nivel de relaciones interpersonales, pues las diversas actividades dentro y fuera de la sesión fomentan que el niño se relacione de manera distinta con su familia, o amigos. El principio del contextualismo se integra en diferentes grados de un manual a otro, pues algunos individualizan más las actividades según las circunstancias particulares de cada niño, y algunos incluyen la participación de la familia mientras que otros no. Por último, el planteamiento de los tratamientos tienen en cuenta que podría haber más de un factor causante del trastorno en el niño. En este aspecto los tratamientos familiares podrían tratar más eficazmente este aspecto al modificar estilos de crianza, y entrenar a los padres en manejo de contingencias y a manejar su propia ansiedad. Los tratamientos dirigidos a los niños únicamente no permiten una modificación directa de posibles factores de riesgo, pero proporcionan al niño una serie de habilidades y aprendizajes que los pueden ayudar a afrontar situaciones de riesgo de una manera adaptativa.

Finalmente, desde la perspectiva teórica, importa decir que una razón que podría explicar por qué los manuales de tratamientos han sido eficaces para el tratamiento de una gama de trastornos de ansiedad en niños, podría encontrarse en la propuesta de Barlow et al. (2004) sobre la unificación de tratamientos para trastornos emocionales. Los manuales de tratamiento cubren, intencionadamente o no, los cuatro aspectos esenciales que proponen Barlow y sus colaboradores, a saber: psicoeducación, reestructuración cognoscitiva, prevención de la evitación emocional y activación neuromuscular. Los dos últimos elementos se cubren con estrategias y técnicas, tales como la exposición, juego de roles y modelamiento.

Ventajas, limitaciones y retos de los manuales de tratamiento para la ansiedad en niños.

Hasta el momento una de las críticas más graves que se hacen a los manuales de tratamiento en general, es que al transportarse a escenarios naturales podrían llegar a ser rígidos. Pero, en realidad es más probable que los manuales se apliquen de una

manera más flexible en la práctica clínica que dentro de contextos de investigación, ya que la evaluación del tratamiento desde el punto de vista científico requiere la mayor adherencia posible por parte de los terapeutas. De hecho los manuales de Kendall y Hedtke (2006) y el de Barrett (2004) hacen sugerencias sobre cómo flexibilizar y ajustar el manual ante distintas circunstancias. Así mismo, existen publicaciones con ejemplificaciones de cómo se han realizado ajustes a los manuales a partir de la creatividad del terapeuta sin afectar los principios centrales y estructura del manual (Hudson, Krain & Kendall, 2001; Kendall, et al., 1998).

Otra crítica común, y de algún modo relacionada con la anterior, es que los manuales de tratamiento prescinden de habilidades terapéuticas ya que basta con seguir el manual para obtener buenos resultados. En realidad, aunque los manuales de tratamiento permiten entrenar a diversos profesionistas de la salud mental, con diferentes competencias terapéuticas, la experiencia clínica de los profesionistas también puede ayudar al mejoramiento del tratamiento y a hacer modificaciones pertinentes (Wilson, 1998). La formación del psicoterapeuta debe incluir el conocimiento psicológico que le permita tomar decisiones informadas y conscientes de los efectos iatrogénicos de indicaciones terapéuticas incorrectas. Es por ello que el uso de los manuales, como los revisados, debe restringirse a psicólogos y otros profesionales de la salud mental que posean la formación pertinente que les permita identificar situaciones y comportamientos para los que la prescripción del manual no se aplique, y hacer las modificaciones necesarias para que el usuario de sus servicios reciban el mejor beneficio posible. Parte de la responsabilidad del terapeuta que utilice los manuales de tratamiento, no sólo es familiarizarse con el manual en cuestión, sino también comprender el modelo teórico del que se desprende (Albano & Kendall, 2002). Además, para que el tratamiento llegue a buen término, o al mejor posible, no se debe ignorar la importancia de una buena alianza terapéutica, la cual es independiente de la competencia técnica del terapeuta para administrar un tratamiento.

Dejando de lado las críticas, las cuales en realidad son infundadas, se puede pensar en las ventajas que ofrecen los manuales superan las desventajas. Desde el punto de vista científico, son dos las razones principales por las que continuar con el desarrollo de manuales es importante. En primer lugar, la estandarización de los tratamientos en

efecto permite que se investigue con mayor precisión cuáles son los elementos cruciales de los tratamientos, con el fin último de optimizarlos. La investigación de resultados en psicoterapia todavía no llega a este momento, pues la mayoría de los estudios se enfocan a una etapa preliminar destinada a poner a prueba un tratamiento completo, en paquete, con varios componentes, y no tanto a la identificación de la contribución relativa de cada componente por separado. La segunda razón es que los manuales facilitan la difusión de tratamientos eficientes y efectivos, al mismo tiempo que son medios potenciales para el entrenamiento de profesionales de la salud mental.

Desde el punto de vista práctico, existen varias ventajas potenciales en el uso de los manuales de tratamiento para ansiedad en niños. En primer lugar, se puede emplear el mismo manual para tratar varios trastornos de ansiedad con o sin comorbilidades de otros trastornos de ansiedad. Por lo que el terapeuta no necesita tener un manual de tratamiento para cada trastorno de ansiedad en específico. En segundo lugar, la mayoría de los manuales son tratamientos breves (el más extenso se compone de 20 sesiones), por lo que pueden ser más atractivos para los pacientes. Además de ello, las ganancias que suelen mantenerse a largo plazo (entre 1 y 7 años según la variable en particular).

En tercer lugar, si se pone atención al diseño de los manuales de tratamientos revisados en este trabajo, se puede apreciar que todos ellos están pensados en la participación activa de los pacientes en el tratamiento, no sólo en el aprendizaje y práctica de las estrategias de afrontamiento, sino también en el planteamientos de los objetivos del tratamiento en general y de las diferentes sesiones en particular.

En cuarto lugar, existen versiones para trabajo en modalidad individual y grupal. Cada modalidad puede ofrecer distintas ventajas en comparación con la otra y dependiendo del escenario en el que se empleen puede preferirse una modalidad u otra. Por ejemplo, la modalidad individual asegura que el diseño y la supervisión de los ejercicios sean individualizados. Asimismo, si es necesario aumentar sesiones, debido a la gravedad o falta de progresos, es más fácil de ajustar (como se sugiere en el *Coping Cat*, por ejemplo) que en el caso de modalidad grupal. La modalidad grupal, por su parte, ofrece oportunidad de modelamiento y retroalimentación entre pares lo cual puede beneficiar a los niños ansiosos, sobretodo si tienden a ser perfeccionistas y exigentes con ellos mismos. Por otro lado, quizá la ventaja más atractiva de la

modalidad grupal es su eficacia en términos de costo-beneficio, pues implica menor gasto de recursos (humanos, de tiempo y de espacio) y produce los mismos beneficios que la individual.

La formación de estudiantes de psicología en el uso de manuales de tratamiento se ve favorecida, pues el manual permite poner en práctica las competencias que requiere el aprendiz, a la vez que se familiarice con el conocimiento psicológico derivado de la investigación científica y con la teoría retroalimentada por éste. Además, los tratamientos basados en manuales abren las puertas para que los profesionistas de la salud mental, en especial psicólogos y psiquiatras, conozcan los tratamientos y los apliquen en los diversos escenarios en los que practican (consulta privada, centros comunitarios, escuelas, hospitales).

También existen aspectos por investigar y retos en los ámbitos científico y práctico con respecto a los manuales de tratamiento para la ansiedad en niños. A continuación se enlistan algunos de ellos:

1. De manera amplia, los tratamientos para la ansiedad en niños funcionan para el 60 a 70% de los participantes, al culminar el tratamiento, en tanto que dejan de cubrir el criterio diagnóstico para los trastornos de ansiedad. Sin embargo, queda la pregunta de qué hacer con el 30% de los participantes restantes. Si el manual de tratamiento que está sustentado empíricamente funciona para la mayoría, pero no para todos, entonces ¿es correcto usar tratamientos no sustentados empíricamente para los pacientes que no responden? y ¿qué tratamientos serían los adecuados?, o quizá es posible usar los mismos manuales, pero extender el tratamiento o hacer ciertas adaptaciones. Adicionalmente, se podría averiguar si existen ciertas características de los niños o las familias que sirvan para identificar *a priori* qué parte de la población no va a responder al tratamiento, y así encauzar los esfuerzos de otra manera. En este sentido, la evaluación de los manuales de tratamiento, más que cerrar las puertas a tratamientos alternativos, deja ver que se requieren hacer innovaciones en el campo de la psicoterapia para ofrecer soluciones a los pacientes que no responden a los tratamientos ya validados (Wilson, 1998). No obstante, no se debe dejar de lado el hecho de que existe una gran cantidad de tratamientos basados en una variedad de enfoques, que nunca se han sujetado al escrutinio de la

investigación sólida acerca de su posible eficacia. Todavía la práctica de la psicología clínica es presa de la apreciación subjetiva como vehículo para decidir si se emplea o no un tratamiento; y dista mucho de la comprobación comprometida y seria de su eficacia para lograr los cambios terapéuticos que el paciente requiere.

2. Aunque de manera general, tanto la modalidad individual como la grupal producen efectos semejantes, se debe averiguar si hay subtipos de la población que se beneficien más con una u otra modalidad. Al respecto, ya se han encontrado algunos indicios. Por ejemplo, Mendlowitz, et al. (2002) encontraron que los niños con ansiedad elevada (aunque no necesariamente con el diagnóstico de fobia social) parecen responder mejor al tratamiento individual. Los investigadores sugieren que una explicación a esto es que el terapeuta en la modalidad individual refuerza y aprueba socialmente al niño, por un lado. Y por otro lado, podría ser que la modalidad grupal representase preocupación y consternación al niño en un inicio. Pero lo cierto es que se necesita más investigación al respecto.
3. Algo similar ocurre con el tratamiento familiar, pues es necesario averiguar cuándo o para quiénes es mejor. Un estudio que tal vez se ha subestimado, y que ofrece pautas de investigación con implicaciones prácticas importantes es el de Cobham, et al., (1998). A reserva de que hace falta conducir réplicas de este estudio, sus hallazgos indican beneficios adicionales del tratamiento familiar sólo en los casos en los que los padres de los niños con ansiedad también tengan ansiedad elevada. Si los datos se confirmaran, en términos prácticos significaría que el tratamiento familiar no sería necesario para los niños cuyos padres no tuvieran ansiedad elevada. Existen algunos otros datos que también indican que el tratamiento familiar es especialmente recomendable para niños y niñas con edades de 7 a 10 años, en comparación con niños de 11 a 14 años, y para las niñas en general (Barrett, et al., 1996; Cobham, et al., 1998).
4. Por último, independientemente de la modalidad del tratamiento y de si se incluye la participación de la familia en el tratamiento o no, es importante evaluar el efecto aislado de los componentes de tratamiento, así como su interacción.

Precisar y aclarar los puntos anteriores ayudaría a la optimización de los tratamientos que se ofrezcan, y esto, a su vez, se traduciría en ganancias en términos de costo-beneficio. Por ejemplo, si se pensara en que los manuales se emplean para programas públicos de salud mental, asignar a los pacientes al tratamiento más

adecuado para cada uno de ellos, ahorraría costos tanto para ellos como para el sector salud.

En México, todavía el camino por recorrer en el campo de evaluación de tratamientos basados en manuales y su aplicación en la práctica profesional es largo. Para empezar se debe contar con instrumentos psicológicos que permitan evaluar de forma completa la problemática de los niños con ansiedad y, así precisar los efectos del tratamiento. Actualmente existen instrumentos suficientes para evaluar la sintomatología ansiosa en niños (la batería ITA, el SCAS y el CBCL) que se han validado en México. También hay instrumentos para medir depresión (CES-D, escala de depresión del centro de estudio epidemiológicos) y estilos de crianza. Pero, por el momento hace falta instrumentos que midan funcionamiento global, estilos de afrontamiento, cogniciones disfuncionales, etc. En segundo lugar, sería necesario diseñar un tratamiento para la ansiedad en niños. Obviamente para esta tarea hay varios puntos de partida, por lo que no sería necesario empezar de cero. Por ejemplo, el *Coping Cat* y el programa *FRIENDS* han funcionado en otros países aún traduciéndolos a otros idiomas, por lo que se les podría tomar como modelo, a menos que se desee plantear un tratamiento desde otro enfoque, lo cual también sería válido.

En el caso de que se contara con manuales ya evaluados en población mexicana, todavía quedarían varios obstáculos por superar. En México, a pesar de la existencia de grupos de investigación serios dedicados a ellos, la práctica de la psicología clínica no se caracteriza por basarse en hallazgos de investigación. Por lo que no es esperable que los profesionales clínicos, deslindados de la investigación psicológica, se interesen o tomen seriamente este tipo de productos, al menos en el corto plazo, para guiar su práctica. Por este motivo, se necesita mucho trabajo en la divulgación de estos tratamientos por un lado, y del entrenamiento de futuros psicólogos clínicos, y otros profesionales de la salud mental, por el otro.

Se recomienda el uso de manuales de tratamiento únicamente cuando el manual en cuestión es un producto directo de investigación psicológica seria. Los manuales de tratamiento, en este sentido, no constituyen un producto comercial derivado de “consejos clínicos” sin fundamento, carentes de estructura y verificación formal, o sin sustento empírico.

VI. REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: Universidad de Vermont, Departamento de Psiquiatría.
- Achenbach, T. & Edelbrock, C. (1986). *Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of the Child Behavior Profile*. Burlington: Universidad de Vermont, Departamento de Psiquiatría.
- Achenbach, T. M., McConayghy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Addis, M. D., Wade, W. A., & Hatgis, C. (en prensa). Toward addressing practitioners's concerns about empirically supported manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- Albano, A. M., & Chorpita, B. F. (1995). Treatment of anxiety disorders of childhood. *The Psychiatric Clinical of North America*, 18, 4, 767-783.
- Albano, A.M., & Kendall, P.C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (APA). (2006). *Empirically supported treatments. Childhood disorders*. Recuperado de http://www.apa.org/divisions/div12/rev_est/index.html Septiembre, 2006.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos*. México: Prentice may.
- Anderson, J. (1994). Epidemiological issues. En T. Ollendick, N. King, & W. Yule, (eds). *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: Plenum.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd.ed.). New York: The Guildford Press.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, D. H., Levitt, J. T., & Bufka, L. F. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: a view to the future. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S147-S162.
- Barrett, P. M. (1995a). *Group coping koala workbook*. Manuscrito no publicado. Australia: School of Applied Psychology, Universidad Griffith.
- Barrett, P. M. (1995b). *Group family anxiety managment*. Manuscrito no publicado. Australia: School of Applied Psychology, Universidad Griffith.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Barrett, P. M. (2004). *FRIENDS for life. Group Leaders' Manual*. Australia: Australian Academic Press.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Holland, D. E. (1994). *The coping koala: Prevention manual*. Manuscrito no publicado, The University of Queensland, Queensland, Australia.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1991). *Coping koala workbook*. Manuscrito no publicado-Australia: Escuela de Psicología Aplicada, Universidad Griffith.

- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family Treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 333-342.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 135-141.
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000). *FRIENDS program for children*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Belloch, A., Sandín B., & Ramos F. (1995). *Manual de psicopatología*. Vol. 2. Madrid: McGraw-Hill.
- Bermudez-Ornelas, G. (2003). *Evaluación y categorización de las fobias específicas en niños y adolescentes*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Bernstein, G. A., Layne, A. E., Egan, E. A., & Tennison, D. M. (2005). School-based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 1118 - 1127.
- Berman, S. L., Weems, C. F., Silverman, W. K., & Kurtines, W. M. (2000). Predictors of outcome in Exposure-based Cognitive and behavioral treatments for fobic and anxiety disorders in children. *Behavior Therapy, 31*, 713-731.
- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., & Prewien, A. R. (1996). Anxiety Disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*, 1110-1119.
- Bernstein, G.A., & Kinlan, J. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 1639-1641.
- Bernstein, G. A., Garfinkel, B. D., & Borchardt, C. M. (1990). Comparative studies of pharmacology for school refusal. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 773-781.
- Bernstein, G. A., Hektner, J. M., Borchardt, C. M., & McMillan, M. H. (2001). Treatment of school refusal: one-year follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 206-213.
- Benjamin R. S., Costello E. J., & Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders, 4*, 293-316.
- Birmaher, B., Waterman, G. S., Ryan, N., Cully, M., Balach, L., Ingram, J., Brodsky, M. (1994). Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 993-999.
- Bögels, S.M. & Siqueland, L. (2006). Family Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents With Clinical Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 134-141.
- Bouchard, S., Mendlowitz, S. L., Coles, M. E., & Franklin, M. (2004). Considerations in the use of exposure with children. *Cognitive research and Behavioral Practice, 11*, 56-65.
- 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*, 408-418.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 835-844.
- Boyce, W. T., Frank, E., Jensen, P. S., Kessler, R. C., Nelson, C. A., Steinberg, L., & The Marcarthur Foudation research Network on Pscyhopathology and Development. (1998). Social context in developmental psychopathology: recommendations for future research from the MacArthur network on psychopathology and development. *Development and Pscyhopathology, 10*, 143-164.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: separation*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Nueva York: Basic Books.
- Bretheron, I. (1997). Bowlby's legacy to developmental psychology. *Chil Psychology and Human Development*, 28, 33-43.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Bryceland, C., & Henderikus, J. S. (2005). Empirical validation and professional codes of ethics: description or prescription?. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 131-155.
- Canino, G. (2004). Are somatic symptoms and related distress more prevalent in hispanic/latino youth? Some methodological considerations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 272-275.
- Clark, D. B., & Donovan, J. E. (1994). Reliability and validity of the Hamilton Anxiety Rating Scale in an adolescent sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 354-360.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Cobham, V. E. (1997). *The role of parental anxiety in the aetiology and treatment of childhood anxiety*. Tesis doctoral, no publicada. Australia: Universidad de Queensland.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 893-905.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cohen, S. A & Hyman, J. S (1979). How come so many hypothesis in educational research supported? *Educational Researcher*, 8, 12-16.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R. & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: and Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959.
- Costello, A J., Edelbrock, C. S., Dulcan, M. K, Kalas, R., & Klaric, S. H. (1984). Report on the N.I.M.H. Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC). Washington, DC: National Institute of Mental Health.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. En: Ollendick & March (Ed). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinician's guide to effective psuchosocial and pharmacological interventions*. NY: Oxford University Press.
- Crawford M., & Manassis K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1182-1189.
- Creswell, C., Schniering, C., & Rapee, R. M. (2005). Threat interpretation in anxious children and their mothers: comparison with nonclinical children and the effect of treatment. *Behaviour Research & Therapy*, 43, 1375-1381.
- Chambless, D. L., Babich, K., Crits-Christipoh, P., Frank, E., Gilson, M., Montgomery, R., Rich, R., Steinberg, S., & Weinberger, J. (1993). Task force on promotion and dissemination of psychological procedures. Informe de la Division 12, APA.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.

- Chorpita, B. F. (1998). *Modular cognitive behavior therapy for child and adolescent anxiety disorders: Therapist Manual*. Manuscrito no publicado.
- Chorpita, B. F., Barlow, D. H., Albano, A. M., Daleiden, E. L. (1998). Methodological strategies in child clinical trials: Advancing the efficacy and effectiveness of psychosocial treatments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 7-16.
- Chorpita, B. F., Taylor, A. A., Francis, S. E., Moffitt, C., & Austin, A. A. (2004). Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 35, 263-287.
- Chorpita, B. F., Yim, L. M., Moffitt, C. E., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835-855.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullinis, M., Barrett, P. M., & Spence S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 145-150.
- Dadds, M. R., James, R. C., Barrett, P. M., & Verhulst, F. C. (2004). Diagnostic Issues. En: Ollendick & March (Ed). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. NY: Oxford University Press.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barret, P., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627-635.
- Daleiden, L. E., & Vasey, W. M. (1997). An information processing on childhood anxiety. *Clinical Psychology Review*, 17, 407-429.
- De Waal, M. W. M., Arnold, I. A., Spinhoven, P., Eekhof, J. A. H, & van Hemert, A. M. (2005). The reporting of specific physical symptoms for metnal distress in general practice. *Journal of Psychosomatic research*, 59, 89-95.
- Diamond, G. S, Reis, B. F, Diamond, G. M, Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002), Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41,1190-1196.
- Diamond, G., & Josephson, A. (2005). Family-based treatment research: a 10-year update. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 872-887.
- DiGiuseppe R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology*, 5, 85-100.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Drinkwater, J., & Stewart, A. (2002). Cognitive behaviour therapy for young people. *Current opinion in Psychiatry*, 15, 377-381.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfreid, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 107-126.
- Eley, T. C. & Stevenson, J. (1999). Exploring the covariation between anxiety and depression symptoms: A genetic analysis of the effects of age and sex. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 1273-1282.
- Emde, R. N., Plomin, R., Robinson, J.A., Corley, R., DeFries, J., Fulker, D. W., Reznick, J.S., Campos, J., Kagan, J., & Zahn-Waxler, C. (1992). Temperament, emotion, and cognition at fourteen months: the MacArthur Longitudinal Twin Study. *Child Development*, 63, 1437-1455.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in birth cohort of 15 years olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1127-1134.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual for group treatment*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 251-278.
- Geller, D. A., Hoog, S. L., & Heiligenstein, J. H. (2001). Fluoxetine treatment for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a placebo-controlled clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 773-779.
- Gil-Bernal, F. (2004). *Un instrumento para medir fobia social*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gil-Bernal, F. & Hernández-Guzmán, L. (2006). Manual de tratamiento para fobia social, no publicado. Facultad de Psicología, UNAM
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Wilhelm, K. A., & Mathi, G. S. (2005). Relationship between self-reported childhood behavioral inhibition and lifetime anxiety disorders in a clinical sample. *Depression & Anxiety*, 22, 103-113.
- Goisman, R. M., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1998). Psychosocial prescribing practices for anxiety disorders, 1991-1996: data from a multicenter anxiety disorder study. Manuscrito no publicado.
- Goldbeck, L., & Schmid, K. (2003). Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1046-1054.
- Goldfried, M. R., & Powers Goldfried, A. (1993). Métodos de cambio cognitivo. En: Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 143-150.
- Graae, F., Milner, J., Rizzotto, L., & Klein, R. G. (1994). Clonazepam in childhood anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 372-376.
- Gruner, K., Muris, P., & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry*, 30, 27-35.
- Herjanic, B., & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: niños socialmente competentes*. México: UNAM, Facultad de Psicología, DGAPA.
- Hernández-Guzmán, L. (2006a). *Desarrollo de la psicopatología infantil y adolescente*. Manuscrito no publicado.
- Hernández-Guzmán, L. (2006b). *La investigación de resultados del tratamiento psicológico*. Presentación. Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández-Guzmán, L. (2006c). Trastorno por estrés postraumático. En: Caballo, M. (en prensa).

- Hernández-Guzmán, L., & Sánchez-Sosa, J. J. (1996). Parent-child interactions predict anxiety in Mexican adolescents. *Adolescence*, 31, 955-1005.
- Howard, B., & Kendall, P. C. (1992). *Family-based cognitive-behavioral intervention for anxious children: A therapy manual*. Filadelfia: Departamento de Psicología, Universidad Temple.
- Howard, B., & Kendall, P. C. (1996). Cognitive-behavioral family therapy for anxiety disordered children: A multiple-baseline evaluation. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 423-443.
- Hsu, L. M. (1989). Random sampling, randomization, and equivalence of contrasted groups in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 131-137.
- Hudson, J. L., Krain, A. L., & Kendall, P. C. (2001). Expanding horizons: Adapting manual-based treatments for anxious children with comorbid diagnoses. *Cognitive & Behavioral Practice*, 8, 338-346.
- Izard, C. E. (1994). Innate and universal facial expressions: evidence from developmental and cross-cultural research. *Psychological Bulletin*, 1225, 288-299.
- Jacobson, N. S., Folette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1065-1079.
- Josephson, A. M., & Serrano, A. (2001). The integration of individual therapy and family therapy in the treatment of child and adolescent psychiatric disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 10, 431-450.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., & Engelberg, B. (1995). Self selection and sample selection in a treatment study of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 321-324.
- Kagan, J., Snidman, N., Zentner, M., & Peterson, E. (1999). Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Development and Psychopathology*, 11, 209-224.
- Kane, M. T., & Kendall, P. C. (1989). Anxiety disorders in children: A multiple-baseline evaluation of a cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 20, 499-508.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H., Rosenberg, T. K., & Reid, J. C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 701-706.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents. Directions for research and practice*. Nueva York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N (1997) Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children: present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Kendall, P.C. (1990). *The coping cat workbook*. EUA: Temple University.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P. C. (2000). *Childhood disorders*. UK: Psychology Press.

- Kendall, P. C., & Choudhury, M. S. (2003). Children and adolescents in cognitive-behavioral therapy: some past efforts and current advances, and the challenges in our future. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 89-104.
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing into a manual: flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 177-198.
- Kendall, P. C. & Hedtke, K. A. (2006). *Cognitive-Behavioural Therapy for Anxious Children: Therapist Manual. Coping Cat*. USA, Ardmore: Workbook Publishing, Inc.
- Kendall, P. C., & Hollon, S. D. (1989). Anxious self-talk: development of the anxious self-statements questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research*, 13, 81-93.
- Kendall, P. C., Kane, M., Howard, B., & Siqueland, L. (1989). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Treatment Manual, Revised*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P., Kortlander, E., Chansky, T. E., Ronan, K., Kane, M., Sessa, F., Kim, R. S., & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth. Cognitive-behavioral interventions*. USA: Allyn and Bacon.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P. C., Robin, J. A., Hedtke, K. A., Suveg, C., Flannery-Schroeder, E., & Gosch, E. (2005). Considering CBT with anxious youth? Think exposures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 136-148.
- Kendall, P. C., & Southam-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724-730.
- Kendall, P. C., & Warman, M. J. (1996). Anxiety disorders in youth: diagnostic consistency across DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 453-463.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52, 374-383.
- Klein, R. (1991). Parent-child agreement in clinical assessment of anxiety and other psychopathology: a review. *Journal of anxiety disorders*, 5, 187-198.
- Kolko, D. A., & Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: correspondence among child, parent, and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 991-1006.
- Kratochvil, C., Ksutchner, S., Reitter, S., & March, J. (1999). Pharmacotherapy of pediatric anxiety disorders. En: Russ, S. & Ollendick (Eds). *Handbook of psychotherapies with children and families*. New York: Plenum.
- Kronmuller, K. T., Pstelnicu, I., Hartmann, M., Stefani, A., Geiser-Elze, A., Gerhold, M., Hildergard, H., & Winklermann, K. (2005). Efficacy of the psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 559-577.
- Langley, A. K., Bergman, L., & Piacentini, J. C. (2002). Assessment of childhood anxiety. *International Review of Psychiatry*, 14, 102-113.
- Langrock, A.M., Compas, B. E., Keller, G., Merchant, M. J., & Copeland, M. E. (2002). Coping with stress of parental depression: parent's reports of children's coping, emotional, and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 312-324.

- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1502-1510.
- Levitt, E. E. (1963). Psychotherapy with children: a further evaluation. *Behaviour research and Therapy*, 60, 326-329.
- Liddle, H. A. (1992). A multidimensional model for treating the adolescent who is abusing alcohol and other drugs. En: Snyder & Ooms (Eds). *Empowering families, helping adolescents: Family-centered treatment of adolescents with alcohol, drug abuse and other mental health problems*. US: Department Of Health and Human Services.
- Liddle, H. A. (1999). Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 521-532.
- Lumpkin, P. W., Silverman, W. K., Weems, C. F., Markham, M. R., & Kurtines, W. M. (2002). Treating a heterogeneous set of anxiety disorders in youth with group cognitive behavioral therapy: A partially nonconcurrent multiple-baseline evaluation. *Behavior Therapy*, 33, 163-177.
- March, J. S. (2002). Combining medication and psychosocial treatments: an evidence-based medicine approach. *International Review of Psychiatry*, 14, 155-163.
- Manassis, K. (1996). *Keys to parenting your anxious child*. Hauppauge, NY: Barron's Educational Series.
- Manassis, K., Mendlowitz, S., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., Monga, S., & Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1423-1430.
- Medina-Mora ME., Borges, G., Lara Muñoz C., Benjet C., Blanco Jaimes J., Fleiz Bautista C., Villatoro Velásquez J., Rojas Guiot E., Zambrano Ruíz J., Casanova Rodas L., & Aguilar-Gaxiola S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26.
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., & Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1223-1229.
- Merckelbach, H., de Jong, P. J., Muris, P., & van den Hout, M. A. (1996). The etiology of specific phobias: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 337-361.
- Mesman, J., & Koot, H. M. (2000). Child-reported depression and anxiety in preadolescence: I. Associations with parent- and teacher-reported problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1371-1378.
- Mook, D. G. (1983). In defense of external invalidity. *American Psychologist*, 38, 379-387.
- Muratori, F., Picchi, L., Bruni, G., Patarnello, M. & Romagnoli, G. (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 331-339.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach H., & Hülsebeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour research & Therapy*, 39, 487-497.
- Muris, P., Meesters, C., & van Melick, M. (2002). Treatment of childhood anxiety disorders: A preliminary comparisons between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 143-158.

- Muris, P., Merckelbach, H., & Collaris, R. (1997). Common childhood fears and their origins. *Behaviour Research & Therapy*, 35, 929-937.
- Nauta, M. H. (2005). *Anxiety disorders in children and adolescents: assessment, cognitive behavioral therapy, and predictors of treatment outcome*. Países Bajos: Febodruk BV, Enschede.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp P. M. G., & Minderaa, R. B. (2005). Capítulo 7. Predicting treatment outcome for anxious children: parental characteristics: The myth of strong parental influence. En Nauta, M. H. *Anxiety disorders in children and adolescents: assessment, cognitive behavioral therapy, and predictors of treatment outcome*. Países Bajos: Universidad de Groningen.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp P. M. G., & Minderaa, R. B. (2001). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered children in a clinical setting: Does additional cognitive parent training enhance treatment effectiveness? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 330-340.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1278.
- Nomura, Y., Wickramaratne, P. J., Warner, V., Mufson, L., & Weissman, M. M. (2002). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 402-409.
- Novak, G. (1998). A behavioral systems theory of development. *Revista Mexicana de Análisis de Conducta*, 24, 181-196.
- Ollendick, T. H., & Cerney, J. A. (1981). *Clinical behavior therapy for children*. Nueva York: Plenum Publishing.
- Ollendick, T. H., Davis, T. E., & Muris, P. (2004). Treatment of specific phobia in children and adolescents. En: Barrett & Ollendick (Ed). *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. US: Jhon Wiley & Sons.
- Ollendick, T. H., & Francis, G. (1988). Behavioral assessment and treatment of childhood phobias. *Behavior Modification*, 12, 165-204.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 156-167.
- Ollendick, T. H., Matson, J. L., & Helsel, W. J. (1985). Fears in children and adolescents: Normative data. *Behavior Research and Therapy*, 23, 465-467.
- Öst, L. G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behavior research and Therapy*, 27(1), 1-7.
- Öst, L. G. & Ollendick, T. H. (1999). *Manual for the 1-session treatment of specific phobias*. Department of Psychology: Stockholm University.
- Öst, L. G., Svenson, L., Hellström, K., & Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 814-824.
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Fuentes, R. M., Kurtines, W. M., & Weems, C. F. (2003). Exposure-based cognitive-behavioral treatment for phobic and anxiety disorders: treatment effects and maintenance for hispanic/latino relative to european-american youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1179-1187.
- Pollack, M. H., Otto, M. W., Sabatino, S., & Majcher, D. (1996). Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *American Journal of Psychiatry*, 153, 376-381.
- Pollock, R. A., Rosenbaum, J. F., Marrs, A., Miller, B. S., & Biederman, J. (1995). Anxiety disorders of childhood. Implications for adult psychopathology. *The Psychiatric Clinicals of North America*, 18, 745-755.

- Puig-Antich, J., & Chambers, W. (1978). The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children. Manuscrito no publicado. Estado de Nueva York, Psychiatric Institute.
- Racusin, R. J. (2000). Brief psychodynamic psychotherapy with young children. *Journal of the Marican Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 791-793.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Rapee, R. M., Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Evans, L. (1994). Reliability of the DSM-III-R childhood anxiety disorders using structured interview: Interrater and parent-child agreement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 984-992.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environment and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 230-366.
- Saavedra, L. M., & Silverman, W. K. (2002). Classification of anxiety disorders in children: what a difference two decades make. *International Review of Psychiatry*, 14, 87-101.
- Sarafino, E. P. (2006). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. USA: John Wiley & Sons.
- Scaturo, D. J. (2001). The evolution of psychotherapy and the concept of manualization: an integrative perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 522-530.
- Schmidt, F. L. (1996). Statistical Significance testing and cumulative knowledge un psychology: implications of researchers. *Psychological Methods*, 1, 115-129.
- Schniering, C. A., Hudson, J. L., & Rapee, R. M., (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 43, 281-283.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness in psychotherapy: the *Consumer Reports* study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shadish W. R., & Baldwin S. A. (2002), Meta-analysis of MFT interventions. En: Spunkle, D. H. (Ed) *Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy*. US: American Association for Marital and Family Therapy, pp 339-370.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., Jorm, A. F., Lyons, L. C., Nietzel, M. T., Prout, H.T., Robinson, L., Smith, M. L., Svartberg, M., & Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 353-365.
- Shaffer, D., Bird, H., Leaf, P., Bravo, M., Lahey, B., Dulcan, M., Fisher, P., Piacentini, J., Rubio-Stipec, M., & Schwab-Stone, M. (1990) The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2): Use in the multi-site epidemiological survey of mental disorders in child and adolescent populations and implications for revision. I. Test-retest reliability, internal consistency, and supplemental materials. Trabajo presentado en la reunión anual de la *Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Chicago.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IB (NIMH D). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Davies, M., & Briggs, M. (1993). The diagnostic interview schedule for children-revised version (DISC-R) I: Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 643-650.
- Sheeman, E. (1996). *Cómo combatir la ansiedad y el pánico*. México: Martínez Roca.

- Shirk, S. R. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 452-464.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 525-535.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research. Evaluating experimental data in psychology*. Nueva York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Silverman, W. E., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W, & Hicks-Carmichael, D. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 995-1003.
- Silverman, W., La Greca, A., & Wasserstein, S. (1995). What do children worry about? Worries and their relation to anxiety. *Child Development, 66*, 671-686.
- Simeon, J. G., Ferguson, H. B., Knott, V., Roberts, N., Gauthier, B., Dubois, C., & Wignis, D. (1992). Clinical, cognitive and neurophysiological effects of alprazolam in children and adolescents with overanxious and avoidant disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 29-33.
- Solloa García, L. M. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño*. México, D.F: Editorial Trillas.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 545-566.
- Spence, S. H. (1999). *Spence Children's Anxiety Scale-parent version*. Brisbane, Australia: University of Queensland.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development, 55*, 17-29.
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review, 9*, 521-543.
- Strauss, C. C., Frame, C. L., & Forehand, R. (1987). Psychosocial impairment associated with anxiety in children. *Journal of Clinical Child Psychology, 16*, 235-239.
- Strauss, C. C., Last, C. G., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1988). Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 57-68.
- Sweeney, M., & Pine, D. (2004). Etiology of fear an anxiety. En: Ollendick & March (Ed). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinician's guide to effective psuchosocial and pharmacological interventions*. NY: Oxford University Press.
- Target, M., & Fonagy, P. (1994). Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 361-371.
- Thapar, A., & McGuffin, P. (1995). Are anxiety symptoms in childhood heritable? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 36*, 439-447.
- Toren, P., Wolmer, L., Rosental, B., Eldar, S., Koren, S., Lask, M., Weizman, R., & Laor, N. (2000). Case series: Brief parent-child group therapy for childhood anxiety disorders using a manual-based cognitive-behavioral technique. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1309-1312.
- Treadwell, K. R. H, & Kendall, P. C. (1996). Self-talk in youth with anxiety disorders: states of mind, content specificity, and treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 941-950.

- Turner, S. M., Beidel D. C., & Roberson-Nay, R. (2005). Offspring of anxious parents: reactivity, habituation, and anxiety-proneness. *Behaviour Research & Therapy*, 43, 1263-1279.
- Uribe-Zamora, Z. (2003). *Evaluación y categorización del trastorno obsesivo-compulsivo en niños*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Veltig, O. N., Setzer, N. J., & Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 42-54.
- Vos, T., Haby, M. M., Magnus, A., Mihalopoulos, C., Andrews, G., & Carter. (2005). Assessing cost-effectiveness in mental health: helping policy-makers prioritize and plan health services. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 701-712.
- Walkup, J. T., Labellarte, M. J., & Ginsburg, G. S. (2002). The pharmacological treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14, 135-142.
- Wade, W. A., Treat, T. A., & Stuart, G. L. (1998). Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: a benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231-239.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- Warren, S. L., & Sroufe, L. A. Developmental Issues. En: Ollendick & March (Ed). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. NY: Oxford University Press.
- Webb, T. E., Singleton, C. R., Laplace, A. C., & VanDevere, C. A. (1986). Genetic influence in the expression of affectivity: twin study of children and adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, 147, 279-281.
- Westenberg, P. M., Drewes, M. J., Goedhart, A. W., Siebelink, B. M., & Treffers, P. D. A. (2004). A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: social-evaluative fears on the rise? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 481-495.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836.
- Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 363-375.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. C., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 314-321.
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases ICD-10*. Génova: World Health Organization.
- Zermeño-León, M. (2003). *Evaluación y categorización del trastorno de ansiedad por separación*. Facultad de Psicología, UNAM.