

# **MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE**

Trastornos generales

Vicente E. Caballo

Miguel Ángel Simón

(Dirección y coordinación)

**PSICOLOGÍA PIRÁMIDE**



Dirección y coordinación

**VICENTE E. CABALLO**

PROFESOR TITULAR DE PSICOPATOLOGÍA  
DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

**MIGUEL ÁNGEL SIMÓN**

CATEDRÁTICO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD  
DE LA UNIVERSIDAD DE LA CORUÑA

# **MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE**

Trastornos generales

EDICIONES PIRÁMIDE

## COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:

Francisco J. Labrador

Catedrático de Modificación de Conducta  
de la Universidad Complutense de Madrid

Diseño de cubierta: C. Carabina

Realización de cubierta: Anaf Miguel

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier otro medio, sin la preceptiva autorización

© Vicente E. Caballo

Miguel Ángel Simón

© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2002, 2004, 2005, 2007, 2009, 2011, 2012, 2013

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

[www.edicionespiramide.es](http://www.edicionespiramide.es)

Depósito legal: M. 567-2012

ISBN: 978-84-368-1641-9

Printed in Spain

# Índice

<b>Prólogo</b> ( <i>Thomas Ollendick</i> ) .....	17
<b>Foreward</b> ( <i>Thomas Ollendick</i> ) .....	21
<b>Prefacio</b> ( <i>Vicente E. Caballo y Miguel A. Simón</i> ) .....	25

## PARTE PRIMERA

### Panorama general de los trastornos infantiles

<b>1. Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil</b> ( <i>Eric J. Mash y Susan A. Graham</i> ) .....	29
1. Introducción .....	29
2. Importancia de los trastornos infantiles .....	29
3. Consideraciones epidemiológicas .....	30
3.1. Prevalencia .....	30
3.2. Diferencias debidas a la edad .....	31
3.3. Estatus socioeconómico .....	31
3.4. Diferencias debidas al género .....	32
3.5. Raza y cultura .....	33
4. Cuestiones básicas de la psicopatología infantil .....	34
4.1. Psicopatología/normalidad .....	34
4.2. Funcionamiento adaptativo .....	34
4.3. Continuidades y discontinuidades evolutivas .....	35
4.4. Vías de desarrollo .....	37
4.5. Riesgo y resistencia .....	37
4.6. Influencias contextuales .....	39
5. La definición de la psicopatología infantil .....	39
5.1. La psicopatología como dificultad para la adaptación .....	39
5.2. El impacto del informador .....	40
5.3. La comorbilidad .....	41
6. Clasificación y conceptualización de la psicopatología infantil .....	42
6.1. Síntomas individuales .....	42
6.2. Diagnóstico y clasificación .....	42
6.3. Dimensiones de la psicopatología infantil .....	43
6.4. Categorías de la psicopatología infantil .....	43
7. El tratamiento de la psicopatología infantil .....	46
7.1. La evaluación de los trastornos infantiles .....	46

7.2. Consideraciones en la evaluación infantil .....	47
7.3. Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos infantiles .....	48
8. La eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para niños .....	48
9. Referencias .....	51
10. Lecturas recomendadas .....	56

## PARTE SEGUNDA

### Trastornos de ansiedad

<b>2. Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas</b> ( <i>Francisco Xavier Méndez, José Olivares y Rosa María Bermejo</i> ) ...	59
1. Introducción .....	59
2. Descripción clínica .....	59
2.1. Definición y caracterización .....	59
2.2. Clasificación .....	64
2.3. Epidemiología .....	66
3. Teorías etiológicas .....	66
4. Evaluación .....	68
4.1. Inventarios de miedos .....	69
4.2. Observación .....	70
4.3. Escalas de estimación .....	72
4.4. Registros psicofisiológicos .....	72
5. Tratamiento conductual .....	72
5.1. Técnicas del enfoque neoconductista mediacional .....	74
5.2. Técnicas operantes .....	78
5.3. Procedimientos de modelado .....	79
5.4. Técnicas cognitivas .....	80
5.5. La terapia de juego .....	81
5.6. Psicofármacos .....	87
6. Conclusión y tendencias futuras .....	87
7. Referencias .....	89
8. Lecturas recomendadas .....	92
<b>3. Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños y adolescentes</b> ( <i>Myriam Rodríguez de Kissack y Nancy Consuelo Martínez León</i> ) ...	93
1. Introducción .....	93
2. Descripción de los trastornos .....	94
2.1. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) .....	94
2.2. Trastorno de pánico (TP) .....	96
3. Epidemiología .....	99
3.1. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) .....	99
3.2. Trastorno de pánico (TP) .....	101
4. Teorías sobre el desarrollo de los trastornos de ansiedad .....	103
4.1. Teorías biológicas .....	103
4.2. Teorías cognitivo-conductuales .....	105
5. Evaluación .....	107
5.1. Evaluación por medio de instrumentos psicológicos .....	107
5.2. Otros instrumentos de evaluación .....	109

6.	Tratamiento .....	110
6.1.	Intervención en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) .....	110
6.2.	Intervención en el trastorno de pánico (TP) .....	115
7.	Conclusiones y tendencias futuras .....	117
8.	Referencias .....	118
9.	Lecturas recomendadas .....	120
<b>4.</b>	<b>Psicopatología y tratamiento del trastorno por estrés postraumático</b> <i>(Laura Hernández)</i> .....	121
1.	Introducción .....	121
2.	Descripción .....	121
3.	Epidemiología .....	124
4.	Teorías .....	124
4.1.	Teorías conductuales y cognitivo-conductuales .....	125
5.	Evaluación .....	126
5.1.	Entrevistas semiestructuradas (E) .....	126
5.2.	Medidas psicofisiológicas (F) .....	127
5.3.	Tarea de <i>Stroop</i> (S) .....	127
5.4.	Observación directa del comportamiento (O) .....	127
6.	Tratamiento conductual y cognitivo-conductual .....	127
6.1.	Bases empíricas del tratamiento .....	127
6.2.	Programa estructurado de tratamiento .....	130
6.3.	El papel de los padres o cuidadores .....	130
6.4.	El papel del terapeuta .....	130
6.5.	Sesiones 1 y 2 .....	131
6.6.	Sesiones 3 y 4 .....	131
6.7.	Sesión 5 .....	132
6.8.	Sesión 6 .....	132
6.9.	Sesiones 7 y 8 .....	133
6.10.	Sesión 9 .....	133
7.	Conclusiones y tendencias futuras .....	134
8.	Referencias .....	135
9.	Lecturas recomendadas .....	136

### PARTE TERCERA

#### Estado de ánimo depresivo

<b>5.</b>	<b>Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia</b> <i>(Francisco Xavier Méndez, José Olivares y María Carmen Ros)</i> ....	139
1.	Introducción .....	139
2.	Descripción clínica .....	140
2.1.	Definición y caracterización .....	140
2.2.	Clasificación .....	143
2.3.	Epidemiología .....	144
3.	Teorías etiológicas .....	147
3.1.	Teorías psicológicas .....	147
3.2.	Teorías biológicas .....	155
4.	Evaluación .....	156
4.1.	Dificultades de la evaluación .....	157
4.2.	Técnicas de evaluación .....	160

5.	Terapia .....	162
5.1.	Tratamientos psicológicos .....	162
5.2.	Tratamientos biológicos .....	169
5.3.	Programa emoción-actividad-cognición .....	172
6.	Conclusión y tendencias futuras .....	176
7.	Referencias .....	176
8.	Lecturas recomendadas .....	185
<b>6.</b>	<b>Manejo del duelo en niños y adolescentes desde el enfoque cognitivo-conductual (Liliana Peña Frade y Clemencia Montaña de Barragán) .....</b>	<b>187</b>
1.	Introducción .....	187
2.	El duelo: la reacción normal a la pérdida .....	187
2.1.	Reacciones del duelo normal .....	188
2.2.	Manifestaciones psicológicas del duelo .....	189
2.3.	Manifestaciones sociales del duelo .....	191
2.4.	Manifestaciones fisiológicas del duelo .....	191
2.5.	Etapas del duelo .....	192
2.6.	Sentimientos de dolor .....	194
2.7.	Tareas básicas del duelo .....	194
2.8.	Estilos de autoprotección .....	195
3.	Desarrollo del concepto de muerte y duelo en niños y adolescentes .....	196
3.1.	La idea de muerte como parte del desarrollo intelectual general .....	196
3.2.	Desarrollo adolescente: esfuerzos primarios y pérdida .....	197
3.3.	Adaptación a la pérdida .....	198
3.4.	Muerte de los padres en la infancia y la adolescencia .....	198
4.	Descripción diagnóstica según el DSM-IV-TR .....	199
5.	Modelos teóricos explicativos del proceso de duelo .....	200
5.1.	Modelos biológicos .....	200
5.2.	Modelos psicodinámicos .....	200
5.3.	Teoría del apego .....	201
5.4.	La teoría de los constructos personales y modelos cognitivos .....	201
6.	Intervención psicoterapéutica en el proceso de duelo .....	201
6.1.	Factores de personalidad .....	202
6.2.	Naturaleza de los procesos de duelo patológico .....	203
6.3.	Intervención terapéutica .....	203
6.4.	Procedimiento de la terapia de duelo .....	204
6.5.	Ayuda para los adolescentes en duelo .....	206
6.6.	Educación acerca del duelo .....	206
7.	Conclusiones .....	208
8.	Referencias .....	209
9.	Lecturas recomendadas .....	209

## PARTE CUARTA

### Consumo problemático de sustancias

<b>7.</b>	<b>Psicopatología y tratamiento de la drogadicción en niños y adolescentes (Elisardo Becoña y Fernando L. Vázquez) .....</b>	<b>213</b>
1.	Introducción .....	213
2.	Descripción del trastorno .....	214
2.1.	Definición .....	214



2.2. Epidemiología .....	215
2.3. Descripción clínica .....	217
3. Teorías .....	221
4. Evaluación .....	224
5. Tratamiento conductual o cognitivo-conductual .....	225
5.1. Los modelos cognitivo-conductuales .....	225
5.2. Fases del tratamiento .....	226
6. Conclusión y tendencias futuras .....	232
7. Referencias .....	234

## PARTE QUINTA

### Trastornos del sueño

<b>8. Características clínicas y tratamiento de los trastornos del sueño en la infancia</b> ( <i>Vicente E. Caballo, José Francisco Navarro y J. Carlos Sierra</i> ) .....	239
1. Introducción .....	239
2. Características básicas del sueño .....	239
3. Clasificación de los trastornos del sueño .....	241
4. Evaluación de los trastornos del sueño en la infancia .....	242
5. Principales trastornos del sueño en la infancia .....	242
5.1. Insomnios .....	242
5.2. Hipersomnias y trastornos por somnolencia excesiva .....	246
5.3. Trastornos del ritmo circadiano .....	249
5.4. Parasomnias .....	249
6. Conclusión y tendencias futuras .....	254
7. Referencias .....	255
8. Lecturas recomendadas .....	257

## PARTE SEXTA

### Conducta alimentaria anómala

<b>9. Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria</b> ( <i>Silvia Moreno Domínguez y Sonia Villar Rodríguez</i> ) .....	261
1. ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria? .....	261
2. Características clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria .....	262
2.1. Anorexia nerviosa .....	262
2.2. Bulimia nerviosa .....	263
3. Instrumentos de evaluación .....	264
3.1. La entrevista clínica .....	264
3.2. Cuestionarios y escalas .....	267
3.3. Exploración física .....	267
3.4. Pruebas médicas .....	268
4. Tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria .....	268
4.1. Modalidades del tratamiento .....	268
4.2. Fases del tratamiento .....	270
5. Conclusiones y tendencias futuras .....	288
6. Referencias .....	288
7. Lecturas recomendadas .....	289

**PARTE SÉPTIMA**  
**Problemas relacionados con el abuso infantil**

<b>10. Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil</b> ( <i>José Cantón Duarte y María Rosario Cortés Arboleda</i> ) .....	293
1. Definición, incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil .....	293
2. Consecuencias de los abusos sexuales .....	294
2.1. Efectos a corto plazo .....	294
2.2. Abuso sexual infantil y adaptación durante la etapa adulta .....	298
3. Evaluando la existencia de un posible abuso sexual .....	299
3.1. La entrevista de evaluación .....	300
3.2. Evaluación de la veracidad de las declaraciones .....	303
4. Evaluación psicológica de la víctima .....	305
5. Tratamiento de los niños víctimas de abusos sexuales .....	307
5.1. Terapia individual y de grupo .....	307
5.2. El programa cognitivo-conductual de Deblinger y Heflin para el tratamiento de los niños que han sufrido abuso sexual .....	309
6. Conclusiones y tendencias futuras .....	317
7. Referencias .....	317
8. Lecturas recomendadas .....	321

**PARTE OCTAVA**  
**Movimientos/vocalizaciones anómalos**

<b>11. Características clínicas y tratamiento del trastorno de movimientos estereotipados y autolesivos</b> ( <i>Antonio Fernández Parra</i> ) .....	325
1. Introducción .....	325
2. Descripción de las conductas estereotipadas y autolesivas .....	325
2.1. Definición .....	326
2.2. Clasificación y diagnóstico .....	328
2.3. Frecuencia, distribución y características .....	331
3. Enfoques etiológicos .....	334
3.1. Teorías biológicas .....	334
3.2. Teorías conductuales .....	336
4. Evaluación .....	340
5. Tratamiento conductual .....	342
5.1. Bases empíricas del tratamiento conductual .....	342
5.2. Un programa de tratamiento conductual .....	345
6. Conclusiones .....	347
7. Referencias .....	347
8. Lecturas recomendadas .....	354
<b>12. Características clínicas y tratamiento de los trastornos por tics</b> ( <i>Raymond G. Miltenberger y Douglas W. Woods</i> ) .....	355
1. Introducción .....	355
2. Descripción de los trastornos por tics .....	355
2.1. Tics motores .....	356

2.2. Tics vocales .....	356
2.3. El síndrome de la Tourette .....	356
3. Teorías sobre la etiología de los trastornos por tics .....	357
3.1. Teorías biológicas .....	357
3.2. Teorías conductuales .....	358
4. Evaluación de los trastornos por tics .....	359
4.1. Escalas de evaluación .....	359
4.2. Medidas directas .....	359
4.3. Validación social y aceptación del tratamiento .....	360
4.4. Métodos funcionales .....	361
5. Tratamiento de los trastornos por tics .....	362
5.1. Tratamientos biológicos .....	362
5.2. Tratamientos conductuales .....	362
6. Un protocolo estructurado para la inversión del hábito .....	366
7. Conclusión y directrices futuras .....	367
8. Referencias .....	368
9. Lecturas recomendadas .....	370

## PARTE NOVENA

### Trastornos de la capacidad intelectual

<b>13. Características clínicas y tratamiento del retraso mental</b> ( <i>Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jenaro</i> ) .....	373
1. Introducción .....	373
2. Descripción .....	374
2.1. Definición .....	374
2.2. Clasificación del retraso mental según el DSM-IV-TR .....	376
2.3. Clasificación según la Asociación Americana de Retraso Mental .....	378
2.4. Etiología .....	379
2.5. Epidemiología .....	380
2.6. Teorías cognitivo-conductuales .....	382
3. Evaluación e intervención .....	383
3.1. Bases teóricas .....	383
3.2. Pautas para la intervención en estudiantes con retraso mental .....	386
3.3. Intervención en personas con retraso mental en transición a la vida adulta .....	390
4. Conclusiones y tendencias futuras .....	394
5. Referencias .....	395
6. Lecturas recomendadas .....	397

## PARTE DÉCIMA

### Trastorno por déficit de atención

<b>14. Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento</b> ( <i>Mateu Servera, Xavier Bornas e Inmaculada Moreno</i> ) .....	401
1. Introducción .....	401
2. Conceptualización del trastorno .....	402
2.1. Definición y sintomatología básica .....	402
2.2. Otra problemática asociada .....	404
2.3. Criterios diagnósticos .....	405

2.4. Clases de trastorno y diagnósticos .....	407
2.5. Datos epidemiológicos y aspectos evolutivos del trastorno .....	409
3. Modelos explicativos de la hiperactividad .....	411
3.1. Teorías biológicas .....	411
3.2. El modelo atencional de Virginia Douglas .....	412
3.3. El modelo motivacional de Russell Barkley: déficit en las conductas gobernadas por reglas .....	413
4. La evaluación del trastorno hiperactivo .....	415
5. Tratamiento de la hiperactividad .....	418
5.1. Tratamiento farmacológico .....	419
5.2. Tratamiento cognitivo-conductual .....	420
5.3. Tratamientos combinados .....	421
5.4. Programa de intervención cognitivo-conductual para tratar la hiperactividad en el colegio .....	422
5.5. Algunas cuestiones pendientes en el tratamiento de la hiperactividad infantil ..	426
6. Resumen y conclusiones .....	427
7. Referencias .....	429
8. Lecturas recomendadas .....	433

# Prólogo

Thomas Ollendick<sup>1</sup>

El campo de la psicología clínica infantil y del adolescente tiene una larga y rica tradición. Sus orígenes se remontan a los primeros años de 1900, habiéndose centrado inicialmente en la evaluación de niños y adolescentes que manifestaban una serie de problemas de comportamiento y de aprendizaje en la escuela y en las clínicas de salud mental. Los psicólogos, en particular, invirtieron grandes cantidades de tiempo, energía y recursos en la evaluación de estos problemas, prestando escasa atención a su tratamiento y menos aún a su posible prevención. Además, se ignoró frecuentemente el estudio de la psicopatología de estos trastornos, sus causas, su curso y sus consecuencias sobre el desarrollo. Durante muchos años, se consideraba a los niños como adultos en miniatura y las estrategias de evaluación y tratamiento que se habían demostrado eficaces para los adultos eran aplicadas directamente a los niños y adolescentes, *como si fueran adultos en miniatura*. La situación no podía ser más absurda: los niños tienen sus propias maneras de pensar, sentir y comportarse (Ollendick y Hersen, 1998). Afortunadamente, en los últimos años se ha empezado a aplicar una perspectiva evolutiva a los niños y adolescentes y se han conseguido notables progresos.

Dentro del extenso campo de la psicología evolutiva, los teóricos han debatido durante mucho tiempo qué modelo evolutivo refleja mejor los numerosos cambios que tienen lugar en niños y adolescentes a lo largo de su desarrollo y durante estos períodos de la

vida. Los primeros debates se centraron en temas de autonomía y organización y estaban ligados a las principales perspectivas sobre el mundo, resumidas más adecuadamente en los modelos «mecanicista» y «organicista» sobre el desarrollo. Según el punto de vista mecanicista, se consideraba que los organismos eran similares a las máquinas que eran controladas por fuerzas desde el mundo exterior. Es decir, con respecto al desarrollo, se veía a los organismos, en gran medida, como receptores pasivos de información y respondiendo a estímulos cada vez más complejos y variados. Además, se creía que los cambios que tenían lugar en la conducta a lo largo del tiempo reflejaban modificaciones graduales en los estímulos antecedentes y consecuentes y las explicaciones sobre el desarrollo provenían principalmente de los principios de la teoría del aprendizaje (condicionamiento, refuerzo). Por ejemplo, Skinner (1938) alegaba que «la premisa básica de la psicología conductual (era) que todos los organismos, humanos y subhumanos, *jóvenes y viejos* (cursiva añadida), estaban sujetos a la misma ley del efecto (principio del refuerzo) y podrían estudiarse de la misma forma básica» (p. 27). Como consecuencia, los clínicos e investigadores de orientación conductual consideraban que el desarrollo y los procesos del desarrollo tenían poca importancia clínica (Ollendick y Cerny, 1981).

Al contrario de lo que sucede con las cualidades pasivas del organismo inherentes a la posición mecanicista, los defensores del modelo organicista del desarrollo sugerían que los organismos eran agentes activos implicados en la construcción de su ambiente. Además, los teóricos organicistas describían a menu-

---

<sup>1</sup> Virginia Polytechnic Institute and State University (USA)  
Traducido y adaptado por V. E. Caballo.

do el desarrollo a través de etapas (por ejemplo, las etapas propuestas por Piaget sobre el desarrollo cognitivo, las etapas psicosexuales de Freud y las etapas de Erickson sobre el desarrollo de la identidad). Estas teorías mantenían que las estructuras y funciones básicas cambiaban con la edad y reflejaban formas emergentes, cualitativamente diferentes, de interactuar con el ambiente. En su expresión más pura, este modelo afirmaba que el cambio era consecuencia, en gran medida, de procesos de maduración que estaban determinados por factores orgánicos intrínsecos en vez de por fuerzas ambientales.

Décadas de debate entre los defensores de estos modelos, así como el reconocimiento de sus limitaciones, condujeron a la aparición de un tercer modelo de desarrollo denominado modelo «transaccional». Conocido también como «contextualismo evolutivo», el modelo transaccional representa una integración de los dos modelos descritos anteriormente (Sameroff, 1995) y era altamente consistente con los principios de la teoría del aprendizaje social/cognitivo social (cf. Bandura, 1977, 1989). Según este modelo, se proponía que los cambios evolutivos tenían lugar como consecuencia de las interacciones recíprocas continuas (por ejemplo, transacciones, determinismo recíproco) entre un organismo activo y su contexto ambiental activo. Se decía que los organismos influían sobre su propio desarrollo al ser tanto productores como productos de su ambiente. Aunque todavía persisten algunas diferencias en la teoría y la filosofía, hoy día la mayoría de los psicólogos evolutivos están de acuerdo en que el desarrollo implica cambios sistemáticos, sucesivos y adaptativos dentro y a lo largo de los períodos vitales en la estructura, funciones y contenido de las características mentales, conductuales, sociales e interpersonales del individuo (Lease y Ollendick, 2000; Ollendick y Vasey, 1999; Vasey y Ollendick, 2000). Debido a que los cambios evolutivos tienen lugar de una manera ordenada (por ejemplo, son sistemáticos y sucesivos), se infiere que los cambios observados en un momento temporal influirán sobre los acontecimientos posteriores (aunque no necesariamente de una manera lineal). Los cambios que tienen lugar en un determinado momento temporal (ya sean debidos al aprendizaje, a la manifestación de estructuras básicas prede-

terminadas o a algunos procesos interactivos/transaccionales complejos) influyen sobre el desarrollo posterior. Así, la diversidad o variedad de cambios posibles en un momento posterior en el tiempo están limitados por aquellos que ocurrieron en un momento temporal anterior.

Estrechamente relacionado con el campo de la psicología evolutiva se encuentra el campo de la psicopatología evolutiva, una rica mezcla de psicología clínica infantil y del adolescente y de psicología evolutiva. Sroufe y Rutter (1984, p. 18) definen a la psicopatología evolutiva como «el estudio de los orígenes y del curso de los patrones individuales de adaptación conductual, cualesquiera que sean la edad de inicio, las causas, las transformaciones en manifestaciones conductuales y por más complejo que pueda ser el curso del patrón de desarrollo». Implícita en esta definición se encuentra, por supuesto, la preocupación por el desarrollo y por las distorsiones o desviaciones del mismo (es decir, psicopatologías clínicas) que ocurren a través y a lo largo de la vida y por los procesos asociados con estos comportamientos desadaptativos. Desde esta perspectiva, el estudio de la psicopatología se organiza alrededor de hitos, transiciones y secuencias en el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional. De este modo, el desarrollo se considera como una serie de reorganizaciones cualitativas dentro y entre sistemas. El carácter de estas reorganizaciones se encuentra determinado por diversos factores en distintos niveles de análisis (por ejemplo, genético, constitucional, fisiológico, conductual, psicológico, ambiental y sociológico) que están en transacción dinámica mutua. El desarrollo patológico se entiende, por tanto, como una falta de integración entre estos sistemas que contribuyen, de forma sinérgica, a la adaptación en determinados niveles de desarrollo.

Aunque, por una parte, se supone que el desarrollo influye sobre el funcionamiento posterior, no está implicada necesariamente la continuidad isomórfica del comportamiento. Por el contrario, se sugieren múltiples vías a través de las que pueden tener lugar las consecuencias evolutivas, basándose en la idea de que el desarrollo sano y el patológico provienen de transacciones únicas y distintivas entre un organismo en cambio y su contexto ambiental (el principio de la equifinalidad). Por tanto, es importante identificar y comprender las características

intra y extraindividuales que facilitan o inhiben las desviaciones iniciales o bien mantienen u obstaculizan el desarrollo y la adaptación tempranos. Dirigiéndose a este objetivo, el campo de la psicopatología del desarrollo se interesa principalmente por los orígenes y el curso de un trastorno determinado, por los aspectos precusores y las secuelas, por sus variaciones al manifestarse con el desarrollo y, a un nivel más amplio, por sus relaciones con patrones de comportamiento no perturbados (Lease y Ollendick, 2000; Rutter, 1985; Toth y Cicchetti, 1999).

Como puede resultar evidente a partir de los comentarios anteriores, la perspectiva de la psicopatología evolutiva no respalda ni defiende una explicación u orientación teórica determinada para la comprensión de los trastornos del comportamiento infantil (por ejemplo, teoría psicodinámica, teoría del aprendizaje social), ni tampoco sustituye a teorías específicas; por el contrario, se intenta mejorar el conocimiento sobre las conexiones entre fenómenos que de otra manera podrían parecer sin relación o desconectados. Este enfoque se ha aplicado con éxito hoy día a la psicopatología, a la evaluación, al tratamiento y a la prevención de los trastornos del comportamiento infantiles y del adolescente (por ejemplo, Ollendick y King, 2000; Russ y Ollendick, 1999; Silverman y Ollendick, 1999; Weisz y Weersing, 1999).

En el presente trabajo, Caballo y Simón han agrupado a algunos de los principales investigadores y clínicos que trabajan con niños y adolescentes a nivel internacional y han proporcionado una rica visión del entusiasmo y de los avances que caracterizan al campo de la psicología clínica infantil y del adolescente. Un enfoque evolutivo impregna muchas de las contribuciones y prevalece un profundo respeto por el estatus empírico de las propuestas sobre la evaluación y el tratamiento. El campo ha recorrido un largo camino en los últimos 100 años; libros como este establecerán el escenario para el tercer milenio.

## REFERENCIAS

- Bandura, A. (1977): *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989): Social cognitive theory. En R. Vasta (dir.). *Annals of child development* (Vol. 6). Greenwich, Ct: JAI Press.
- Lease, C. A. y Ollendick, T. H. (2000): Development and psychopathology. En M. Hersen y A. S. Bellack (dirs.), *Psychopathology in adulthood*, 2.ª ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Ollendick, T. H. y Cerny, J. A. (1981): *Clinical behavior therapy with children*. Nueva York: Plenum.
- Ollendick, T. H. y Hersen, M. (1998): *Handbook of child psychopathology*, 3.ª ed. Nueva York: Plenum.
- Ollendick, T. H. y King, N. J. (2000): Empirically supported treatments for children and adolescents. En P. Kendall (dir.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. Nueva York: Guilford.
- Ollendick, T. H. y Vasey, M. W. (1999): Developmental theory and the practice of clinical child psychology. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 457-466.
- Russ, S. W. y Ollendick, T. H. (dirs.) (1999): *Psychotherapies with children and families*. Nueva York: Plenum.
- Rutter, M. (1985): Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 498-611.
- Sameroff, A. J. (1995): General systems theories' and developmental psychopathology. *Developmental Psychopathology*, 1, 659-695.
- Silverman, W. K. y Ollendick, T. H. (dirs.) (1999): *Developmental issues in the clinical treatment of children*. Boston: Allyn & Bacon.
- Skinner, B. F. (1938): *The behavior of organisms*. Nueva York: Appleton.
- Sroufe, L. A. y Rutter, M. (1984): The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Toth, S. L. y Cicchetti, D. (1999): Developmental psychopathology and child psychotherapy. En S. W. Russ and T. H. Ollendick (dirs.), *Handbook of psychotherapies with children and families*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Vasey, M. W. y Ollendick, T. H. (2000): Anxiety. En M. Lewis y A. Sameroff (dirs.), *Handbook of developmental psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Weisz, J. R. y Weersing, V. R. (1999): Developmental outcome research. En S. W. Russ y T. H. Ollendick (dirs.), *Developmental issues in the clinical treatment of children*. Boston: Allyn and Bacon.





# Foreward

Thomas Ollendick<sup>1</sup>

The field of clinical child and adolescent psychology has a long and rich tradition. Having had its origins in the very early 1900s, it was focused initially upon the assessment of children and adolescents who presented in school and mental health clinics with a variety of learning and behavior problems. Psychologists, in particular, vested extreme amounts of time, energy, and resources in the assessment of these problems, paying little attention to their treatment let alone their possible prevention. Moreover, the study of the psychopathology of these disorders, their causes, their courses, and their developmental outcomes were frequently ignored. For many years, children were viewed as miniature adults and assessment and treatment strategies found to be effective with adults were simply applied to children and adolescents, *as if they were miniature adults*. Nothing could be more absurd: children have their own ways of thinking, feeling, and behaving (Ollendick & Hersen, 1998). Fortunately, in recent years, a developmental perspective has begun to be applied to children and adolescents and significant advances are being realized.

Within the broad field of developmental psychology, theorists have long debated which developmental model best addresses the many changes that occur in children and adolescents throughout their development and across their life span. Early debates centered on issues of autonomy and organization and were tied to major world-views

best encapsulated in «mechanistic» and «organismic» models of development. According to the mechanistic view, organisms were viewed as similar to machines that were acted upon by forces from the outside world. That is, with regard to development, organisms were viewed largely as passive recipients of information and respondents to increasingly complex and varied stimulus input. Furthermore, it was believed that changes in behavior over time reflected gradual modifications in antecedent and consequent stimuli with explanations for development deriving largely from principles of learning theory (e.g., conditioning, reinforcement). Skinner (1938), for example, argued that «the basic premise of behavioral psychology (was) that all organisms, human and subhuman, *young and old* (italics added), were subject to the same law of effect (principle of reinforcement) and could be studied in the same basic manner» (p. 27). As a result, development and developmental processes were viewed by behaviorally-oriented clinicians and researchers as possessing relatively little clinical significance (Ollendick & Cerny, 1981).

In contrast to passive qualities of the organism inherent in the mechanistic view, proponents of the organismic model of development suggested that organisms were active agents involved in the construction of their environment. Furthermore, organismic theorists often described development through stages (e.g., Piaget's stages of cognitive development, Freud's psychosexual stages, and Erickson's stages of identity development). These various theories maintained that basic structures

---

<sup>1</sup> Virginia Polytechnic Institute and State University (USA)

and functions changed across age and that they reflected emerging, qualitatively different ways of interacting with the environment. In its most pure form, this model asserted that change resulted largely from maturational processes that were determined by intrinsic organismic factors rather than by environmental forces.

Decades of debate among proponents of these two models as well as recognition of their limitations led to the advent of a third model of development, namely, the «transactional» model. Also known as «developmental contextualism», the transactional model represented an integration of the two previously described models (Sameroff, 1995) and was highly consistent with the tenets of social learning/social cognitive theory (cf, Bandura, 1977, 1989). According to this model, developmental changes were proposed to occur as a result of continuous reciprocal interactions (i.e., reciprocal determinism, transactions) between an active organism and its active environmental context. Organisms were said to affect their own development by being both producers and products of their environments. Although some differences in theory and philosophy remain to this day, most developmental psychologists agree that development involves systematic, successive, and adaptive changes within and across life periods in the structure, function, and content of the individual's mental, behavioral, social, and interpersonal characteristics (Lease & Ollendick, 2000; Ollendick & Vasey, 1999; Vasey & Ollendick, 2000). Because developmental changes occur in an orderly fashion (i.e., they are systematic and successive), it is inferred that changes observed at one point in time will influence subsequent events (although not necessarily in a linear fashion, see below). Changes that occur at one point in time (whether due to learning, an unfolding of basic predetermined structures, or some complex, interactive/transactional process) have an impact on subsequent development. Thus, the diversity or variety of changes possible at a later point in time are constrained by those that occur at an earlier point in time.

Closely related to the field of developmental psychology is the field of developmental

psychopathology, a rich amalgamation of clinical child and adolescent psychology and developmental psychology. Sroufe and Rutter (1984, p.18) define developmental psychopathology as «the study of the origins and course of individual patterns of behavioral maladaptation, whatever the age of onset, whatever the causes, whatever the transformations in behavioral manifestations, and however complex the course of developmental pattern may be.» Implicit in this definition is, of course, concern with development and developmental deviations or distortions (i.e., clinical psychopathologies) that occur throughout and across the life span and the processes associated with those maladaptations. The study of psychopathology, from this perspective, is organized around milestones, transitions, and sequences in physical, cognitive, and social-emotional development. Thus, development is viewed as a series of qualitative reorganizations within and among systems. The character of these reorganizations is determined by factors at various levels of analysis (e.g., genetic, constitutional, physiological, behavioral, psychological, environmental, and sociological) that are in dynamic transaction with one another. Pathological development is understood then as a lack of integration among these systems that contributes synergistically to adaptation at particular developmental levels.

Although development at one level is assumed to affect later functioning, isomorphic continuity of behavior is not necessarily implied. Rather, multiple pathways through which developmental outcomes may occur are suggested based on the notion that both healthy and pathological development result from individually distinct and unique transactions between a changing organism and its environmental context (i.e., the principle of equifinality). It is therefore important to identify and understand intra- and extra-individual characteristics that promote or inhibit early deviations or maintain or disrupt early adaptation and development. Toward this end, the field of developmental psychopathology is primarily concerned with the origins and course of a given disorder, its precursors and sequelae, its variations in manifestation with development, and more broadly, its relations to non-disordered behavior

patterns (Lease & Ollendick, 2000; Rutter, 1985; Toth & Cicchetti, 1999).

As may be evident from the above commentary, the developmental psychopathology perspective does not endorse or prescribe a particular theoretical orientation or explanation for the understanding of child behavior disorders (i.e., psychodynamic theory, social learning theory), nor does it supplant particular theories; rather, it is intended to sharpen awareness about connections among phenomena that may otherwise appear unrelated or disconnected. This approach has now been applied fruitfully to the psychopathology, assessment, treatment and prevention of child and adolescent behavior disorders (cf, Ollendick & King, 2000; Russ & Ollendick, 1999; Silverman & Ollendick, 1999; Weisz & Weersing, 1999).

In the present work, Caballo and Simon have recruited some of the premier researchers and clinicians working with children and adolescents throughout the world and they have provided us a rich glimpse of the developments and excitement that characterize the field of clinical child and adolescent psychology. A developmental approach characterizes many of the contributions and a deep respect for the empirical status of assessment and treatment approaches prevails. The field has come a long way in the last 100 years; books such as this one will surely set the stage for the next millennium.

## REFERENCES

- Bandura, A. (1977): *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989): Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development* (Vol. 6). Greenwich, Ct: JAI Press.
- Lease, C. A.: & Ollendick, T. H. (2000): Development and psychopathology. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *Psychopathology in adulthood* (2nd Ed.) (pp. 131-149). Boston: Allyn and Bacon.
- Ollendick, T. H. y Cerny, J. A. (1981): *Clinical behavior therapy with children*. New York: Plenum Press.
- Ollendick, T. H. y Hersen, M. (1998): *Handbook of child psychopathology* (3rd Ed.). New York: Plenum Press.
- Ollendick, T. H. y King, N. J. (2000): Empirically supported treatments for children and adolescents. In P. Kendall (ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 386-425). New York: Guilford Press.
- Ollendick, T. H. y Vasey, M. W. (1999): Developmental theory and the practice of clinical child psychology. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 457-466.
- Russ, S. W. y Ollendick, T. H. (eds.) (1999): *Psychotherapies with children and families*. New York: Plenum Press.
- Rutter, M. (1985): Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 498-611.
- Sameroff, A. J. (1995): General systems theories and developmental psychopathology. *Developmental Psychopathology*, 1, 659-695.
- Silverman, W. K. y Ollendick, T. H. (eds.) (1999): *Developmental issues in the clinical treatment of children*. Boston: Allyn & Bacon.
- Skinner, B. F. (1938): *The behavior of organisms*. New York: Appleton.
- Sroufe, L. A. y Rutter, M. (1984): The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Toth, S. L. y Cicchetti, D. (1999): Developmental psychopathology and child psychotherapy. In S. W. Russ and T. H. Ollendick (eds.), *Handbook of psychotherapies with children and families* (pp. 15-43). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Vasey, M. W. y Ollendick, T. H. (2000): Anxiety. In M. Lewis & A. Sameroff (eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 511-529). New York: Plenum Publishing Corp.
- Weisz, J. R. y Weersing, V. R. (1999): Developmental outcome research. In S. W. Russ and T. H. Ollendick (eds.), *Developmental issues in the clinical treatment of children* (pp. 457-469). Boston: Allyn and Bacon.



# Prefacio

La psicología clínica infantil y del adolescente constituye un campo importante de la salud mental que frecuentemente ha sido descuidado en favor de la psicología clínica del adulto (Caballo, 1997/1998). Métodos y técnicas de evaluación e intervención desarrollados para este último tipo de población se han generalizado a menudo a la infancia y a la adolescencia, obviando la investigación propia de estas etapas de la vida. Aunque la situación está cambiando, el proceso es lento y todavía queda mucho por hacer. El manual que aquí presentamos representa un intento de avanzar un poco más en el difícil ámbito de la psicología clínica infantil y del adolescente. El contenido del manual sigue de cerca la clasificación del DSM-IV-TR (APA, 2000), abordando una gran parte de los trastornos propuestos por este sistema nosológico. Cada capítulo puede dividirse en dos grandes partes, una dedicada a la psicopatología del problema, incluyendo su definición, epidemiología, características clínicas, etc., y la otra dedicada al tratamiento del trastorno, fundamentalmente desde una perspectiva conductual o cognitivo-conductual.

El volumen que el lector tiene en sus manos incluye problemas infantiles y del adolescente que se encuadran en áreas como trastornos por ansiedad, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, abuso sexual infantil, movimientos/vocalizaciones anómalas, trastornos de la capacidad intelectual e hiperactividad. El primer capítulo presenta un panorama general de algunos de los principales problemas de la psicología clínica infantil y del adolescente en

el momento actual. El doctor Mash revisa el estado actual de algunas cuestiones básicas relativas a la psicopatología, la evaluación y el tratamiento de los problemas infantiles, incluyendo datos recientes sobre la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual con niños. Los tres capítulos siguientes abordan algunos de los trastornos de ansiedad más importantes en la infancia y/o la adolescencia, específicamente las fobias y miedos, el trastorno por ansiedad generalizada y el trastorno por pánico y el trastorno por estrés postraumático. En todos los casos se presenta un panorama actual de estos trastornos centrado en la infancia, aun cuando el DSM-IV-TR no presenta criterios específicos para diagnosticar dichos problemas en niños. Los capítulos 5 y 6 abordan el estado de ánimo deprimido, centrándose en la depresión infantil y adolescente, por algunos de los máximos especialistas a nivel internacional sobre este tema, y en el duelo, un asunto poco trabajado empíricamente y sobre el que se necesita mucha más investigación. El siguiente capítulo trata del consumo de sustancias psicoactivas en niños y adolescentes, un tema difícil y de enorme actualidad, que tiene un impacto destructivo sobre la juventud de hoy día. El capítulo 8 aborda los trastornos del sueño en la infancia, deteniéndose en los problemas más frecuentes y en los que la intervención cognitivo-conductual tiene una mayor eficacia. Los problemas de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia nerviosas, un tema de gran impacto social y de relevante actualidad, especialmente entre las adolescentes, constituyen el contenido del capítulo 9. A continuación se aborda el abuso infantil y las consecuencias

que de él se derivan para el niño, incluyendo un posible programa para la intervención en este problema. Los dos capítulos siguientes se centran en trastornos específicos poco conocidos e investigados, como son los movimientos estereotipados y autolesivos y los tics. El devastador problema del retraso mental es abordado en el capítulo 13 y el siguiente capítulo y último de este primer volumen se dedica al tema del déficit de atención y la hiperactividad, un tema de gran actualidad y que sus autores tratan con gran cuidado.

Creemos que este manual sobre psicología clínica infantil y del adolescente plantea un panorama actual sobre la psicopatología y el tratamiento de los principales problemas de la infancia y la adolescencia, con autores de relevancia internacional y en un intento de colocar este campo al mismo nivel que el de la psicología clínica del adulto (Caballo, 1998). Pensamos que el conocimiento aquí reflejado será de utilidad no sólo a los psicólogos y psiquiatras infantiles, sino también a los psicopedago-

gos, a los pediatras, a los asistentes sociales y a los maestros. A todos ellos les deseamos que el contenido de este manual les ayude a comprender mejor y a abordar con más eficacia los problemas del comportamiento infantil y del adolescente.

VICENTE E. CABALLO  
MIGUEL A. SIMÓN

## REFERENCIAS

- Caballo, V. E. (dir.) (1997/1998): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (2 vols.). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (dir.) (1998): *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders*. Oxford: Pergamon.
- American Psychiatric Association (APA) (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª ed. Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington: Autor.

**PARTE PRIMERA**  
**Panorama general de los**  
**trastornos infantiles**





# Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil

# 1

ERIC J. MARSH  
SUSAN A. GRAHAM<sup>1</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, nuestra comprensión de la naturaleza, evaluación y tratamiento de los trastornos infantiles ha aumentado notablemente (por ejemplo, Cicchetti y Cohen, 1995a, 1995b; Mash y Barkley, 1996, 1998; Mash y Wolfe, 1999; Ollendick y Hersen, 1989). Conforme se han incrementado nuestros conocimientos básicos, ha ido quedando cada vez más patente que los modelos de adultos sobre la psicopatología, la evaluación y el tratamiento no pueden, simplemente, extrapolarse a la infancia. Los niños en desarrollo representan una población singular para la que existen consideraciones distintas con respecto a la clasificación, la evaluación y el tratamiento, de naturaleza conceptual, metodológica y práctica. En este capítulo presentaremos una revisión de la psicopatología infantil, incluyendo la epidemiología y otros aspectos importantes, seguido de una descripción de los avances recientes en la definición, conceptualización y clasificación de los trastornos infantiles. Finalmente, discutiremos sobre algunas cuestiones y progresos actuales en el tratamiento cognitivo-conductual de dichos trastornos.

## 2. IMPORTANCIA DE LOS TRASTORNOS INFANTILES

Últimamente, se ha puesto cada vez más de manifiesto que la psicopatología infantil representa una

preocupación social importante y de frecuente ocurrencia (Institute of Medicine, 1989). Los aspectos que respaldan la importancia del problema provienen de varias fuentes. En primer lugar, la psicopatología infantil tiene una ocurrencia relativamente frecuente. Las estimaciones generales de trastornos conductuales, emocionales y del desarrollo en los niños han ido desde el 14 hasta el 22 por 100, cuando consideramos a todos los niños (Brandenburg, Friedman y Silver, 1990). Se ha estimado también que perturbaciones más graves ocurren en un 8 a 10 por 100, aproximadamente, de la población infantil (Offord et al., 1987; Rutter, 1989). Estas estimaciones, siendo alarmantes, no incluyen un importante número de niños que manifiestan perturbaciones subclínicas o que no llegan a ser diagnosticadas, las cuales pueden ponerles en una situación de alto riesgo para el desarrollo posterior de problemas futuros.

En segundo lugar, existen continuidades a lo largo de la vida en muchas formas de psicopatología infantil. Aunque la naturaleza y gravedad de sus problemas puedan cambiar, muchos niños no superan las dificultades de la infancia. Por ejemplo, los estudios de seguimiento de niños con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) indican que cuando llegan a jóvenes, muchos de estos individuos siguen manifestando un TDAH y funcionan peor a nivel social, psicológico, académico y laboral en comparación con otros jóvenes o incluso con sus hermanos (Barkley, 1997a). Además, incluso cuando no está clara una patología diagnosticable en edades posteriores, los problemas de los niños durante los

---

<sup>1</sup> Universidad de Calgary (Canadá). Capítulo traducido y adaptado por V. E. Caballo.

períodos tempranos de desarrollo pueden tener un impacto negativo duradero sobre la adaptación familiar, laboral y social posterior. Finalmente, algunas formas de psicopatología infantil (por ejemplo, trastorno disocial) predicen en gran medida una serie de comportamientos negativos a nivel psicosocial, educacional y de salud en la adolescencia y en la vida adulta (Caspi y Moffitt, 1995).

En tercer lugar, los recientes cambios y condiciones sociales pueden hacer que los niños padezcan un riesgo cada vez mayor tanto para el desarrollo de trastornos como para la manifestación de problemas más graves en edades más tempranas (Black y Krishnakumar, 1998). Estos cambios y condiciones sociales incluyen la adversidad multigeneracional en ciudades del interior, la pobreza crónica en mujeres y niños, las presiones por la disolución de la familia, la maternidad/paternidad siendo soltera/o, la falta de hogar, los problemas de los pobres a nivel rural, los problemas de adaptación en las familias inmigrantes y las condiciones asociadas al impacto de la madurez precoz, el VIH, la cocaína y el alcohol en el desarrollo y crecimiento de los niños (National Commission on Children, 1991). Además, el mayor porcentaje de supervivencia de los fetos debido a los avances de los cuidados médicos contribuye a que un mayor número de niños muestre importantes problemas de conducta y discapacidades de aprendizaje a una edad más temprana. Finalmente, un importante número de niños en todo el mundo padece algún tipo de maltrato y la exposición al mismo se encuentra altamente asociada con la psicopatología (Wekerle y Wolfe, 1996). Las estimaciones sobre la prevalencia del maltrato infantil indican que es un problema serio, aunque sea difícil obtener las estimaciones exactas, debido a la naturaleza encubierta de los problemas y a otros sesgos de información y muestreo. Por ejemplo, en 1990 había entre 2 y 3 millones de informes sobre abuso físico infantil en los Estados Unidos, lo que se concretaba en 1.200 muertes y 160.000 lesiones físicas serias (U.S. General Accounting Office, 1992). Se ha calculado que cada año al menos 2.000 niños y bebés mueren a causa del abuso o negligencia por parte de sus padres o personas que les cuidan (U.S. Advisory Board on Child Abuse and

Neglect, 1995). Aparentemente, por tanto, el maltrato infantil es un problema importante y un elemento contribuyente significativo para la psicopatología infantil.

Finalmente, las consecuencias a largo plazo de la psicopatología infantil son enormes, tanto en términos de sufrimiento humano como de impacto económico. Las exigencias de recursos de la comunidad (por ejemplo, salud, educación, sistemas de justicia), la pérdida en productividad y la necesidad de intervenciones continuas y a largo plazo debido a los problemas infantiles son extremadamente costosas.

La discusión anterior pone de manifiesto el impacto significativo de la psicopatología infantil sobre niños individuales que padecen los trastornos, sus familias y la sociedad como un todo. Desgraciadamente, la mayoría de los niños que requiere atención clínica por problemas infantiles no recibe dicha atención.

### 3. CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

#### 3.1. Prevalencia

En general, las tasas de prevalencia de los problemas infantiles se estima que van del 14 al 22 por 100. Por ejemplo, Rutter, Tizard y Whitmore (1970) encontraron que el porcentaje general de trastornos psiquiátricos infantiles se extiende del 6 al 8 por 100 en niños de edades entre los 9 y los 11 años. Offord et al. (1987), por medio de la encuesta *Ontario Child Health Survey*, informaban que el 17 por 100 de las niñas y el 19 por 100 de los niños tenían uno o más trastornos. Otros estudios epidemiológicos han informado de tasas de prevalencia similares (por ejemplo, Costello y Angold, 1993; Verhulst y Koot, 1992). Vemos, así, que las tasas de prevalencia para los trastornos infantiles son generalmente elevadas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estas tasas de ocurrencia varían con la naturaleza del trastorno, la edad, el género, la clase social y la raza del niño, los criterios utilizados para definir el problema, el(los) método(s) utilizado(s) para

recoger información, la fuente de dicha información, las consideraciones sobre el muestreo y otros factores.

### 3.2. Diferencias debidas a la edad

Aunque el tema de las diferencias de edad para los trastornos infantiles ha recibido bastante atención empírica en los últimos años, no ha surgido un patrón consistente. Por ejemplo, Bird, Gould, Yager, Staghezza y Camino (1989) no encontraron diferencias significativas de edad para niños de 4 a 16 años en el número total de trastornos del DSM-III diagnosticados a cada edad. Estudios con poblaciones no clínicas han encontrado un declive general con la edad en problemas globales (por ejemplo, Achenbach y Edelbrock, 1981). Por el contrario, estudios con poblaciones clínicas han encontrado un aumento general en problemas globales con la edad (por ejemplo, Achenbach, Howell, Quay y Conners, 1991). Hay también estudios que han demostrado interacciones entre el número de problemas, la edad, el sexo del niño, el tipo de problema, el estatus clínico y la fuente de información (por ejemplo, Achenbach et al., 1991; Offord, Boyle y Racine, 1989).

La identificación de un patrón claro de diferencias debidas a la edad se complica por una serie de cuestiones, entre las que se incluyen: 1) una falta de uniformidad de las medidas utilizadas para evaluar la conducta a lo largo de un rango de edades; 2) cambios cualitativos en la expresión de la conducta asociados al desarrollo; 3) interacciones entre la edad y el género; 4) el empleo de diferentes fuentes de información; 5) la(s) conducta(s) problema específica(s) de interés; 6) el estatus clínico de los niños que se están evaluando, y 7) el empleo de diferentes criterios diagnósticos para niños de edades diferentes. Además, aunque las encuestas realizadas en la población general son informativas a la hora de mostrar cambios con la edad en conductas problema específicas (por ejemplo, aislamiento social, hiperactividad), las tendencias generales resultantes asociadas a la edad podrían ocultar los cambios no lineales o que no siguen una norma, presentes en el caso de niños concretos. Además, a partir de estas

encuestas generales no se puede obtener información relativa a los procesos o mecanismos que subyacen a los cambios asociados a las diferentes edades en la psicopatología infantil.

### 3.3. Estatus socioeconómico

Estimaciones recientes indican que en Norteamérica uno de cada cinco niños vive por debajo del nivel de pobreza (U.S. Bureau of the Census, 1993). Hasta un 20 por 100 de los niños que crecen entre la pobreza en el interior de las ciudades experimenta algún tipo de deterioro en su funcionamiento social, conductual y académico. El impacto de las desventajas socioeconómicas en los niños se deriva del hecho de que el estatus socioeconómico (ESE) es una variable compuesta que incluye muchas fuentes potenciales de influencia negativa diferentes de los bajos ingresos. Es decir, un bajo ESE se acompaña habitualmente por una escasa educación maternal, un bajo nivel de empleo en la madre, un estatus de padre/madre soltero/a, recursos limitados y otros acontecimientos negativos de la vida, como una alimentación escasa y la exposición a la violencia dentro y fuera de casa. Los índices generales del ESE podrían incluir una o más de estas variables en los diferentes estudios y, así, la relación entre el ESE y los trastornos infantiles puede variar en función del índice particular empleado.

Los estudios han indicado que niños con un ESE inferior manifiestan más psicopatología y más dificultades que niños con un ESE superior. Por ejemplo, Achenbach et al. (1991) informaron de puntuaciones significativamente mayores en el caso de niños con menor ESE, comparados con niños con un ESE mayor, para la mayor parte de síndromes y comportamientos problema informados por los padres. Sin embargo, algo muy importante es que ninguna de las diferencias informadas en el ESE explicaban más del 1 por 100 de la varianza. Así, aunque hay una relación estadísticamente significativa entre el ESE y la psicopatología infantil, los efectos son pequeños y deberían interpretarse con precaución. Estos hallazgos sugieren que las estimaciones globales del ESE no ofrecen, habitualmente,

ninguna indicación de los mecanismos y procesos a través de los cuales el ESE ejerce su influencia sobre el niño (y este conocimiento es esencial para comprender la psicopatología infantil). Por ejemplo, Guerra, Tolan, Huesmann, Van Acker y Eron (1995) encontraron que la relación entre el ESE y la agresión se explicaba principalmente por los efectos de los acontecimientos vitales estresantes y por las creencias que aceptaban la agresión.

Aunque la relación entre el ESE y los trastornos infantiles es pequeña, los estudios de investigación necesitan controlar los efectos poco claros de esta variable. Por ejemplo, si bien se ha demostrado que niños que han padecido abuso físico manifiestan niveles mayores de problemas externalizantes que niños que no lo han padecido (Mash, Johnston y Kovitz, 1983), no queda claro si el abuso físico y los problemas externalizantes están asociados cuando los efectos del ESE se mantienen constantes. Este estado de cosas se complica aún más por otros hallazgos que indican que los efectos del abuso físico sobre los trastornos internalizantes pueden ser independientes de la clase social, mientras que los efectos del abuso sobre los trastornos externalizantes pueden ser dependientes de las condiciones asociadas a la clase social (Okun, Parker y Levensky, 1994).

### 3.4. Diferencias debidas al género

Hasta hace poco tiempo se había prestado escasa atención a la psicopatología en las niñas, comparado con el número de estudios que se centraba en los niños. Los estudios o bien han excluido totalmente a las niñas de sus muestras o bien han ignorado la cuestión del género al examinar los hallazgos para niños y niñas conjuntamente. Las primeras investigaciones sobre las diferencias de género se han centrado, principalmente, en las comparaciones descriptivas de las frecuencias de ocurrencia de distintos trastornos y problemas para niños y niñas de diferentes edades. La investigación epidemiológica señala que los problemas externalizantes son más prevalentes en los niños que en las niñas (Achenbach et al., 1991). Sin embargo, el riesgo de condiciones comórbidas, como

la ansiedad, es mayor en las mujeres (Zahn-Waxler, Cole, Welsh y Fox, 1995).

Se ha encontrado que los varones superan en número a las mujeres en la mayoría de los trastornos de la infancia y la adolescencia, con las excepciones de los trastornos de la alimentación, depresión adolescente, trastornos de ansiedad y mutismo selectivo (Hartung y Widiger, 1998). Este desequilibrio no ocurre en los trastornos de la vida adulta, lo que sugiere que hay algo en la forma en que las conductas o síntomas se reconocen en los niños que conduce a este desequilibrio. La mayoría de los trastornos infantiles son definidos por los adultos, normalmente porque encuentran a los síntomas del niño especialmente llamativos o molestos. Puesto que las manifestaciones externas de exceso de actividad y de agresión son más frecuentes en los niños y puesto que las niñas podrían aprender a expresar sus problemas de maneras menos visibles (Keenan y Shaw, 1997), los resultados pueden reflejar un exceso en el envío para el tratamiento de los niños y un defecto de reconocimiento de formas de sufrimiento menos visibles en las niñas.

La investigación ha revelado también que las diferencias debidas al género en la psicopatología infantil interactúan con la edad. Los niños manifiestan más dificultades que las niñas durante la primera y mediana infancia, especialmente con respecto a los trastornos de comportamiento perturbador. Las dificultades de las niñas pueden aumentar durante la adolescencia, con mayores tasas de ocurrencia para la depresión y el estado de ánimo disfórico desde la mitad de la adolescencia hasta la edad adulta. Los estudios han encontrado que el trastorno disocial y la hiperactividad son más frecuentes en niños de 12 a 16 años que en las niñas. Por el contrario, parece que los problemas emocionales son más frecuentes en las niñas que en los niños durante este período de desarrollo. Además, se ha encontrado que señales tempranas de agresión predicen la conducta antisocial posterior en los niños, pero no en las niñas (Tremblay et al., 1992).

Es importante indicar que no todos los estudios han hallado diferencias significativas debidas al género en las tasas globales de conductas problema (Achenbach y Edelbrock, 1981; Velez, Johnson y

Cohen, 1989). La naturaleza de la muestra en un estudio determinado afecta también a los hallazgos, o a la falta de ellos, sobre las diferencias de género. Por ejemplo, aunque los estudios han encontrado una ocurrencia mucho mayor de problemas externalizantes en chicos y de problemas internalizantes en chicas adolescentes cuando se trataba de muestras de individuos remitidos para tratamiento, estas diferencias de género eran mínimas en muestras de niños de la comunidad o no enviadas para tratamiento (por ejemplo, Achenbach et al., 1991). Finalmente, al igual que en el caso del ESE y de la psicopatología infantil, incluso cuando se han encontrado diferencias significativas de género, estas diferencias suelen ser pequeñas y explican sólo una parte pequeña de la varianza.

Aunque las comparaciones de chicos y chicas pueden proporcionar conocimientos sobre características relacionadas con el género, esta información, cuando se toma aisladamente, no aborda posibles diferencias cualitativas en: 1) cómo se expresa la psicopatología en las niñas comparadas con los niños; 2) los procesos y mecanismos que subyacen a esta manifestación; 3) las consecuencias a largo plazo de ciertas conductas para chicos comparados con las chicas, y/o 4) el impacto diferencial de determinados acontecimientos ambientales en chicos comparados con las chicas. Tal como señaló Hops (1995), parece probable que «las vías desde la infancia hacia la patología adolescente y adulta son específicos a la edad y al género y que estas diferencias podrían ser el resultado de distintos contextos sociales que alimentan el desarrollo de la salud o de la patología para individuos masculinos y femeninos» (p. 428).

Los tipos de ambientes de educación infantil que predicen la resistencia (*resilience*) a la adversidad podrían también ser diferentes para niños y niñas. La resistencia en las chicas está asociada con familias que combinan la asunción de riesgos y la independencia con el apoyo de un cuidador femenino (por ejemplo, la madre, la abuela, una hermana mayor). Por el contrario, la resistencia en niños se relaciona con familias en las que hay un modelo masculino (por ejemplo, el padre, el abuelo, un hermano mayor), una estructura, reglas y cierto fomento de la expresividad emocional (Werner, 1995).

En resumen, los hallazgos que relacionan las diferencias debidas al género y la psicopatología infantil son complejos, inconsistentes y, a veces, difíciles de interpretar. Sin embargo, la investigación reciente indica claramente que los efectos del género son esenciales para comprender la expresión y el curso de la mayoría de las formas de psicopatología infantil (Kavanagh y Hops, 1994; Keenan y Shaw, 1997). Es especialmente importante explicar los procesos y mecanismos que subyacen a estos efectos debidos al género, teniendo en cuenta las contribuciones interactivas de los factores biológicos y las diferentes prácticas de socialización.

### 3.5. Raza y cultura

A pesar de la creciente diversidad de razas en la población de la mayoría de los países, la representación étnica en los estudios de investigación y el estudio de aspectos más generales relativos a la raza han recibido escasa atención en los estudios sobre psicopatología infantil. En general, los estudios han sido bastante insensibles a las posibles diferencias dependientes de la raza en las tasas de ocurrencia, la edad de comienzo, el curso de desarrollo y los factores de riesgo (Kazdin y Kagan, 1994). Además, pocos estudios han comparado grupos étnicos controlando otras variables críticas, como el ESE, el género, la edad y la región geográfica (Achenbach et al., 1991).

Al igual que sucede para el ESE y para el género, no es probable que las comparaciones globales de la prevalencia de diferentes tipos de problemas para distintos grupos étnicos sean muy informativas. Lo que se necesita para ampliar nuestra comprensión de la relación entre raza y psicopatología infantil es investigar los procesos y mecanismos que afectan a la forma, a los factores asociados y a los resultados de diferentes trastornos para distintos grupos étnicos.

Los movimientos globales de refugiados e inmigrantes están colocando a millones de niños en ambientes nuevos y no familiares. La evaluación de la salud mental de estos niños puede ser difícil debido a las variaciones culturales sobre lo que constituye un comportamiento anormal, cómo identificar ese

comportamiento y qué se puede hacer con respecto a él. La forma de expresión, la frecuencia de ocurrencia y el significado predictivo de distintas formas de psicopatología infantil podrían variar a través de diferentes culturas, así como sobre los patrones de envío. Por ejemplo, se ha encontrado que la timidez y la sensibilidad excesiva en los niños están asociadas al rechazo por los iguales y a la desadaptación social en las culturas occidentales, pero en los niños chinos de Shanghai se encuentran relacionadas con el liderazgo, la competencia escolar y el logro académico (Chen, Rubin y Li, 1995). De forma similar, Lambert y Weisz (1989) encontraron que entre los niños jamaicanos se informaba más a menudo de problemas de exceso de control, de forma significativa, que entre los estadounidenses, lo que es consistente con las prácticas y actitudes culturales afro-anglo-jamaicanas que inhiben la agresión infantil y otras conductas de falta de control y que favorecen la inhibición y otras conductas con exceso de control.

Los resultados de diversos estudios sugieren que la expresión de, y la tolerancia hacia, muchas perturbaciones emocionales y conductuales infantiles están claramente relacionadas con valores culturales y sociales. Por tanto, es esencial que la investigación sobre la psicopatología infantil no se generalice entre culturas salvo que haya razones claras para hacerlo. Aunque las tasas de expresión de algunos trastornos, especialmente aquellos que tienen una fuerte base biológica, pueden ser menos susceptibles ante las influencias culturales que otros, dichas influencias podrían afectar al significado otorgado a estos comportamientos, a la respuesta de los demás hacia dichas conductas, a su forma de expresión y a sus resultados.

## 4. CUESTIONES BÁSICAS DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

### 4.1. Psicopatología/normalidad

Uno de los desafíos más importantes inherente al campo de la psicopatología infantil consiste en establecer un límite válido y apropiado entre lo que constituye un funcionamiento normal *versus* uno anormal. Los enfoques tradicionales de los trastornos

mentales han enfatizado conceptos tales como síntomas, diagnóstico, enfermedad y tratamiento y, de esta forma, han influido notablemente sobre nuestro concepto actual de psicopatología infantil y aspectos relacionados (Richters y Cicchetti, 1993). Los trastornos infantiles se han considerado habitualmente como desviaciones que implican una disminución del funcionamiento adaptativo, una desviación estadística, malestar o incapacidad inesperadas y/o deterioro biológico.

Wakefield (1992) ha planteado un concepto amplio del trastorno mental como una «disfunción dañina», un concepto que abarca el funcionamiento mental y físico infantil así como criterios con base científica y de validez. De esta forma, el estado de un niño se considera como un trastorno sólo si: 1) provoca un deterioro o una privación de beneficios al niño, teniendo en cuenta las normas sociales, y 2) es consecuencia del fallo de algún mecanismo interno para realizar su función natural. Una deficiencia de esta posición, tal como lo señalan Richters y Cicchetti (1993), es que sólo identifica las decisiones que han de tomarse a la hora de definir los trastornos mentales, pero no especifica *cómo* se deben tomar esas decisiones.

Al igual que sucede en el caso de la mayoría de las definiciones que se han propuesto sobre el trastorno mental, las cuestiones relativas a definir los límites entre lo que es típico y atípico, el comprender las diferencias entre variabilidad normal y disfunción, el definir lo que constituyen «condiciones dañinas», el asociar causalmente las disfunciones con estas condiciones, y el delinear la naturaleza de lo «natural» o de otros mecanismos propuestos, sigue siendo un asunto de considerable debate (Lilienfeld y Marino, 1995; Richters y Cicchetti, 1993). Las categorías de trastorno mental provienen de abstracciones y distinciones lingüísticas artificiales y los límites entre lo que constituyen condiciones típicas y atípicas, o condiciones atípicas diferentes, no son trazados fácilmente.

### 4.2. Funcionamiento adaptativo

Cualquier discusión sobre la psicopatología infantil necesita considerar el fracaso adaptativo en

relación a lo que son los procesos de desarrollo adaptativos. Existe una serie de razones para esto. En primer lugar, cualquier juicio sobre la desviación o atipicidad necesita cierta comprensión del funcionamiento normativo de desarrollo, tanto con respecto a la actuación del niño relativa a iguales del mismo sexo/la misma edad como con respecto a la propia línea base de desarrollo del niño. En segundo lugar, la adaptación y desadaptación representan dos caras de la misma moneda, puesto que la disfunción en un ámbito particular del desarrollo está acompañada normalmente por un fracaso en cumplir las expectativas y las tareas evolutivas en el mismo ámbito. En tercer lugar, además de los problemas específicos que conducen a la remisión para tratamiento y al diagnóstico, es probable que los niños con trastornos muestren deterioros en otras áreas del funcionamiento adaptativo. Por ejemplo, además de la falta de atención y la hiperactividad/impulsividad, que son síntomas centrales del TDAH, los niños con este trastorno manifiestan también deterioros en su socialización, comunicación y actividades de la vida diaria. En cuarto lugar, la mayoría de los niños con trastornos específicos son capaces de afrontar eficazmente algún área de su vida. El comprender las ventajas o virtudes del niño proporciona información a nuestro conocimiento sobre el trastorno y ofrece una base para el desarrollo de estrategias de tratamiento eficaces. En quinto lugar, los niños se mueven entre formas patológicas y no patológicas de funcionamiento en el curso de su desarrollo. Finalmente, muchos comportamientos infantiles que no son clasificables como desviados en un momento determinado, pueden, sin embargo, representar compensaciones o expresiones menos extremas de un trastorno existente o expresiones tempranas de una progresión posterior hacia extremos desviados conforme continúa el desarrollo. De este modo, comprender la psicopatología infantil requiere que prestemos atención también a estos tipos de dificultades menos extremas.

Por tanto, y de forma clara, la comprensión de la psicopatología infantil requiere una comprensión del funcionamiento tanto normal como anormal. Sin embargo, hasta la fecha se ha dedicado una mayor atención empírica a la clasificación y des-

cripción de la psicopatología en niños que al funcionamiento normal de los mismos, que a los problemas psicosociales no patológicos relacionados con el trastorno emocional, que al comportamiento inadecuado y al aprendizaje, y que a los factores que fomentan la resolución con éxito de las tareas evolutivas. Para corregir este desequilibrio se necesitan urgentemente investigaciones sobre los procesos de desarrollo normal, estudios de las muestras normativas y representativas de niños y trabajos sobre niños «resistentes» (*resilient*) que se desarrollan de forma normal a pesar de la adversidad (Rutter y Rutter, 1993).

### 4.3. Continuidades y discontinuidades evolutivas

La continuidad de los trastornos a lo largo del desarrollo y la relación de los trastornos infantiles con los trastornos de la edad adulta son temas de importancia fundamental para la comprensión de la psicopatología infantil. Desafortunadamente, la evidencia en apoyo a la continuidad entre trastornos infantiles y del adulto es equívoca y depende de una serie de factores metodológicos, como el diseño de investigación, los instrumentos de evaluación, la naturaleza de la muestra, y el tipo y la gravedad del trastorno.

En general, la relativa continuidad o discontinuidad entre las psicopatologías infantil y adulta es muy específica al trastorno. Algunos trastornos infantiles, como el retraso mental y el autismo, son condiciones crónicas que persisten a lo largo del desarrollo. Otros trastornos, como la enuresis y la encopresis funcionales, ocurren en la infancia y sólo raramente se mantienen en la edad adulta. Algunos trastornos, como la esquizofrenia y la depresión, ocurren, con topologías relativamente diferentes, tanto en la infancia como en la adolescencia, y manifiestan distintos grados de continuidad a lo largo del tiempo. En general, la evidencia sugiere que los problemas externalizantes son más estables a lo largo del tiempo que los problemas internalizantes. Sin embargo, esta investigación puede reflejar la gravedad y la profundidad de los

trastornos evaluados, los sesgos de remisión de los sujetos para tratamiento y el hecho de que las investigaciones longitudinales sobre niños con trastornos internalizantes están empezando a surgir en estos momentos (Albano, Chorpita y Barlow, 1996; Ollendick y King, 1994).

Los posibles mecanismos que subyacen a la relación entre los trastornos infantiles y la conducta adulta deteriorada son numerosos y pueden funcionar de formas tanto directas como indirectas. Los problemas tempranos y los posteriores pueden estar relacionados *directamente* de diferentes maneras, incluyendo: 1) el desarrollo de un trastorno durante la infancia o la niñez que persiste a lo largo del tiempo; 2) experiencias que alteran el estatus físico del niño (por ejemplo, desnutrición, plasticidad neuronal) que, a su vez, influyen sobre el funcionamiento posterior; 3) la adquisición de patrones tempranos de respuesta que pueden ser adaptativos para las circunstancias y el nivel de desarrollo actual del niño, pero que podrían resultar en una desadaptación posterior, cuando las circunstancias cambian y surgen nuevos retos evolutivos.

Las dificultades tempranas y las posteriores podrían encontrarse relacionadas *de forma indirecta* de maneras distintas, incluyendo: 1) predisposiciones tempranas que interactúan con experiencias ambientales (por ejemplo, estímulos estresantes) para provocar comportamientos desadaptativos; 2) experiencias que contribuyen a una situación alterada de la autoestima (por ejemplo, rechazo por parte de los iguales) o que crean un conjunto cognitivo negativo y que llevan a dificultades posteriores; 3) experiencias que proporcionan oportunidades u obstáculos que posteriormente conducen a la selección de condiciones ambientales específicas y, de esta forma, dirigen el curso de desarrollo del niño.

Además de examinar las continuidades y discontinuidades en los trastornos infantiles, los esfuerzos de la investigación se han centrado en la identificación de los factores de riesgo que predicen los trastornos. Un factor que ha recibido una gran cantidad de atención empírica, especialmente en el contexto del trastorno disocial, es la edad de comienzo. Se ha encontrado que un comienzo temprano de los síntomas (por ejemplo, antes de los 12

años) está relacionado con mayores tasas de, y más serios, actos antisociales a lo largo de un período de tiempo mayor, tanto en niños como en niñas. Sin embargo, las variables antisociales que están presentes antes y después del comienzo pueden influir sobre la gravedad y cronicidad más que la edad de comienzo sola (Tolan y Thomas, 1995). Así, no está claro si la edad temprana de comienzo funciona de modo causal para problemas posteriores.

Aunque existe apoyo para la continuidad a lo largo del desarrollo en algunos trastornos, hay escaso apoyo para la continuidad de síntomas idénticos a lo largo del tiempo (por ejemplo, correspondencia homotípica). Por el contrario, lo que se encuentra normalmente es la continuidad a lo largo del tiempo de patrones de comportamiento. Por ejemplo, aunque los trastornos externalizantes en niños son estables a lo largo del tiempo, es probable que los modos en que esos patrones conductuales se expresan varíen enormemente a lo largo del tiempo. Incluso con amplias fluctuaciones en la expresión de la conducta a lo largo del tiempo, puede existir consistencia en los patrones globales de los niños para organizar sus experiencias e interactuar con el ambiente, sean adaptativas o desadaptativas. Por ejemplo, la inhibición conductual temprana puede afectar a la adaptación posterior influyendo sobre la forma como el niño se adapta a situaciones nuevas y no familiares y sobre las subsiguientes interacciones persona-ambiente a lo largo del tiempo (Kagan, 1994; Kagan, Resnick y Snidman, 1987, 1988). Igualmente, la relación entre la calidad del apego temprano y el desarrollo de modelos de funcionamiento interno, que los niños llevan consigo en sus relaciones posteriores, constituye otro ejemplo de patrón consistente de organización (Bowlby, 1988; Goldberg, 1991). Los modelos de funcionamiento interno del sí mismo pueden permanecer relativamente estables a lo largo del tiempo a la vez que las expresiones conductuales de estos modelos internos cambian con el desarrollo.

Con base en la discusión anterior, queda claro que la continuidad evolutiva se refleja en patrones globales de organización, en vez de en síntomas y comportamientos aislados. De este modo, no es probable que las relaciones entre la adaptación tempra-



na y psicopatología posterior sean directas o claras. Las conexiones entre la psicopatología infantil y la adulta están marcadas tanto por continuidades como por discontinuidades. El grado de continuidad o discontinuidad variará en función de las condiciones ambientales cambiantes y de las transacciones entre el niño y el ambiente que afectan la trayectoria evolutiva del niño.

#### 4.4. Vías de desarrollo

Relacionado con el tema de las continuidades y discontinuidades evolutivas se encuentra el concepto de vías de desarrollo. Estas vías no son observables directamente, sino que funcionan como metáforas que se infieren a partir de evaluaciones continuas de niños individuales a lo largo del tiempo. Según Loeber (1991), una vía «define la secuencia y la ocasión de las continuidades y transformaciones del comportamiento y, de forma ideal, resume las relaciones probabilistas entre conductas sucesivas» (p. 98). Al delinear las vías de desarrollo, se deben considerar los siguientes aspectos: 1) vías diferentes pueden conducir a manifestaciones similares de la psicopatología (equifinalidad), y 2) vías iniciales similares puedan dar como resultado formas diferentes de disfunción (multifinalidad), dependiendo de la organización del sistema más amplio en el que tienen lugar.

Un ejemplo de una vía del desarrollo proviene de la investigación sobre el maltrato infantil. Es más probable que niños que han sufrido abusos físicos desarrollen apegos poco seguros, perciban las relaciones interpersonales como coercitivas y amenazantes, se vuelvan vigilantes, prestando atención, de forma selectiva, a señales hostiles, clasifiquen rápidamente a los demás como amenazantes o no amenazantes, y utilicen estrategias conductuales agresivas para solucionar problemas interpersonales (Wekerle y Wolfe, 1996). Estos niños poseen modelos de representación sobre las relaciones que son negativos, conflictivos e impredecibles. Suelen procesar la información social de manera sesgada y desarrollar problemas en las relaciones con los iguales que implican aislamiento social y el recha-

zo manifiesto por los iguales (Dodge, Pettit y Bates, 1994).

A partir de un contexto adulto, Lizardi et al. (1995) encontraron que adultos con distimia, de comienzo temprano, informaban sobre experiencias infantiles de mayor abuso sexual y físico, relaciones pobres con sus padres y madres, niveles inferiores de cuidado paterno y materno, y una mayor sobreprotección materna y paterna que en el caso de los sujetos control normales. Aunque los pacientes con depresión mayor ocasional informaban también de dificultades en la infancia, se diferenciaban de los controles normales sólo en términos de una historia de abuso sexual, la calidad de las relaciones con el padre y una sobreprotección materna. Debido a su naturaleza retrospectiva, estos hallazgos deben interpretarse con precaución; sin embargo, sugieren el modo en el que patrones tempranos de relación pueden estar asociados a diferentes vías de desarrollo, llevando a distintos trastornos afectivos.

La descripción de vías del desarrollo tiene muchas ventajas para la investigación de la etiología y las consecuencias de los trastornos infantiles y pueden sugerir también estrategias de intervención. Según Loeber (1991), estas ventajas son «intentos de captar las manifestaciones cambiantes y el fenotipo variable de un determinado trastorno a lo largo del tiempo» (p. 99). De esta forma, el estudio de las vías del desarrollo incluye consideraciones etiológicas, la evaluación de comorbilidades conforme aumentan con el tiempo y una sensibilidad ante distintas consecuencias.

#### 4.5. Riesgo y resistencia

Hasta la fecha, la mayoría de los estudios sobre psicopatología infantil se han centrado en las vías del desarrollo para los casos de desviación y desadaptación, excluyendo a los mismos para los casos de competencia y adaptación (Loeber, 1991; pero véase Rutter, 1994, y Rutter y Rutter, 1993, para excepciones). Sin embargo, una proporción significativa de niños con factores de riesgo no desarrolla problemas posteriores. De esta forma, existe un reconocimiento cada vez mayor sobre la necesidad

de examinar tanto los factores de riesgo como las condiciones que protegen de la disfunción a niños vulnerables y que conducen a una adaptación con éxito frente a la adversidad (Cicchetti y Garmezy, 1993).

Con este objetivo en mente, los investigadores han empezado a investigar a niños «resistentes». El concepto de resistencia (*resilience*), aunque no está claramente operacionalizado, se refiere normalmente a niños que: 1) tratan de evitar resultados negativos y/o logran resultados positivos a pesar de encontrarse en una situación de riesgo importante para el desarrollo de la psicopatología; 2) manifiestan competencia de forma mantenida bajo estrés, o 3) muestran recuperación del trauma. Al considerar la resistencia, es importante asegurarse de que dicha resistencia no sea definida como un atributo universal, categórico o fijo del niño. Un niño particular puede ser resistente en relación a estímulos estresantes específicos, pero puede ser vulnerable a otros. Además, la resistencia puede variar a lo largo del tiempo y a través de diferentes contextos.

El riesgo se define normalmente en términos de características del niño que se conoce están asociadas a resultados negativos, como el temperamento difícil o el trastorno disocial de inicio infantil. La definición de riesgo incluye también la exposición a condiciones ambientales extremas o desventajosas, como la pobreza o el abuso. Los niños específicos, que están predispuestos a desarrollar psicopatología y que muestran susceptibilidad a condiciones de desarrollo negativas bajo circunstancias de alto riesgo, se denominan «vulnerables».

La resistencia implica interacciones continuas entre una serie de factores de protección y/o de vulnerabilidad dentro del niño con el ambiente y con factores de riesgo específicos, en vez de ser una vía causal directa que conduce a un resultado determinado. Teniendo en cuenta que el mismo acontecimiento o la misma condición (por ejemplo, un temprano internamiento fuera de casa) puede funcionar como un factor de protección o de vulnerabilidad, dependiendo del contexto general en el que ocurre, los factores de protección o los factores de vulnerabilidad constituyen procesos en vez de absolutos.

La investigación ha identificado una serie de factores de protección y de vulnerabilidad dentro del niño, de la familia y de la comunidad, que se ha encontrado que influyen en las reacciones de los niños ante factores potenciales de riesgo o estímulos estresantes. Los factores comunes de riesgo que se han encontrado que afectan de manera adversa al niño incluyen tanto situaciones estresantes agudas como la adversidad crónica, así como acontecimientos tales como la pobreza, déficits graves en los cuidados recibidos, la psicopatología de los padres, la muerte de un familiar, desastres en la comunidad, no tener un techo, la descomposición de la familia y el estrés perinatal.

Dentro del niño, los factores de protección que se han identificado incluyen un fácil temperamento que hace que el niño sea atractivo y agradable para los demás, estrategias tempranas de afrontamiento que combinen la autonomía con la búsqueda de ayuda cuando la necesite, la elevada inteligencia y los logros académicos, la comunicación eficaz y las habilidades de solución de problemas, la autoestima positiva y la elevada autoeficacia.

A nivel familiar, los factores de protección incluyen la oportunidad de establecer una estrecha relación con, al menos, una persona que comprenda las necesidades del niño, la educación positiva, la disponibilidad de recursos (por ejemplo, cuidado del niño), un talento o afición que sea valorado por los adultos o los iguales, y creencias religiosas de la familia que proporcionen estabilidad y significado durante épocas de sufrimiento o adversidad. A nivel de la comunidad, los factores de protección incluyen relaciones extrafamiliares agradables con vecinos, iguales o mayores, un ambiente escolar eficaz con profesores que desempeñen modelos en un papel positivo y sean fuentes de apoyo, y el disponer de oportunidades en las transiciones principales de la vida (por ejemplo, educación en la edad adulta, servicio militar voluntario, participación en la comunidad o en la iglesia, un amigo que sirva de apoyo o una pareja).

De este modo, los patrones tempranos de adaptación tienen un impacto sobre la adaptación posterior, de un modo complejo y recíproco. Las condiciones adversas, las estrategias adaptativas tempranas y el

fracaso en superar con éxito las tareas evolutivas no conducen inevitablemente a una vía disfuncional fija e inmodificable. Por el contrario, numerosos factores, incluyendo encuentros y acontecimientos debidos al azar, pueden proporcionar puntos de inflexión que ayuden a un niño a cambiar a una trayectoria más adaptativa. Por supuesto, existen muchos acontecimientos y circunstancias que pueden desviar la trayectoria de desarrollo del niño hacia un comportamiento desadaptativo.

#### 4.6. Influencias contextuales

Messick (1983) alega que cualquier consideración de la psicopatología en la infancia tiene que tomar en cuenta tres conjuntos de variables contextuales: 1) el niño *como* contexto, que es la idea de que existen características, predisposiciones y rasgos únicos del niño que influyen sobre el curso del desarrollo; 2) el niño *del* contexto, que es la idea de que el niño procede de unos antecedentes con influencias de la familia, de los iguales, del aula, de los profesores, de la escuela, de la comunidad y de la cultura que están interrelacionadas, y 3) el niño *en* el contexto, que es la concepción de que el niño es un organismo dinámico y rápidamente cambiante y que la información obtenida en un momento dado o en un determinado contexto podría variar notablemente de la obtenida en otros momentos o en otras situaciones.

En los últimos años, ha habido un reconocimiento creciente de las transacciones recíprocas entre el niño en desarrollo y los múltiples contextos sociales y ambientales en los que tiene lugar el desarrollo (Boyce et al., 1998). Una consideración completa del contexto requiere prestar atención tanto a los acontecimientos próximos como a los distantes, a sucesos que impactan directamente sobre el niño en una situación específica en un momento determinado, a acontecimientos extrasituacionales que afectan al niño indirectamente (por ejemplo, el estrés laboral de uno de los padres) y a sucesos remotos en el tiempo que siguen afectando al niño por medio de su representación en la base de datos cognitiva/afectiva actual del niño.

## 5. LA DEFINICIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

El llegar a una definición precisa de la psicopatología infantil ha desafiado a investigadores y clínicos durante años. Y continúa habiendo una falta de consenso relativa a cómo debería definirse la psicopatología en los niños. Esta carencia de definiciones y criterios consensuados hace que las comparaciones de hallazgos en los diferentes estudios sea extremadamente difícil. Por ejemplo, niños descritos como «hiperactivos» en distintos estudios han variado ampliamente con respecto a sus síntomas y condiciones, gravedad del problema, comorbilidades y nivel de funcionamiento cognitivo (Barkley, 1997b).

En los últimos años, se han utilizado frecuentemente sistemas de diagnóstico estandarizados, como el DSM-IV (APA, 2000) y la CIE-10 (World Health Organization, 1992), para definir la psicopatología en los niños. Por supuesto, la progresiva utilización y aceptación de estos sistemas diagnósticos es, sin duda, una indicación del extendido acuerdo sobre la naturaleza fundamental de la psicopatología en niños o sobre los criterios específicos que deberían utilizarse para definir esa psicopatología. De distintas maneras, el incremento en la utilización de estos sistemas parece reflejar, por una parte, cierto grado de resignación por parte de investigadores y clínicos con respecto a la posibilidad de desarrollar un enfoque alternativo mejor y, por otra, un consenso creciente sobre la necesidad de lograr algún nivel de estandarización, aunque sea imperfecto, a la hora de definir los trastornos infantiles.

### 5.1. La psicopatología como dificultad para la adaptación

Algunos investigadores han identificado al fracaso o la dificultad para adaptarse como un tema común a la hora de definir la psicopatología infantil (Garber, 1984; Mash, 1998). El término *fracaso adaptativo* se ha utilizado de varias maneras para describir la desviación de un niño de las normas apropiadas a su edad, una exageración de tenden-

cias evolutivas normales, una interferencia en el progreso evolutivo normal o un fracaso en conseguir una función o un mecanismo evolutivos específicos. A pesar de las amplias variaciones en la terminología y en los mecanismos de explicación propuestos en las diferentes teorías, hay un acuerdo general de que la desadaptación representa una pausa, una regresión o una desviación en el desarrollo.

Si consideramos a la psicopatología infantil como una dificultad o fracaso adaptativos, es esencial conceptualizar e identificar las tareas evolutivas específicas que son importantes para los niños de varias edades y períodos de desarrollo y las numerosas variables contextuales que se derivan del, y rodean al, niño. A este respecto, el estudio de la psicopatología en niños y el estudio del desarrollo y del contexto son, para todos los intentos y propósitos, inseparables.

Garber (1984) ha subrayado la importancia de cuatro parámetros críticos a la hora de considerar si un determinado comportamiento será etiquetado como desviado en relación a aspectos evolutivos propios de una etapa determinada: 1) la intensidad, que se refiere a si la magnitud del comportamiento es excesiva o deficiente; 2) la frecuencia, que se refiere a la gravedad de la conducta problema o a cómo de a menudo ocurre o deja de ocurrir; 3) la duración, que se refiere a si las dificultades son transitorias y remiten de forma espontánea o si persisten a lo largo del tiempo; y 4) el número de síntomas diferentes y su configuración. La intensidad, frecuencia y duración del comportamiento del niño tienen que ser evaluadas con respecto a lo que se considera la norma para una edad determinada. Cada uno de estos parámetros es esencial para la investigación y la teoría y para la propia definición específica del fracaso adaptativo, la regresión, el estancamiento o la desviación.

## 5.2. El impacto del informador

El diagnóstico de psicopatología en niños es casi siempre un reflejo de las características y conductas tanto del niño como de los adultos importantes para el niño y de los profesionales. Se ha encontrado

variabilidad y desacuerdo de los informadores sobre las conductas problema en niños en investigaciones que utilizan entrevistas y listas de conductas problema. Por ejemplo, las madres a menudo informan de más problemas que los padres (Achenbach et al., 1991) y, en toda una serie de áreas, los profesores identifican más problemas que otras fuentes empleadas para evaluar la misma área.

El acuerdo/desacuerdo del informador se encuentra afectado por una serie de factores que incluyen la edad y el sexo del niño, la naturaleza del problema del que se informa (por ejemplo, internalizante versus externalizante) y el método de evaluación (por ejemplo, entrevista versus cuestionarios). Los desacuerdos entre informadores crean problemas metodológicos a la hora de interpretar los datos epidemiológicos cuando esos datos se obtienen de fuentes diferentes y también a la hora de llegar a determinados diagnósticos específicos en la investigación y en la práctica.

La forma de interpretar los desacuerdos entre informadores es otra cuestión crítica cuando se diagnostica una psicopatología. Por ejemplo, los desacuerdos pueden considerarse como: 1) un sesgo o error por parte de uno de los informadores; 2) evidencia de la variabilidad de la conducta del niño en las diferentes situaciones en las que es observado por otras personas; 3) falta de acceso a ciertos tipos de conducta (por ejemplo, acontecimientos privados) por parte del informador; 4) negación del problema, o 5) una distorsión activa de la información al servicio de algún objetivo (por ejemplo, exclusión defensiva, elección para un tratamiento).

Finalmente, la psicopatología de los padres podría tener su impacto sobre la descripción de los problemas de los niños. Por ejemplo, las madres deprimidas o que abusan de sus hijos podrían proporcionar descripciones exageradas o negativas de sus hijos. Por el contrario, los adultos rechazantes/evitativos suelen negar la presencia de problemas emocionales, incluso aunque los profesionales observen un elevado nivel de síntomas (Dozier y Lee, 1995). Estos últimos tipos de problemas a la hora de informar podrían darse con una alta probabilidad, teniendo en cuenta la falta de correspondencia entre la

expresión del malestar y la experiencia del mismo en muchas perturbaciones infantiles y adultas.

### 5.3. La comorbilidad

Un tema que tiene importantes implicaciones para la teoría y la investigación a la hora de definir y clasificar la psicopatología infantil es el de la *comorbilidad*. Ésta se refiere a la manifestación de dos o más trastornos cuya ocurrencia al mismo tiempo es mayor de la que se esperaría únicamente por azar. Por ejemplo, estudios epidemiológicos han encontrado que entre los niños diagnosticados con un TDAH, aproximadamente el 50 por 100 son también diagnosticados con un trastorno disocial (TD). Las tasas base para el TDAH y el TD en la población general son de menos del 10 por 100 para cada trastorno (Kazdin y Johnson, 1994). Se ha informado que la comorbilidad llega a alcanzar el 50 por 100 en muestras de la población e incluso mayores porcentajes en muestras clínicas (Bird et al., 1989). Algunos de los trastornos infantiles y adolescentes que ocurren simultáneamente con más frecuencia incluyen el TD y el TDAH, el autismo y el retraso mental, la depresión infantil y la ansiedad, y el síndrome de la Tourette y el TDAH.

Los investigadores han descrito varias razones por las que la comorbilidad podría realmente haber sido exagerada o producida artificialmente. En primer lugar, un sesgo de muestreo puede ocurrir cuando hay un número menor de individuos remitidos a las clínicas que el de quienes manifiestan un trastorno determinado. En esos casos, las muestras clínicas contendrían un número desproporcionadamente mayor de niños que manifiestan condiciones comórbidas. Este fenómeno ocurre porque la probabilidad de ser enviado a los servicios de salud mental es mayor para un niño con una condición comórbida que para otro con un solo trastorno. En segundo lugar, y relacionado con el tema del sesgo en el muestreo, se encuentran otros factores relativos al envío de pacientes que podrían inflar el grado de trastornos comórbidos entre muestras clínicas. Por ejemplo, podría ser más probable que los psicólogos clínicos y las clínicas que se especializan en el tratamiento de los casos más complicados

reciban pacientes en los que estén presentes las condiciones comórbidas. Además, es más probable que los niños con dificultades internalizantes, como la depresión, sean remitidos por sus padres o por el sistema escolar si muestran también síntomas externalizantes, en gran medida porque la fuente que remite a los pacientes considera a los problemas externalizantes como más perturbadores. En tercer lugar, la comorbilidad podría reflejar varias fuentes de confusión nosológica provenientes de la manera en que diferentes trastornos infantiles se han conceptualizado y organizado.

A pesar de los posibles artefactos contribuyentes a la comorbilidad, existen evidencias de que la «verdadera» comorbilidad existe (Rutter, 1994). Es posible que en el centro de cada trastorno se encuentren predisposiciones generales hacia el mismo y/o luchas por la adaptación, pero la forma como se expresa el fenotipo es contingente con una multitud de condiciones ambientales e interacciones persona-ambiente. En consistencia con esta idea, Lilienfeld, Waldman y Israel (1994) mantienen que la comorbilidad en los trastornos infantiles puede ser, en parte, una función del nivel de desarrollo, es decir, de los procesos subyacentes que todavía no han logrado una diferenciación total. Las diferentes tasas de comorbilidad según la edad podrían reflejar también el hecho de que la aparición de un trastorno o problema pudiera preceder a la aparición del otro, como, por ejemplo, en el caso de la ansiedad que precede a la depresión o de la impulsividad que precede a los problemas de atención.

En resumen, parecería que algunos casos de comorbilidad podrían ser el resultado de la ambigüedad en la definición empleada para un trastorno o de cuestiones metodológicas/artefactos, mientras que otros reflejan una verdadera ocurrencia de dos o más trastornos. El hecho de que muchos trastornos infantiles frecuentemente ocurran al mismo tiempo tiene importantes implicaciones con respecto a cómo se conceptualiza la psicopatología infantil. La complejidad de la comorbilidad obliga a los investigadores a ir más allá de modelos específicos y a examinar vías, etiologías y expresiones múltiples de la disfunción infantil.

## 6. CLASIFICACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Los sistemas de clasificación formal e informal que se han empleado para categorizar las distintas formas de psicopatología infantil juegan un papel central en el modo de conceptualizar los trastornos y en determinar los aspectos prácticos relativos a la intervención, el entrenamiento profesional y las decisiones para conseguir ayuda financiera. No es sorprendente, por tanto, que las discusiones sobre esquemas de clasificación y procedimientos específicos de diagnóstico conduzcan a menudo a acalorados debates (Adelman, 1995; Jensen y Hoagwood, 1997). Aunque hay un acuerdo general con respecto a la necesidad de un sistema de clasificación para los trastornos infantiles, los principales temas de controversia incluyen qué trastornos deberían incluirse en el sistema, cuáles son las mejores estrategias para organizar y agrupar los trastornos, y qué criterios específicos deberían emplearse para definir un trastorno particular (Achenbach, 1985; Mash y Terdal, 1997).

### 6.1. Síntomas individuales

Se han desarrollado listas específicas y generales de problemas conductuales para enumerar los síntomas infantiles individuales (por ejemplo, *Child Behavior Checklist*, Achenbach et al., 1991; *Children's Depression Inventory*; Kovacs y Beck, 1977). Se ha encontrado que los problemas emocionales y conductuales individuales (por ejemplo, los síntomas) que caracterizan la mayor parte de las formas de la psicopatología infantil ocurren en casi todos los niños en uno u otro momento durante el desarrollo. Por ejemplo, Achenbach et al. (1991) encontraron que aunque los niños enviados a tratamiento puntuaban más alto que niños no enviados en 209 de los 216 problemas evaluados por los padres, sólo 9 de los 209 ítems mostraban efectos relativos al estatus clínico que eran considerados importantes (explicando más del 13,8 por 100 de la variancia), según los criterios especificados por

Cohen (1988). Incluso los síntomas individuales que mejor discriminaban entre niños remitidos y no remitidos para tratamiento son comportamientos relativamente frecuentes que ocurren en cierta medida en todos los niños (por ejemplo, la desobediencia en la escuela, el desafío). Además, la mayoría de las conductas problema individuales (aproximadamente el 90 por 100 de las que aparecen en las listas de conductas problema) no discriminan, por sí mismas, entre grupos de niños clínicos y no clínicos. Los ítems que no discriminan incluyen conductas que son relativamente frecuentes (por ejemplo, presumir, gritar) y conductas que ocurren con menos frecuencia (por ejemplo, prender fuego, hacer sus necesidades fuera del cuarto de baño).

De este modo, cuando se consideran, de forma aislada, los comportamientos o síntomas específicos, muestran poca correspondencia con la adaptación actual general del niño o con comportamientos posteriores. Así, características de los síntomas como la adecuación a la edad, la agrupación y el seguir un patrón, son mejores indicadores de la psicopatología infantil que la simple presencia de síntomas individuales.

### 6.2. Diagnóstico y clasificación

Los enfoques más frecuentes para la clasificación y conceptualización de la psicopatología infantil son: 1) los enfoques *dimensionales*, que se centran en grupos de síntomas o en síndromes obtenidos a partir de listas de problemas (por ejemplo, el *Child Behavior Checklist and Profile*; Achenbach, 1993), y 2) los enfoques *categoriales*, que emplean criterios diagnósticos predeterminados para definir la presencia o ausencia de un(os) trastorno(s) específico(s) (por ejemplo, DSM-IV-TR; APA, 2000 y CIE-10; World Health Organization, 1992).

Además, se han propuesto enfoques de clasificación alternativos y/o derivados con el fin de abordar las deficiencias percibidas asociadas con el empleo de enfoques dimensionales y categoriales. Aquellos incluyen enfoques con base evolutiva (Clementz y Iacono, 1993; Garber, 1984), el uso de medidas con

base en la actuación (Kazdin y Kagan, 1994), una clasificación de prototipos (Cantor, Smith, French y Mezzich, 1980), y una clasificación conductual con base en los excesos y déficits conductuales y en un defectuoso control del estímulo (Adams, Doster y Calhoun, 1977; Kanfer y Saslow, 1969; Mash y Hunsley, 1990). Desafortunadamente, estos enfoques alternativos suelen estar subdesarrollados, sin estandarización, y no han sido aceptados o utilizados ampliamente en la investigación o en la práctica. En la siguiente discusión, proporcionaremos una breve revisión de los enfoques dimensionales y categoriales.

### 6.3. Dimensiones de la psicopatología infantil

El primer enfoque para clasificar y diagnosticar la psicopatología infantil identifica los grupos de síntomas o «síndromes» obtenidos por medio de procedimientos estadísticos multivariados, como el análisis factorial o el análisis de conglomerados. Los enfoques dimensionales de la clasificación de la psicopatología infantil suponen que hay una serie de dimensiones o rasgos de la conducta independientes y que todos los niños los poseen en distintos grados. Se han identificado dos amplias dimensiones de la psicopatología infantil, los problemas debidos a un bajo control o *externalizantes* y los problemas debidos a un elevado control o *internalizantes* (Reynolds, 1992). La dimensión externalizante incluye conductas dirigidas hacia los demás, mientras que la dimensión internalizante describe sentimientos o estados que normalmente son considerados como dirigidos hacia el interior.

Las dos amplias dimensiones de trastornos externalizantes e internalizantes engloban también síndromes o subdimensiones específicas. Algunas de estas subdimensiones de la psicopatología infantil que se han identificado frecuentemente en la investigación incluyen: aislamiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva y conducta agresiva (Achenbach, 1993).

Los esquemas de clasificación dimensional están derivados empíricamente y, de esta forma, son más objetivos y potencialmente más fiables que los sistemas de clasificación derivados de la clínica. Sin embargo, existen una serie de problemas asociados con su empleo, incluyendo la dependencia de las dimensiones derivadas del muestreo, el método y las características del informador, y de la edad y el sexo del niño. Esto puede llevar a dificultades para integrar la información obtenida a partir de diferentes métodos, informadores, a lo largo del tiempo y a través de las situaciones. Los enfoques dimensionales han mostrado también una falta de sensibilidad ante las influencias del contexto, aunque ha habido algunos esfuerzos recientes para desarrollar esquemas de clasificación dimensionales basados en conjuntos de ítems que incluyen el contenido situacional (por ejemplo, McDermott, 1993).

### 6.4. Categorías de la psicopatología infantil

Existen numerosos sistemas de clasificación de los trastornos infantiles que confían en un enfoque categorial, incluyendo sistemas desarrollados por el Grupo para el Avance de la Psiquiatría (Group for the Advancement of Psychiatry, 1974), por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, ICD-10, 1992), por la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, 2000), y por el Centro Nacional 0-3 para Programas Clínicos Infantiles (Zero to Three National Center for Clinical Infant Programs, DC:0-3, 1994). Se presentará el Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) con el fin de ilustrar temas asociados con los enfoques categoriales, el creciente interés por esquemas de clasificación más fiables para los trastornos infantiles y los conceptos en desarrollo sobre los trastornos infantiles que han surgido en el último medio siglo.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) es un sistema de diagnóstico multiaxial que incluye cinco diferentes ejes. El Eje I se utiliza para diagnosticar los

TABLA 1.1

*Categorías del DSM-IV-TR para los trastornos de aprendizaje y del desarrollo de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*

<p><i>Retraso mental</i></p> <p>Leve, moderado, grave, profundo, gravedad no especificada.</p> <p><i>Trastornos del aprendizaje</i></p> <p>Trastorno de la lectura.</p> <p>Trastorno del cálculo.</p> <p>Trastorno de la expresión escrita.</p> <p>Trastorno del aprendizaje no especificado.</p> <p><i>Trastorno de las habilidades motoras</i></p> <p>Trastorno del desarrollo de la coordinación.</p> <p><i>Trastornos de la comunicación</i></p> <p>Trastorno del lenguaje expresivo.</p> <p>Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.</p> <p>Trastorno fonológico.</p> <p>Tartamudeo.</p> <p>Trastorno de la comunicación no especificado.</p> <p><i>Trastornos generalizados del desarrollo</i></p> <p>Trastorno autista.</p> <p>Trastorno de Rett.</p> <p>Trastorno desintegrador infantil.</p> <p>Trastorno de Asperger.</p> <p>Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.</p>
--

*Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.* El Eje II incluye los *Trastornos de la personalidad y el retraso mental*. Los restantes ejes se refieren a *Enfermedades médicas* (Eje III), a *Problemas ambientales y psicosociales* (Eje IV) y a la *Evaluación global del funcionamiento* (Eje V).

Las categorías del DSM-IV-TR que se aplican a los niños se incluyen en las tablas 1.1 a la 1.4. Muchos de estos trastornos se describirán en los distintos capítulos de este libro. Las tablas 1.1 y 1.2 enumeran las categorías del DSM-IV-TR para trastornos que normalmente se han diagnosticado como de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Tradicionalmente se ha considerado que estos trastornos aparecen inicialmente en la niñez o que son

TABLA 1.2

*Categorías del DSM-IV-TR para otros trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*

<p><i>Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador</i></p> <p>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</p> <p>Tipo con predominio del déficit de atención.</p> <p>Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.</p> <p>Tipo combinado.</p> <p>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.</p> <p>Trastornos por comportamiento perturbador</p> <p>Trastorno disocial.</p> <p>Trastorno negativista desafiante.</p> <p>Trastorno por comportamiento perturbador no especificado.</p> <p><i>Trastornos de la ingesta en la infancia o la niñez</i></p> <p>Pica.</p> <p>Trastorno por rumiación.</p> <p>Trastorno de la ingesta en la infancia o la niñez no especificado.</p> <p><i>Trastornos por tics</i></p> <p>Trastorno de la Tourette.</p> <p>Trastorno por tics motores o vocales crónicos.</p> <p>Trastorno por tics transitorios.</p> <p>Trastorno por tics no especificado.</p> <p><i>Trastornos de la eliminación</i></p> <p>Encopresis.</p> <p>Enuresis.</p> <p><i>Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia</i></p> <p>Trastorno por ansiedad de separación.</p> <p>Mutismo selectivo.</p> <p>Trastorno por apego reactivo de la infancia o la niñez.</p> <p>Trastorno de movimientos estereotipados.</p> <p>Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.</p>
---

exclusivos de la niñez. Además, se considera que estos trastornos requieren criterios operacionales diferentes a los que se utilizan para definir los trastornos en los adultos. Estas categorías incluyen trastornos del aprendizaje y del desarrollo, como el



retraso mental, trastornos generales del desarrollo (por ejemplo, trastorno autista), problemas específicos relativos a la lectura y al cálculo, y problemas de la comunicación.

La tabla 1.3 enumera trastornos que pueden diagnosticarse en los niños (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad), pero que no se consideran trastornos distintivos o que requieran criterios diagnósticos que sean muy diferentes de los utilizados para los adultos. Hasta cierto punto, la distinción del DSM-IV-TR entre categorías infantiles y adultas es arbitraria y puede

TABLA 1.3

*Categorías seleccionadas para trastornos de la niñez o la adolescencia que no están enumerados de forma separada en el DSM-IV-TR como los de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*

*Trastornos del estado de ánimo*

Trastornos depresivos.

Trastorno depresivo mayor.

Trastorno distímico.

Trastornos bipolares.

*Trastornos de ansiedad*

Fobia específica, Fobia social, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Trastornos de pánico, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno por estrés agudo, Trastorno de ansiedad debido a... (enfermedad médica específica).

*Trastornos somatoformes*

*Trastornos facticios*

*Trastornos disociativos*

*Trastornos sexuales y de identidad de género*

*Trastornos de la alimentación*

*Trastornos del sueño*

*Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*

*Trastornos relativos al consumo de sustancias psicoactivas*

*Trastornos del control de impulsos*

*Trastornos de adaptación*

*Trastornos de la personalidad*

reflejar, en realidad, el escaso conocimiento que se tiene sobre la continuidad entre los trastornos infantiles y adultos, más que la existencia de trastornos cualitativamente diferentes. La cuestión de si hay una necesidad de criterios diagnósticos separados para los niños comparados con los adultos o si se pueden utilizar los mismos criterios adaptándolos al nivel apropiado de desarrollo, variará probablemente con el trastorno específico que se considere.

Finalmente, la tabla 1.4 enumera las categorías del DSM-IV-TR para otros problemas que no se definen como trastornos mentales, pero que pueden ser objeto de atención clínica durante la infancia. Las categorías que se incluyen son las que parecen especialmente relevantes para los niños, puesto que enfatizan los problemas de relación, el maltrato y las dificultades académicas y de adaptación.

En comparación con versiones anteriores del sistema de diagnóstico del DSM, el actual DSM-IV-TR (aunque sin apenas cambios con respecto al

TABLA 1.4

*Categorías seleccionadas del DSM-IV-TR para otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica durante la niñez y que no están definidos como trastornos mentales*

*Problemas de relación*

Problema de relación asociado a un trastorno mental o una enfermedad médica.

Problemas de relación padres-hijo/a.

Problemas de relación con los iguales.

Problemas de relación con los hermanos.

Problema de relación no especificado.

*Problemas relacionados con el abuso o la desatención*

Abuso físico del niño.

Abuso sexual del niño.

Desatención del niño.

*Duelo*

*Capacidad intelectual límite*

*Problemas académicos*

*Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia*

*Problema de identidad*

DSM-IV) presenta numerosas mejoras con respecto a los anteriores DSM, incluyendo un mayor énfasis en la investigación empírica y conjuntos de criterios diagnósticos y algoritmos más explícitos. Sin embargo, ha habido también una serie de críticas de este sistema de diagnóstico (Scotti et al., 1996). Una de las principales críticas se refiere a la naturaleza estática de las categorías del DSM, especialmente a la luz de la naturaleza dinámica del desarrollo infantil (Mash y Dozois, 1996). Otra fuente de insatisfacción es que el esquema de categorías del DSM-IV-TR podría tener una contribución mínima a la hora de satisfacer las necesidades de los niños. Es decir, puede que un niño necesite cumplir criterios diagnósticos específicos para ser diagnosticado de un trastorno del aprendizaje con el fin de ser incluido en una clase de educación especial. Sin embargo, si los problemas del niño son de naturaleza subclínica, o si dichos problemas se refieren a más de una categoría del DSM, le pueden denegar esos servicios (Achenbach, 1990). Otra crítica hacia el DSM-IV-TR se refiere a la formulación y a la falta de adecuación empírica de determinados grupos de criterios. Por ejemplo, las palabras «a menudo» en los criterios del TDAH y del trastorno disocial o «persistente» y «recurrente» en los criterios del trastorno por ansiedad de separación no están definidas claramente. Esta falta de claridad es especialmente problemática cuando se considera que la principal fuente de información evaluadora se centra, a menudo, en los padres del niño, cuya percepción y comprensión de tales términos podría ser idiosincrásica o imprecisa).

Finalmente, existe una clara falta de énfasis sobre los factores situacionales o contextuales que circundan y ejercen su contribución en diferentes trastornos del DSM-IV-TR debido al hecho de que los trastornos mentales continúan considerándose como psicopatología individual o como un riesgo para adquirir una psicopatología, más que en términos de problemas de adaptación psicosocial. La consideración, en el DSM-IV-TR, de factores tales como la cultura, la edad y el género asociados a la expresión de cada trastorno es encomiable, como lo es también el creciente reconocimiento de la importancia de los problemas familiares y de las dificultades de relación fuera de la familia.

Hasta la fecha, no existe ningún esquema de clasificación de los trastornos infantiles sobre el que se haya establecido una adecuada fiabilidad y validez. Muchos clínicos e investigadores continúan expresando su preocupación de que los sistemas actuales de clasificación y diagnóstico: 1) presentan menos trastornos de los existentes en la infancia y la niñez; 2) representan de forma inadecuada las interrelaciones y el solapamiento que existen entre muchos de los trastornos infantiles, y 3) no son lo suficientemente sensibles con respecto a los parámetros evolutivos, contextuales y de relación que se sabe caracterizan la mayoría de las formas de psicopatología en los niños.

## 7. EL TRATAMIENTO DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Como queda claro de la discusión anterior, los trastornos infantiles representan una importante preocupación social. Aunque se ha dado un progreso sustancial en nuestra conceptualización y clasificación de la psicopatología infantil en los últimos años, hay muchas cosas que quedan por hacer. Nos centraremos ahora en una descripción del tratamiento de los trastornos infantiles. Revisaremos, en primer lugar, algunas de las cuestiones de evaluación que son básicas para el tratamiento de los trastornos infantiles, con un énfasis especial en la evaluación conductual-sistémica. Luego, presentaremos un marco organizativo orientado a proporcionar directrices para la selección de estrategias de tratamiento. Finalmente, describiremos investigaciones que se han centrado en el desarrollo y en la evaluación de tratamientos infantiles.

### 7.1. La evaluación de los trastornos infantiles

Los niños son remitidos a los profesionales a causa de numerosos y variados problemas conductuales, psicológicos, sociales, físicos y de aprendizaje. La evaluación es el primer paso básico para la identificación de los problemas infantiles y para la selección de una estrategia apropiada de tratamiento.

to. Sin embargo, la evaluación no termina con la puesta en práctica de una estrategia de tratamiento. Por el contrario, se debe considerar mejor como parte de un proceso continuo de toma de decisiones/solución de problemas.

Mash y Terdal (1997) describen la evaluación conductual del niño y la familia como una serie de estrategias de solución de problemas intentando comprender tanto a los niños con problemas y sin problemas como a sus sistemas sociales, incluyendo sus familias y grupos de iguales. Estas estrategias emplean un proceso flexible y continuo de comprobación de hipótesis sobre la naturaleza del problema, las causas, los probables resultados en ausencia de una intervención y los efectos anticipados de distintos tratamientos. Esta comprobación de hipótesis se deriva de los principios, teorías generales y técnicas de la evaluación psicológica (Anastasi y Urbina, 1997; Sattler, 1992, 1997); de una comprensión del desarrollo de la familia y el niño normal (Mussen, 1983); y del conocimiento de poblaciones de niños y familias que muestran tipos similares de problemas, incluyendo la información sobre la incidencia, prevalencia, características evolutivas, factores biológicos y parámetros del sistema (Mash y Barkley, 1996).

Existen una serie de características conceptuales, estratégicas y de procedimiento de las evaluaciones conductuales-sistémicas que ocurren con frecuencia y que acontecen en el contexto del tratamiento de trastornos infantiles desde una perspectiva cognitivo-conductual. Dichas características incluyen las siguientes.

1. Un énfasis sobre los conceptos de personalidad y conducta anormal que da un peso relativamente mayor a los pensamientos, sentimientos y conductas del niño, conforme ocurren en situaciones específicas, que a las disposiciones o rasgos globales subyacentes.
2. Un enfoque predominantemente ideográfico e individualizado de la evaluación, con un énfasis relativamente mayor en la comprensión de la familia y del niño individual más que en las comparaciones nomotéticas que describen a los individuos en relación a las normas de los grupos.

3. El centrar la atención en el papel de las influencias situacionales y contextuales sobre el comportamiento y un énfasis en la necesidad de comprender estas influencias cuando se diseñan tratamientos eficaces.
4. Un énfasis evolutivo, que incluye un reconocimiento de los cambios a lo largo del tiempo y reorganizaciones que caracterizan a menudo la conducta, cogniciones y emociones del niño y la familia.
5. Un enfoque orientado hacia los sistemas, abarcando las características de los niños y las familias, los contextos en los que se manifiestan estas características y las organizaciones estructurales y relaciones funcionales que existen entre las situaciones y las conductas, pensamientos y emociones.
6. El empleo de un enfoque multimétodo que implica el uso flexible de diferentes informadores y una variedad de procedimientos, incluyendo observaciones, entrevistas y cuestionarios.
7. Un énfasis primordial en la información, obtenida por medio de la evaluación, que sea directamente relevante para el tratamiento, incluyendo actividades tales como establecer objetivos y metas para la intervención, elegir, diseñar o llevar a cabo intervenciones y evaluar los resultados de la terapia.
8. Un enfoque dinámico y autorrevisable de evaluación, siendo determinada la necesidad de evaluaciones posteriores, en parte, por la eficacia de los métodos a la hora de facilitar los resultados deseados del tratamiento.

## 7.2. Consideraciones en la evaluación infantil

Aunque la evaluación infantil comparte muchos aspectos en común con la evaluación de los adultos, la naturaleza singular de la infancia y sus trastornos necesitan que se considere una serie de cuestiones conceptuales, metodológicas y prácticas. En primer

lugar, se debe tener en cuenta que los niños participan en situaciones múltiples y variadas, incluyendo la familia, la guardería, la escuela y grupos de iguales formales e informales. Dentro de cada una de estas situaciones globales existen numerosas situaciones específicas. Así, cada evaluación tiene que incluir un análisis multisituacional. Además, uno de los objetivos de la evaluación consiste en determinar qué aspectos del funcionamiento de un niño son exclusivos de contextos específicos y cuáles son transituacionales. En segundo lugar, y muy relacionado con el primer aspecto, se deben emplear múltiples informantes, con el fin de obtener un amplio conocimiento de la naturaleza de los problemas del niño. Aunque necesario, la utilización de múltiples informantes puede llevar a problemas de interpretación si existe una amplia variabilidad entre los mismos e importantes desacuerdos con respecto a las conductas problema.

Una tercera consideración en la evaluación de los trastornos infantiles se refiere a la selección de objetivos para la evaluación. Dada la complejidad de los problemas infantiles, así como las múltiples situaciones en las que funcionan los niños, la evaluación de éstos y sus familias implica múltiples objetivos, incluyendo estados somáticos y fisiológicos, conductas, cogniciones y afectos. Sin embargo, con el fin de conseguir que la evaluación sea relevante y manejable, se necesitan reglas de decisión para la selección de objetivos relevantes para la evaluación y la intervención. Igualmente, cuando se considera el número potencialmente infinito de variables, y sus interacciones, que podría evaluarse, parecen necesarias reglas de decisión empíricamente validadas para determinar qué factores deberían evaluarse a través de qué métodos y qué factores no deberían serlo.

Finalmente, la generalidad del cambio evolutivo y la variación situacional en los niños sugieren la necesidad de evaluar patrones de comportamiento a lo largo del tiempo, así como consistencias situacionales más globales en la familia, la vecindad, la comunidad y la cultura. Relacionado con este tema se encuentra el tener en cuenta la naturaleza del desarrollo en la infancia, es decir, los rápidos e irregulares cambios evolutivos que tienen lugar en los niños.

La discusión anterior ha sido necesariamente breve. Se aconseja a los lectores que consulten los siguientes libros o capítulos de libro para una discusión más detallada sobre los modelos conceptuales subyacentes y los métodos característicos de la evaluación cognitivo-conductual, en general (por ejemplo, Bellack y Hersen, 1998; Ciminero, Calhoun y Adams, 1986; Mash y Hunsley, 1990; Nelson y Hayes, 1986) y la evaluación cognitivo-conductual del niño y la familia, en particular (por ejemplo, Bornstein y Van den Pol, 1985; Mash y Terdal, 1997; Ollendick y Hersen, 1984).

### **7.3. Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos infantiles**

Existe un gran número y una enorme diversidad de tratamientos para niños y familias (Hibbs y Jensen, 1996; Johnson, Rasbury y Siegel, 1997; Kratochwill y Morris, 1993; Mash y Barkley, 1998; Morris y Kratochwill, 1998; Walker y Roberts, 1992), con algunas estimaciones conservadoras enumerando más de 200 variedades diferentes de intervenciones psicosociales únicamente (Kazdin, 1988). Aunque muchos terapeutas infantiles y de familia identifican su enfoque terapéutico como «eclectico», el empleo de estrategias conductuales y cognitivo-conductuales es especialmente predominante en los casos de niños y familias, con el 50 por 100 o más de todos los psicólogos clínicos infantiles y pediátricos identificados con estas orientaciones (O'Leary, 1984).

## **8. LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA NIÑOS**

En los últimos años se ha producido una creciente demanda de tratamientos respaldados empíricamente para adultos y para niños. En respuesta a este movimiento, el número de investigaciones sobre tratamiento, con grupo control, para un amplio rango de trastornos infantiles ha aumentado

enormemente, aunque este número queda en evidencia si lo comparamos con la cantidad de estudios sobre psicoterapia de adultos (Hibbs y Jensen, 1996). En esta sección revisaremos, en primer lugar, la evidencia empírica relativa a la eficacia general de la psicoterapia con niños, seguida por la consideración de la eficacia de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales en niños.

Se han llevado a cabo varias revisiones metaanalíticas amplias sobre estudios de tratamiento con niños (Casey y Berman, 1985; Kazdin, Bass, Ayers y Rodgers, 1990; Weisz, Weiss, Alicke y Klotz, 1987; Weisz, Weiss, Han, Granger y Morton, 1995), así como revisiones metaanalíticas más centradas en la terapia cognitivo-conductual (Durlak et al., 1991). Un panorama general reciente de estas revisiones ha sido presentado por Weisz (1998) y Weisz y Weiss (1993). Los hallazgos principales se resumen seguidamente (Kazdin, 1996, p. 11):

1. Los cambios conseguidos por los niños que reciben psicoterapia son mayores que los de los niños que no reciben terapia. Este resultado ha sido consistente en las distintas revisiones.
2. Los tamaños de los efectos medios de tratamiento comparados con la falta de tratamiento se encuentran entre 0,7 y 0,8 a lo largo de un amplio rango de técnicas de tratamiento, problemas y edades. Estos tamaños del efecto son comparables a los que se han encontrado en adultos y están en el rango considerado habitualmente como «grande».
3. Los efectos del tratamiento no han demostrado ser diferentes, de forma fiable, para trastornos internalizantes (por ejemplo, depresión, ansiedad, aislamiento social) versus externalizantes (por ejemplo, TDAH, trastorno disocial)
4. Los efectos del tratamiento suelen ser duraderos, siendo los efectos evaluados en el seguimiento similares a los encontrados inmediatamente después del tratamiento. En general, los intervalos de seguimiento tienen una media de 6 meses, aproximadamente.
5. Los tamaños del efecto del tratamiento son, aproximadamente, el doble para problemas que son objetivo del tratamiento, de forma específica, que los cambios en áreas no específicas del funcionamiento. Esto sugiere que los tratamientos producen efectos concretos (por ejemplo, disminución de la ansiedad) más que efectos globales o inespecíficos (por ejemplo, sentirse bien).

Además de los análisis de amplia base, se encuentran los metaanálisis que examinan tipos de tratamiento más concretos (por ejemplo, conductual versus no conductual). En general, los tipos de tratamiento, o técnicas individuales dentro de una clase determinada de tratamientos, no varían de forma consistente en su eficacia relativa. Sin embargo, las diferencias encontradas han favorecido a los tratamientos cognitivos y conductuales en comparación a los tratamientos no conductuales, como el asesoramiento centrado en el cliente o la terapia orientada hacia el interior (*insight-oriented therapy*) (Weisz et al., 1995). No obstante, estos hallazgos se han cuestionado desde bases conceptuales y metodológicas. Por ejemplo, Weisz et al. (1987) emplearon el metaanálisis para investigar la eficacia de la psicoterapia con niños y adolescentes. Examinaron 108 estudios sobre tratamiento, bien diseñados, con participantes de edades entre 4 y 18 años. Los hallazgos indicaron que, en promedio, los chicos tratados se encontraban mejor adaptados que el 79 por 100 de los no tratados. Estos análisis indican también que los tratamientos conductuales (tamaño medio del efecto = 0,88) eran más eficaces que los tratamientos no conductuales (tamaño medio del efecto = 0,42), independientemente de la edad del paciente, la experiencia del terapeuta o el tipo de problema tratado. Sin embargo, cuando se excluían las comparaciones en las que la medida utilizada para la evaluación de los resultados era similar al procedimiento de tratamiento, esta diferencia no era significativa. Weisz et al. reintrodujeron entonces en su análisis aquellos estudios en los que la inclusión de esas medidas de los resultados del tratamiento era considerada como una prueba apropiada y encontraron, de nuevo, que los procedimientos

conductuales eran superiores. Estos autores concluyeron que, en general, los enfoques conductuales son más eficaces que los enfoques no conductuales a la hora de tratar niños.

Como han señalado Kazdin y Weisz (1998), el metaanálisis no es una técnica infalible. Una importante limitación es que el tamaño global del efecto obtenido por medio de cualquier metaanálisis es limitado por los estudios que se incluyen en el mismo. Por ejemplo, los metaanálisis han incluido, normalmente, a la mayoría de los estudios que incluyen comparaciones de grupos. De esta forma, dicho criterio de selección conduce, probablemente, a una infraestimación del éxito comprobado de los procedimientos cognitivo-conductuales con niños en el caso de estudios que emplean diseños de investigación de sujeto único (por ejemplo, Barlow y Hersen, 1984; Kazdin, 1998). Una excepción es un reciente metaanálisis sobre intervenciones en la escuela para el TDAH que incluye estudios entre sujetos, intra-sujetos y de caso único (DuPaul y Eckert, 1997). El tamaño del efecto promedio para los procedimientos de control de las contingencias era de 0,6 para los diseños entre sujetos, cerca de 1 para los diseños intrasujetos y aproximadamente del 1,4 para los diseños de caso único.

Aunque los hallazgos metaanalíticos sugieren que la psicoterapia, en general, y los enfoques conductuales y cognitivo-conductuales, en particular, son eficaces para tratar a los niños, hay una serie de importantes advertencias. Weisz y colaboradores (véase Weisz y Weiss, 1993; Kazdin y Weisz, 1998) han señalado una serie de distinciones importantes entre la terapia de investigación (por ejemplo, la terapia tal como se lleva a cabo en los estudios de laboratorio) y la terapia clínica (por ejemplo, la terapia infantil tal como se practica en las clínicas) que afectan a la generalización automática de las conclusiones desde los estudios de investigación hasta la terapia clínica. Comparada con la terapia de investigación, la terapia clínica se lleva a cabo normalmente con casos más graves (algunos de los cuales son obligados a acudir a tratamiento), se dirige a un conjunto heterogéneo de problemas y de niños, se centra en múltiples problemas y objetivos, y se lleva a cabo en la clínica o en el hospital por

terapeutas profesionales con amplia experiencia. En general, la terapia clínica está habitualmente menos estructurada, es más flexible y utiliza más métodos no conductuales, como los enfoques psicodinámicos y eclécticos.

En contraste con los hallazgos metaanalíticos de la terapia de investigación, como se han descrito anteriormente, análisis similares realizados para nueve estudios de terapia clínica produjeron tamaños del efecto mínimos que van desde  $-0,40$  a  $+0,29$ , con un tamaño del efecto promedio a lo largo de estudios de  $0,01$  (Weisz, Donenberg, Han y Weiss, 1995). Estos y otros hallazgos sugieren que los servicios convencionales para niños podrían ser de una eficacia limitada y que la integración de estas intervenciones dentro de sistemas de salud más coordinados muestra también un respaldo mínimo de los efectos beneficiosos del tratamiento. Sin embargo, generalmente se reconoce que los estudios sobre los resultados de la terapia infantil en lugares donde normalmente se lleva a cabo son escasos y que sería prematuro sacar conclusiones a partir de los hallazgos de los estudios realizados en la clínica y en la comunidad, hasta que se encuentren disponibles más datos empíricos sobre la terapia en la práctica.

Existe una clara necesidad de información adicional sobre la eficacia de formas convencionales de tratamiento para los niños. Sin embargo, como señalan Kazdin (1997) y Weisz (1998), no se trata sólo de que se necesite más investigación, sino que también es preciso un tipo diferente de investigación, una investigación que se centre en las condiciones bajo las que normalmente se realiza la terapia para niños y en las terapias utilizadas más a menudo en la clínica. Si las investigaciones sistemáticas sobre los tratamientos convencionales continúan indicando una eficacia mínima, será necesaria una mayor atención con respecto a la amplia discrepancia entre la terapia de investigación y la terapia clínica. En otras palabras, la «exportabilidad» de terapias de investigación eficaces podría ser prematura, si consideramos que las condiciones bajo las que se han evaluado las terapias cognitivo-conductuales son muy diferentes de aquellas en las que la terapia se lleva a cabo normalmente en las

clínicas (véase Kazdin y Weisz, 1998, para una discusión de varios ejemplos prometedores de tratamientos empíricamente respaldados). Como señaló Weisz (1998), los tratamientos empíricamente respaldados necesitan sacarse del laboratorio y evaluarse en la práctica clínica antes de que pueda evaluarse su generabilidad.

La evaluación de los tratamientos cognitivo-conductuales para niños se complica por el hecho de que a menudo se utilizan amplias intervenciones cognitivo-conductuales con múltiples elementos. Así, puede ser difícil evaluar la eficacia de componentes específicos dentro de esos paquetes multimodales. Además, la investigación sobre la eficacia necesita tener en cuenta el hecho de que diferentes aspectos del ambiente del niño están implicados en, y pueden ser afectados por, el tratamiento. De este modo, podrían ocurrir cambios en el niño y en los otros sistemas en los que el niño funciona (por ejemplo, efectos de desbordamiento). Por ejemplo, conforme el niño se siente más competente y menos evitativo, las percepciones de los padres sobre las capacidades de su hijo cambian también. Como resultado, los padres podrían empezar a responder de forma diferente a su hijo y sus sentimientos y su funcionamiento podrían mejorar. Además, a la luz de los rápidos cambios que tienen lugar durante la infancia, los tratamientos que producen efectos a corto plazo son, probablemente, menos importantes a la hora de intervenir en los trastornos infantiles que cuando se trata de adultos. En consecuencia, se necesitan más estudios sobre la adaptación a largo plazo después del tratamiento, aunque esos estudios son difíciles de llevar a cabo.

Finalmente, y quizá lo más importante, las reclamaciones generales con respecto a la eficacia general de las terapias cognitivo-conductuales para niños y familias tienen poco sentido. Como han señalado Bornstein, Kazdin y McIntyre (1985), «la terapia de conducta no es un enfoque monolítico, monometodológico. El área incorpora, de forma amplia, diversos métodos y técnicas con diferente eficacia. Para sacar conclusiones razonables, tenemos que examinar la literatura individual para cada técnica, tal como se aplica a problemas específicos» (p. 837).

[Reconocimiento: Durante la redacción de este capítulo, el trabajo de Eric Mash estaba apoyado parcialmente por una Killam Resident Fellowship.]

## REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1990): Conceptualization of developmental psychopathology. En M. Lewis y S. M. Miller (dirs.), *Handbook of developmental psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Achenbach, T. M. (1993): *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF, and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1981): Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46 (1, Serial No. 188).
- Achenbach, T. M.; Howell, C. T.; Quay, H. C. y Conners, C. K. (1991): National survey of problems and competencies among four-to sixteen-year-olds. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 56 (3, Serial No. 225).
- Adams, H. E.; Doster, J. A. y Calhoun, K. S. (1977): A psychologically-based system of response classification. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun y H. E. Adams (dirs.), *Handbook of behavioral assessment*. Nueva York: Wiley.
- Adelman, H. S. (1995): Clinical psychology: Beyond psychopathology and clinical interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 28-44.
- Albano, A. M.; Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1996): Childhood anxiety disorders. En E. J. Mash y R. A. Barkley (dirs.), *Child psychopathology*. Nueva York: Guilford.
- American Psychiatric Association. (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4.ª ed.-Texto revisado). Washington, DC: Autor.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7.ª ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Barkley, R. A. (1997a): Attention-deficit/hyperactivity disorder. En E. J. Mash y L. G. Terdal (dirs.), *Assessment of childhood disorders* (2.ª edic.). Nueva York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1997b): Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a

- unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Barlow, D. H. y Hersen, M. (1984): *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (2.<sup>a</sup> ed.) Nueva York: Pergamon.
- Bellack, A. S. y Hersen, M. (1998): *Behavioral assessment: A practical handbook* (4.<sup>a</sup> ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Bird, H. R.; Gould, M. S.; Yager, T.; Staghezza, B. y Camino, G. (1989): Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 847-850.
- Black, M. M. y Krishnakumar, A. (1998): Children in low-income, urban settings: Interventions to promote mental health and well-being. *American Psychologist*, 53, 635-646.
- Bornstein, P. H.; Kazdin, A. E. y McIntyre, T. J. (1985): Characteristics, trends, and future directions in child behavior therapy. En P. H. Bornstein y A. E. Kazdin (dirs.), *Handbook of clinical behavior therapy with children*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Bornstein, P. H. y Van den Pol, R. A. (1985): Models of assessment and treatment in child behavior therapy. En P. H. Bornstein y A. E. Kazdin (dirs.), *Handbook of clinical behavior therapy with children*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Bowlby, J. (1988): *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Nueva York: Basic Books.
- Boyce, W. T.; Frank, E.; Jensen, P.; Kessler, R. C.; Nelson, C. A.; Steinberg, L. y The MacArthur Foundation Research Network on Psychopathology and Development (1998): Social context in developmental psychopathology: Recommendations for future research from the MacArthur Network on Psychopathology and Development. *Development and Psychopathology*, 10, 143-164.
- Brandenburg, N. A.; Friedman, R. M. y Silver, S. E. (1990): The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 76-83.
- Cantor, N.; Smith, E. E.; French, R. de S. y Mezzich, J. (1980): Psychiatric diagnosis as prototype categorization. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 181-193.
- Casey, R. J. y Berma, J. S. (1985): The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.
- Caspi, A. y Moffitt, T. E. (1995): The continuity of maladaptive behavior: From description to understanding in the study of antisocial behavior. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (dirs.), *Developmental psychopathology. Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation*. Nueva York: Wiley.
- Chen, X.; Rubin, K. H. y Li, Z. Y. (1995): Social functioning and adjustment in Chinese children: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 31, 531-539.
- Cicchetti, D. y Cohen, D. J. (dirs.). (1995a): *Developmental psychopathology. Vol. 1: Theory and methods*. Nueva York: Wiley.
- Cicchetti, D. y Cohen, D. J. (dirs.). (1995b): *Developmental psychopathology. Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation*. Nueva York: Wiley.
- Cicchetti, D. y Garmezy, N. (1993): Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology*, 4, 497-502.
- Ciminero, A. R.; Calhoun, K. S. y Adams, H. E. (dirs.). (1986): *Handbook of behavioral assessment* (2.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Wiley-Interscience.
- Clementz, B. A. y Iacono, W. G. (1993): Nosology and diagnosis. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Psychopathology in adulthood*. Boston: Allyn & Bacon.
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Academic Press.
- Costello, E. J. y Angold, A. (1993): Toward a developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. *Development and Psychopathology*, 5, 91-101.
- Dodge, K. A.; Pettit, G. S. y Bates, J. E. (1994): Effects of physical maltreatment on the development of peer relations. *Development and Psychopathology*, 6, 43-55.
- Dozier, M. y Lee, S. (1995): Discrepancies between self- and other-report of psychiatric symptomology: Effects of dismissing attachment strategies. *Development and Psychopathology*, 7, 217-226.
- DuPaul, G. J. y Eckert, T. L. (1997): The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Digest*, 26, 5-27.
- Durlak, J. A.; Fuhrman, T. y Lampman, C. (1991): Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladaptive children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.



- Garber, J. (1984): Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child Development*, 55, 30-48.
- Goldberg, S. (1991): Recent developments in attachment theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 393-400.
- Group for the Advancement of Psychiatry. (1974): *Psychopathological disorders in children: Theoretical considerations and a proposed classification*. Nueva York: Jason Aronson.
- Guerra, N. G.; Tolan, P. H.; Huesmann, L. R.; Van Acker, R. y Eron, L. D. (1995): Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 518-528.
- Hartung, C. M. y Widiger, T. A. (1998): Gender differences in the diagnosis of mental disorders. Conclusions and controversies of DSM-IV. *Psychological Bulletin*, 123, 260-278.
- Hibbs, E. D. y Jensen, P. S. (dirs.) (1996): *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hops, H. (1995): Age- and gender-specific effects of parental depression: A commentary. *Developmental Psychology*, 31, 428-431.
- Institute of Medicine. (1989): *Research on children and adolescents with mental, behavioral and developmental disorders*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jensen, P. S. y Hoagwood, K. (1997): The book of names: DSM-IV in context. *Development and Psychopathology*, 9, 231-249.
- Johnson, J. H.; Rasbury, W. C. y Siegel, L. J. (1997): *Approaches to child treatment: Introduction to theory, research, and practice* (2.ª ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kagan, J. (1994): *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. Nueva York: Basic Books.
- Kagan, J.; Resnick, J. S. y Snidman, N. (1987): The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58, 1459-1473.
- Kagan, J.; Resnick, J. S. y Snidman, N. (1988): Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.
- Kanfer, F. H. y Saslow, G. (1969): Behavioral diagnosis. En C. M. Franks (dir.), *Behavior therapy: Appraisal and status*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Kaufman, J.; Cook, A.; Army, L.; Jones, B. y Pittinsky, T. (1994): Problems defining resiliency: Illustrations from the study of maltreated children. *Developmental Psychology*, 6, 215-229.
- Kavanagh, K. y Hops, H. (1994): Good girls? Bad boys?: Gender and development as contexts for diagnosis and treatment. En T. H. Ollendick y R. J. Prinz (dirs.), *Advances in clinical and child psychology* (Vol. 16). Nueva York: Plenum.
- Kazdin, A. E. (1988): *Child psychotherapy: Developing and identifying effective treatments*. Nueva York: Pergamon.
- Kazdin, A. E. (1996): Developing effective treatments for children and adolescents. En E. D. Hibbs y P. S. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically-based strategies for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. (1997): A model for developing effective treatments: Progression and interplay of theory, research, and practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 114-129.
- Kazdin, A. E. (1998): *Research design in clinical psychology* (3.ª ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Kazdin, A. E.; Bass, D.; Ayers, W. A. y Rodgers, A. (1990): Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kazdin, A. E. y Johnson, B. (1994): Advances in psychotherapy for children and adolescents: Interrelations of adjustment, development, and intervention. *Journal of School Psychology*, 32, 217-246.
- Kazdin, A. E. y Kagan, J. (1994): Models of dysfunction in developmental psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 35-52.
- Kazdin, A. E. y Weisz, J. R. (1998): Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- Keenan, K. y Shaw, D. (1997): Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 95-113.
- Kovacs, M. y Beck, A. T. (1977): An empirical clinical approach towards a definition of childhood depression. En J. G. Schulerbrandt y A. Raskin (dirs.), *Depression in children: Diagnosis, treatment, and conceptual models*. Nueva York: Raven.

- Kratochwill, T. R. y Morris, R. J. (dirs.) (1993): *Handbook of psychotherapy with children and adolescents*. Des Moines: Allyn & Bacon.
- Lambert, M. C. y Weisz, J. R. (1989): Over- and under-controlled clinic referral problems in Jamaican clinic-referred children: Teacher reports for ages 6-17. *Journal of Abnormal Psychology, 17*, 553-562.
- Lilienfeld, S. C. y Marino, L. (1995): Mental disorder as a Roschian concept: A critique of Wakefield's «harmful dysfunction» analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 411-420.
- Lilienfeld, S. O.; Waldman, I. D. y Israel, A. C. (1994): A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 71-83.
- Lizardi, H.; Klein, D.; Ouimette, P. C.; Risco, L. P.; Anderson, R. L. y Donaldson, S. K. (1995): Reports of childhood home environment in early onset dysthymia and episodic major depression. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 132-139.
- Loeber, R. (1991): Questions and advances in the study of developmental pathways. En D. Cicchetti y S. L. Toth (dirs.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Vol 3. Models and integrations*. Nueva York: University of Rochester Press.
- Mash, E. J. (1998): Treatment of child and family disturbance: A behavioral-systems perspective. En E. J. Mash y R. A. Barkley (dirs.), *Treatment of childhood disorders* (2.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Guilford.
- Mash, E. J. y Barkley, R. A. (dirs.). (1996): *Child psychopathology*. Nueva York: Guilford.
- Mash, E. J. y Barkley, R. A. (dirs.). (1998): *Treatment of childhood disorders* (2.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Guilford.
- Mash, E. J. y Dozois, D. J. A. (1996): Child psychopathology: A developmental-systems perspective. En E. J. Mash y R. A. Barkley (dirs.), *Child psychopathology*. Nueva York: Guilford.
- Mash, E. J. y Hunsley, J. (1990): Behavioral assessment: A contemporary approach. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *International handbook of behavior modification and behavior therapy* (2.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Plenum.
- Mash, E. J.; Johnston, C. y Kovitz, K. (1983): A comparison of the mother-child interactions of physically abused and non-abused children during play and task situations. *Journal of Clinical Child Psychology, 12*, 337-346.
- Mash, E. J. y Terdal, L. G. (dirs.) (1997): *Assessment of childhood disorders* (3.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Guilford.
- Mash, E. J. y Wolfe, D. A. (1999): *Abnormal child psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- McDermott, P. A. (1993): National standardization of uniform multisituational measures of child and adolescent behavior pathology. *Psychological Assessment, 5*, 413-424.
- Messick, S. (1983): Assessment of children. En P. H. Mussen (Series Ed.) y W. Kessen (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. History, theory, and methods* (4.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Wiley.
- Morris, R. J. y Kratochwill, T. R. (dirs.) (1998): *The practice of child therapy* (3.<sup>a</sup> ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Mussen, P. H. (General Ed.). (1983): *Handbook of child psychology* (4.<sup>a</sup> ed., 4 vols.). Nueva York: Wiley.
- National Commission on Children. (1991): *Beyond rhetoric: A new American agenda for children and families: The final report of the National Commission on Children*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Nelson, R. C. y Hayes, S. C. (dirs.) (1986): *Conceptual foundations of behavioral assessment*. Nueva York: Guilford.
- Offord, D. R.; Boyle, M. H. y Racine, Y. A. (1989): Ontario Child Health Study: Correlates of disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 856-860.
- Offord, D. R.; Boyle, M. H.; Szatmari, P.; Rae-Grant, N. I.; Links, P. S.; Cadman, D. T.; Byles, J. A.; Crawford, J. W.; Blum, H. M.; Byrne, C.; Thomas, H. y Woodward, C. A. (1987): Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry, 44*, 832-836.
- Okun, A.; Parker, J. G. y Levendosky, A. A. (1994): Distinct and interactive contributions of physical abuse, socioeconomic disadvantage, and negative life events to children's social, cognitive, and affective adjustment. *Development and Psychopathology, 6*, 77-98.
- O'Leary, K. D. (1984): The image of behavior therapy: It's time to take a stand. *Behavior Therapy, 15*, 219-233.
- Ollendick, T. H. y Hersen, M. (dirs.). (1984): *Child behavioral assessment: Principles and procedures*. Nueva York: Pergamon.
- Ollendick, T. H. y Hersen, M. (dirs.). (1989): *Handbook of child psychopathology* (2.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Plenum.

- Ollendick, T. H. y King, N. J. (1994): Diagnosis, assessment, and treatment of internalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 918-927.
- Reynolds, W. M. (dir.) (1992): *Internalizing disorders in children and adolescents*. Nueva York: Wiley.
- Richters, J. E. y Cicchetti, D. (1993): Mark Twain meets DSM-III-R: Conduct disorder, development, and the concept of harmful dysfunction. *Development and Psychopathology*, 5, 5-29.
- Rutter, M. (1989): Isle of Wright revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.
- Rutter, M. (1994): Comorbidity: Meanings and mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 100-103.
- Rutter, M. y Rutter, M. (1993): *Developing minds: Challenge and continuity across the life span*. Nueva York: Basic Books.
- Rutter, M.; Tizard, J. y Whitmore, K. (dirs.) (1970): *Education, health, and behavior*. Londres: Longman.
- Sattler, J. M. (1992): *Assessment of children: Revised and updated third edition*. San Diego, CA: Jerome M. Sattler.
- Sattler, J. M. (1997). *Clinical and forensic interviewing of children and families: Guidelines for the mental health, education, pediatric, and child maltreatment fields*. San Diego, CA: Jerome M. Sattler.
- Scotti, J. R.; Morris, T. L.; McNeil, C. B.; Hawkins, R. P. (1996): DSM-IV and disorders of childhood and adolescence: Can structural criteria be functional? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1177-1191.
- Tolan, P. y Thomas, P. (1995): The implications of age of onset for delinquency risk II: Longitudinal data. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 151-181.
- Tremblay, R. E.; Masse, B.; Parron, D.; LeBlanc, M.; Schwartzman, A.; Ledingham, J. E. (1992): Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior, and delinquent personality: Longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 64-72.
- U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect. (1995): *A nation's shame: Fatal child abuse and neglect in the United States*. Washington, DC: National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect.
- U.S. Bureau of the Census. (1993): *Poverty in the United States: 1992* (Current Population Reports, Series P-60, No. 185). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. General Accounting Office. (1992): *Child Abuse: Prevention programs need greater emphasis*. Washington, DC: Autor.
- Velez, C. N.; Johnson, J. y Cohen, P. (1989): A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.
- Verhulst, F. C. y Koot, H. M. (1992): *Child psychiatric epidemiology: Concepts, methods, and findings*. Newbury Park, CA: Sage.
- Wakefield, J. C. (1992): The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- Walker, C. E. y Roberts, M. C. (dirs.) (1992): *Handbook of clinical child psychology* (2.ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Weisz, J. R. (1998): Empirically supported treatments for children and adolescents: Efficacy, problems, and prospects. En K. S. Dobson y K. D. Craig (dirs.), *Empirically supported therapies: Best practice in professional psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Weisz, J. R.; Donenberg, G. R.; Han, S. S. y Weiss, B. (1995): Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 688-701.
- Weisz, J. R. y Weiss, B. (1993): *Effects of psychotherapy with children and adolescents*. Newbury Park, CA: Sage.
- Weisz, J. R.; Weiss, B.; Alicki, M. D. y Klotz, M. L. (1987): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.
- Weisz, J. R.; Weiss, B.; Han, S. S.; Granger, D. A. y Morton, T. (1995): Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Wekerle, C. y Wolfe, D. A. (1996): Child maltreatment. En E. J. Mash y R. A. Barkley (dirs.), *Child psychopathology*. Nueva York: Guilford.
- Werner, E. E. (1995): Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.
- World Health Organization (1992): *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical*

*descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva, Switzerland: Autor.

Zahn-Waxler, C.; Cole, C. M.; Welsh, J. D. y Fox, N. A. (1995): Psychophysiological correlates of empathy and prosocial behaviors in preschool children with behavior problems. *Development and Psychopathology*, 7, 27-48.

Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs (1994): *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (Diagnostic Classification: 0-3)*. Washington, DC: Autor.

## LECTURAS RECOMENDADAS

Mash, E. J. y Barkley, R. A. (dirs.) (1998): *Treatment of childhood disorders* (2.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Guilford.

Mash, E. J. y Wolfe, D. A. (1999): *Abnormal child psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Ollendick, T. H. y Hersen, M. (dirs.) (1992): *Manual de psicopatología infantil* (2.<sup>a</sup> ed.). Barcelona: Martínez Roca (Orig.: 1989).

Silvares, E. F. M. (2000): *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (2 vols.). Campinas, SP: Papirus.

**PARTE SEGUNDA**  
**Trastornos de ansiedad**



# Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas

# 2

FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ  
JOSÉ OLIVARES  
ROSA MARÍA BERMEJO<sup>1</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

Una mujer de cuarenta años experimenta intenso miedo cuando está a oscuras. Su temor le impide acudir al cine o dormir sola. Cuando observa negros nubarrones o escucha la previsión meteorológica anunciando mal tiempo, dispone velas por toda la casa anticipando la posibilidad de que se vaya la luz durante la tormenta. Una niña de cuatro años se despierta por las noches llorando asustada. Se queja de que unos ojos malvados la miran fijamente en la oscuridad. A veces se pasa a la cama de sus padres. El primer problema se considera un caso de fobia a la oscuridad, mientras que en el caso infantil se duda entre las denominaciones miedo y fobia a la oscuridad.

De la misma forma que ha sucedido con otros trastornos, como, por ejemplo, la depresión (Méndez, 1998), se ha subestimado el sufrimiento de los niños y las repercusiones negativas ocasionadas por las fobias en la infancia. Una explicación de este hecho es que los niños experimentan numerosos miedos en el curso de su crecimiento y maduración. La mayoría de los miedos infantiles son transitorios, de intensidad leve y específicos de una edad. La literatura científica considera los miedos «evolutivos» como un aspecto normal del desarrollo, que «proporcionan a los niños medios de adaptación a variados estímulos estresantes vitales» (Morris y Kratochwill, 1987a, p. 53).

No obstante, algunos miedos de la infancia persisten durante años, incluso hasta la edad adulta, y

causan un malestar clínicamente significativo al niño y/o interfieren su funcionamiento cotidiano en las áreas familiar, escolar o social. Conviene, por tanto, diferenciar los miedos «normales» propios de la infancia, que remiten espontáneamente con el paso de los años, de los miedos «patológicos» o fobias, que requieren tratamiento.

## 2. DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Es común utilizar expresiones variadas como «miedo a la oscuridad», «miedo a los ruidos fuertes», «hematofobia», «fobia escolar», «ansiedad de separación», «ansiedad ante los exámenes», etc., para referirse a un patrón similar de respuestas infantiles. ¿Cuál es la diferencia entre los constructos «ansiedad», «miedo» y «fobia», que se usan frecuentemente de forma indiscriminada en psicología clínica infantil?

### 2.1. Definición y caracterización

El análisis topográfico de la ansiedad permite distinguir tres tipos de respuestas:

a) *Psicofisiológicas*. El denominador común es el notable incremento de la activación vegetativa, que se refleja principalmente en:

— Respuestas electrodérmicas: el aumento de actividad de las glándulas sudoríparas se manifiesta, sobre todo, en unas pal-

<sup>1</sup> Universidad de Murcia (España).

mas de las manos sudorosas, húmedas o pegajosas, produciendo un incremento de la conductancia de la piel.

- Respuestas cardiovasculares: el aumento de las contracciones cardíacas en frecuencia (taquicardia) e intensidad (palpitaciones) eleva la presión arterial y la tasa del pulso. Los cambios en el flujo sanguíneo varían la coloración de la piel (enrojecimiento o palidez) y la temperatura (calor o frío súbitos). Por ejemplo, la vasoconstricción periférica desplaza sangre desde las extremidades a los músculos principales, disminuyendo la temperatura periférica, que es percibida como manos y pies fríos.
  - Otras respuestas: aumento del tono muscular, que puede producir movimientos espasmódicos y percibirse como entumecimiento o tensión en diversas zonas del cuerpo; incremento de la tasa respiratoria, que se percibe como sensaciones de ahogo, acompañadas, a veces, de suspiros, etc.
- b) *Motoras*. El comportamiento motor infantil se dirige a impedir, posponer o interrumpir la interacción con los estímulos desencadenantes:
- Respuestas de evitación activa: el niño lleva a cabo una acción que obvia la aparición de los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad.
  - Respuestas de evitación pasiva: el niño deja de realizar una acción logrando que los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad no se presenten.
  - Respuestas de escape: el niño se aleja del objeto temido cuando se encuentra de forma inesperada con él o por presión social.
  - Respuestas motoras alteradas: si las condiciones fuerzan al niño a mantenerse en la situación temida, aparecen perturbaciones de la conducta motora verbal

(voz temblorosa, bloqueos, repeticiones, etc.) y no verbal (tics, temblores, muecas faciales, etc.).

- c) *Cognitivas*. Pensamientos e imágenes mentales relacionados con la situación fóbica:
- Percepción de estímulos amenazadores: el perro tiene un aspecto muy fiero, la oscuridad es peligrosa, etc.
  - Evaluación negativa del repertorio conductual de afrontamiento: soy miedoso, no me atrevo, etc.
  - Preocupación por las reacciones somáticas: ¿y si me desmayo?, ¿y si me mareo?, ¿y si vomito?, ¿y si me orino?, etc.
  - Rumiaciones de escape/evitación: no pienso ir al dentista, en el recreo me marché a casa, etc.
  - Expectativas de daño: el gato me arañará, me va a doler la inyección, etc.

El análisis funcional revela que la ansiedad depende de dos clases de estímulos:

- a) *Externos*. Estimulación física: insectos, precipicios, agua, heridas, procedimientos médicos invasivos, transportes públicos, túneles, puentes, etc., y situaciones sociales: hablar en público, iniciar o mantener conversaciones, asistir a fiestas, dirigirse a figuras con autoridad, concertar una cita con una persona del otro sexo, etc.
- b) *Internos*. El malestar generado por los cambios psicofisiológicos, la preocupación por la propia reactividad o por el desempeño personal, etc.

La ansiedad y el miedo se diferencian en la naturaleza de las variables estimulares y de respuesta (tabla 2.1). Comparativamente, en la ansiedad predominan las respuestas encubiertas dependientes de la estimulación interna y en el miedo las respuestas manifiestas dependientes de la estimulación externa, de modo que tanto un observador (padres, profesores, etc.) como el propio niño identifican más



TABLA 2.1

## Diferencias entre ansiedad y miedo

Grado de concreción estimular	
<b>Menor</b>	<b>Mayor</b>
Ansiedad	Miedo
Sistema de respuesta predominante	
<b>Cognitivo</b>	<b>Motor</b>
Ansiedad	Miedo

fácilmente la situación desencadenante en el miedo que en la ansiedad.

Para considerar un miedo infantil como fóbico se requieren dos condiciones:

- a) Que resulte *desproporcionado* a las demandas de la situación. En unos casos, los objetos temidos no constituyen ninguna amenaza objetiva para el bienestar biopsicosocial del sujeto, de modo que el miedo es irracional, como, por ejemplo, las cucarachas. En otras situaciones, existe la probabilidad, aunque baja, de recibir estimulación aversiva, por lo que la mayoría de los sujetos experimentan cierto grado de malestar, como en la visita al dentista; sin embargo, la respuesta excesiva se juzga fóbica, como el fenómeno de la «mente en blanco» por parte de un alumno inteligente y estudioso con ansiedad ante los exámenes.
- b) Que su elevada intensidad lo convierta en un comportamiento *desadaptativo*. El niño sufre enormemente en la situación temida, como, por ejemplo, breves separaciones de los padres, y se produce un deterioro en su adaptación familiar, escolar o social, como los casos de inasistencia a clase debidos al intenso temor que se experimenta en la escuela.

El miedo se denomina «fóbico» si es provocado por estímulos objetivamente inocuos (ratones, seres

imaginarios, etc.), o aunque no sean completamente inofensivos se hallan bajo control, bien porque se dispone de medidas de seguridad, como una fiera en su jaula del zoológico, o bien porque el sujeto posee en su repertorio las conductas para afrontar con éxito la situación, como un estudiante brillante que se ha preparado concienzudamente un examen, y si repercute negativamente en el niño a nivel personal, familiar, escolar o social. Un excursionista solitario se asusta ante el avance de un incendio forestal. Su conducta de alejarse rápidamente del paraje es adecuada, porque él solo no puede luchar contra las llamas; por tanto, es razonable huir para no quedar atrapado en una trampa mortal. Es un ejemplo de *miedo* al fuego. En cambio, un niño corre despavorido cada vez que encienden una cerilla o un mechero. Su conducta altamente perturbadora impide a su madre cocinar en los fogones. Su temor es irracional porque la diminuta llama arde sin peligro. Es un caso de *fobia* al fuego.

El resto de características distintivas son discutibles. Así, la persistencia del miedo es uno de los requisitos más esgrimidos para el diagnóstico de fobia específica en la infancia. El intervalo temporal mínimo transcurrido desde la génesis del problema varía desde 6 meses (APA, 2000) a 2 años (Graziano y Mooney, 1984). En primer lugar, el período exigido es excesivo. La comprobación de que el miedo a la oscuridad de un niño de cuatro años es de carácter evolutivo y no fóbico precisaría aplazar el tratamiento hasta los cuatro años y medio o los seis años, para asegurarse que no es un miedo propio del desarrollo que remite espontáneamente con el paso del tiempo. Esta proporción en la vida de un pequeño equivale a retrasar el inicio de la terapia con un adulto de cuarenta años hasta que cumpla cuarenta y cinco o sesenta años. En segundo lugar, razones éticas desaconsejan posponer varios meses el tratamiento de los miedos infantiles intensos que producen al niño un malestar clínicamente significativo o que afectan negativamente su funcionamiento familiar, escolar o social.

Las *fobias específicas* se definen como un patrón complejo de respuestas de ansiedad, desproporcionadas y desadaptativas, provocadas por la presencia o anticipación de determinados estímulos

fácilmente identificables: animales, tormentas, alturas, sangre, inyecciones, recintos cerrados como ascensores, aviones, ruidos fuertes, personas disfrazadas, oscuridad, etc.

TABLA 2.2

*Diagnóstico del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno por ansiedad de separación que señala que se precisan al menos tres de las manifestaciones de ansiedad para diagnosticarlo*

Ansiedad inapropiada y excesiva para el nivel de desarrollo del sujeto con respecto a la separación del hogar o de aquellas personas a las que está apegado, tal como lo indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras de apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras de apego o a que éstas sufran un posible daño.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura de apego importante (por ejemplo, extraviarse o ser secuestrado).
4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
5. Resistencia o miedo persistente y excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras de apego, o sin adultos significativos en otros lugares.
6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura de apego importante o a ir a dormir fuera de casa.
7. Pesadillas repetidas con temática de separación.
8. Quejas continuas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores de estómago, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto a figuras importantes de apego.

La duración del problema es de por lo menos 4 semanas  
El inicio tiene lugar antes de los 18 años

Se ha de especificar si es de:

*Inicio temprano:* si el inicio tiene lugar antes de los 6 años.

El *trastorno por ansiedad de separación* (TAS) se caracteriza por una reacción de ansiedad excesiva ante la separación del hogar o de las personas a las que el niño está vinculado. Estas figuras de vinculación suelen ser los padres, especialmente la madre. El DSM-IV-TR describe las respuestas de ansiedad que caracterizan este trastorno (tabla 2.2).

Aunque ambos problemas de ansiedad presentan semejanzas, similitud que se extiende a la evaluación y al tratamiento conductuales, el DSM-IV-TR señala tres diferencias: el TAS se considera más grave, aparece a edades más tempranas y el tiempo mínimo requerido para su diagnóstico es menor (tabla 2.3).

La «fobia escolar» es un constructo ampliamente utilizado en la literatura científica. Las bases de datos de psicología (PsycLIT) y educación (ERIC) recogen a final de 1998 aproximadamente 550 trabajos que emplean dicha expresión. Sin embargo, su naturaleza es controvertida. La American Psychiatric Association (2000) no la incluye ni en los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, ni en los trastornos de ansiedad, exclusión sorprendente para Corral y Echeburúa (1996). Este último autor distingue dentro de los trastornos fóbicos en la infancia, las fobias específicas y la fobia escolar (Echeburúa, 1998).

El DSM-IV-TR cita la resistencia o negativa a ir a la escuela como una de las características del

TABLA 2.3

*Diferencias entre el trastorno por ansiedad de separación y las fobias específicas (APA, 1994)*

	<b>Transtornos por ansiedad de separación</b>	<b>Fobias específicas</b>
<b>Gravedad</b>	Mayor	Menor
<b>Inicio</b>	Necesariamente antes de los 18 años	No necesariamente antes de los 18 años
<b>Persistencia</b>	4 semanas como mínimo	6 meses como mínimo (en los menores de 18 años)

TAS, aunque no es condición necesaria para el diagnóstico. La asistencia al colegio implica la separación de los adultos cuidadores, razón por la que muchos niños con este trastorno se oponen a acudir a la escuela. Last, Francis, Hersen, Kazdin y Strauss (1987) encontraron que el 73 por 100 de una muestra de 48 niños con TAS presentaba evitación escolar. Sin embargo, los padres suelen adoptar una actitud más firme ante la separación escolar que ante separaciones originadas por otros motivos, por lo que un porcentaje significativo de niños con TAS se adaptan a la situación escolar y no protestan por esta separación forzosa.

La ansiedad de separación no es el único motivo de la oposición infantil a ir al colegio. Miller, Barrett, Hampe y Noble (1972a) encontraron que el 70 por 100 de una muestra de 46 niños con fobia escolar no presentaba ansiedad de separación. Ollendick y Mayer (1984) trataron 37 casos de fobia escolar en un período de once años; el 65 por 100 no cumplía los criterios para el diagnóstico del TAS. Según un estudio de Méndez, García-Fernández y Olivares (1996) con 7.808 sujetos de 3 a 18 años, las

situaciones más temidas por los escolares se relacionan con el fracaso o el castigo en la escuela y no con la separación de los padres para ir al colegio. Este hallazgo se constata en todas las edades, incluso en los escolares más jóvenes de 3 a 7 años.

Eysenck y Rachman (1965) sugirieron el rótulo más general «rechazo escolar» para designar los problemas de asistencia a la escuela debidos a la ansiedad excesiva experimentada en el contexto escolar, tanto si el componente principal es el miedo a la separación como si es algún aspecto específico de la situación escolar, por ejemplo miedo intenso a repetir curso o a ser enviado al director.

Los novillos también originan inasistencia escolar. El estudiante que hace novillos evita ir o se escapa del colegio más por aburrimiento, hastío o aversión hacia la escuela que por ansiedad. Además, no regresa a casa, a diferencia de lo que ocurre en el TAS o en la fobia escolar. La tabla 2.4 recoge las diferencias entre estos problemas.

Finalmente, otro motivo de falta de escolaridad es el denominado «abandono escolar». El problema,

TABLA 2.4

*Las faltas de asistencia a la escuela motivadas por ansiedad excesiva o por novillos se manifiestan de forma distinta*

Trastornos por ansiedad de separación/fobia escolar	Novillos
— El niño experimenta ansiedad excesiva al separarse de sus padres, al ir o al permanecer en la escuela	— El niño experimenta aburrimiento, hastío o aversión, pero no ansiedad al separarse de sus padres, al ir o al permanecer en la escuela
— El niño se niega a ir a la escuela y se resiste a los intentos de sus padres para persuadirle	— El niño no se niega a ir a la escuela, sino que finge asistir con normalidad al colegio
— Si el niño no va a la escuela permanece en casa o si se escapa regresa a casa	— Si el niño no entra a la escuela o se escapa, en vez de regresar a casa callejea o practica actividades divertidas (ir al cine, pescar, etc.)
— Los padres saben dónde está su hijo durante el horario escolar (con su madre y/o en casa)	— Los padres no saben dónde está su hijo durante el horario escolar y se llevan una desagradable sorpresa al enterarse
— La pauta de trabajo escolar previa a la aparición del trastorno suele ser satisfactoria	— La pauta de trabajo escolar suele ser pobre y el rendimiento académico insuficiente
— El comportamiento escolar previo a la aparición del trastorno suele ser adecuado	— El comportamiento escolar suele ser conflictivo (desafíos a la autoridad, peleas, etc.)
— Problemas asociados son otros trastornos de ansiedad, retraimiento social y depresión	— Problemas asociados son agresividad, conducta antisocial, drogas, predelinuencia

propio de niveles socioeconómicos y culturales bajos, se debe a que los padres no valoran la importancia de la escuela y el niño, en edad escolar, es utilizado como mano de obra en tareas domésticas (cuidar de los hermanos menores, cocinar, limpiar, etc.) y laborales (recolección de fruta, vigilancia del ganado, venta ambulante, negocio familiar, etc.). La tabla 2.5 resume los problemas de la asistencia escolar.

## 2.2. Clasificación

El DSM-IV-TR distingue cuatro tipos de fobias específicas y una categoría residual denominada «otros tipos». Como se aprecia en la tabla 2.6 las fobias específicas comienzan generalmente en la infancia, aunque algunas pueden empezar a edades más avanzadas. También delimita en el TAS el sub-tipo «inicio temprano», si aparece antes de los 6 años.

Kennedy (1965) diferenció dos tipos de fobia escolar, basándose en las características del problema y del ambiente familiar (tabla 2.7). El pronósti-

co es más favorable en el tipo I o neurótico, que en el tipo II o caracteriológico.

Nuestro equipo de investigación ha llevado a cabo varios estudios sobre miedos escolares con más de 8.000 sujetos en las provincias de Murcia y Alicante. En los niveles educativos por debajo de la enseñanza universitaria hemos aislado cuatro factores:

1. *Miedo al fracaso escolar.* Son miedos propios del contexto escolar. Se refieren a rendimiento académico pobre, como sacar malas notas, y a sanciones de la autoridad escolar, como ser avisados los padres por el personal del colegio.
2. *Miedo al malestar físico.* Constituye el denominado *miedo al miedo*, o sea, temor a sufrir las molestias propias de las reacciones de miedo, como sentir dolor de estómago o de cabeza, en la escuela.
3. *Miedo social.* Son actividades escolares realizadas en público, como leer en voz alta o escribir en la pizarra.

TABLA 2.5  
*Causas de inasistencia escolar*

Problemas de asistencia escolar	<p><b>Rechazo escolar</b> (<i>School refusal</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— El niño se niega o se resiste a ir a la escuela</li> <li>— Los padres quieren que su hijo vaya a la escuela</li> </ul>	<p><b>Fobia escolar</b> (<i>School phobia</i>)</p> <p><b>Ansiedad de separación</b> (<i>Separation anxiety</i>)</p> <p><b>Otros trastornos</b> Ansiedad, depresión</p>
	<p><b>Abandono escolar</b> (<i>School withdrawal</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Los padres permiten o deciden que su hijo no asista a la escuela</li> <li>— El niño puede estar de acuerdo o no con sus padres</li> </ul>	
	<p><b>Novillos</b> (<i>Truancy</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— El niño no asiste a la escuela</li> <li>— Los padres ignoran que su hijo falta a la escuela</li> </ul>	

TABLA 2.6

Clasificación de las fobias específicas según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

Tipos de fobias específicas	Estímulos fóbicos	Inicio
<b>Animal</b>	Perros, gatos, ratones, serpientes, arañas, cucarachas, etc.	Segunda infancia
<b>Ambiental</b>	Tormentas, relámpagos, rayos, precipicios, agua, etc.	Segunda infancia Principio de la edad adulta
<b>Sangre-inyecciones-daño</b>	Sangre, heridas, inyecciones, dentista, cirugía, etc.	Segunda infancia
<b>Situacional</b>	Transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches, etc.	Segunda infancia Mitad de la tercera década de la vida
<b>Otras</b>	Ruidos fuertes, personas disfrazadas, atragantamiento, etc.	Infancia Edad adulta

TABLA 2.7

Clasificación de la fobia escolar según Kennedy (1965)

	Características diferenciadoras	Fobia escolar	
		Tipo I (Neurótica)	Tipo II (Caracteriológica)
<b>Problema</b>	Número de <i>episodios</i>	Uno: el episodio actual es el primero	Varios: el episodio actual es el segundo, tercero, etc.
	Momento de <i>inicio</i>	Después de una interrupción de la escolaridad (lunes, convalecencia por enfermedad)	Se presenta en cualquier momento o día de la semana
	Forma de <i>aparición</i>	Comienza de forma brusca o aguda	Empieza de modo gradual o insidioso
	<i>Frecuencia</i>	Más frecuente en los primeros cursos escolares (en edades menores)	Más frecuente en los últimos cursos escolares (en edades mayores)
	<i>Síntoma</i> diferencial	El niño manifiesta estar preocupado por la muerte	El niño no está preocupado por la muerte
<b>Ambiente familiar</b>	<i>Salud de la madre</i>	El niño se preocupa por la salud materna — Objetivamente: su madre está enferma — Subjetivamente: su madre está sana	El niño no está preocupado por la salud de su madre
	<i>Comunicación</i> entre los padres	Buena comunicación	Mala comunicación
	<i>Adaptación</i> psicológica de los padres	Satisfactoria en ambos padres	— Madre: trastorno de ansiedad — Padre: trastorno de la personalidad
	<i>Interés del padre</i> por la casa y los hijos	Coopera en el hogar y en la educación de los hijos	No coopera en el hogar ni en la educación de los hijos
	<i>Colaboración</i> de los padres en la terapia	Colaboran con el terapeuta	No colaboran con el terapeuta
	<b>PRONÓSTICO</b>	<b>MÁS FAVORABLE</b>	<b>MENOS FAVORABLE</b>

4. *Ansiedad anticipatoria*. Es el miedo que se experimenta en los momentos precedentes a la estancia en la escuela, como ir andando al colegio.

Los factores 1, 2 y 4 son comunes a todas las clases de fobias específicas, que se definen como la ansiedad excesiva provocada por la presencia o anticipación (factor 4, ansiedad anticipatoria), de una situación específica (factor 1, fracaso escolar), que se soportan a costa de un intenso malestar (factor 2, malestar físico). Así, en la hematofobia, la intensa reacción de ansiedad se produce no sólo ante la vista de la sangre (situación específica), sino también ante la perspectiva de una extracción de sangre (ansiedad anticipatoria) y el adolescente puede también tener miedo a desmayarse al ver sangre (miedo al miedo).

Conviene, por tanto, acotar la naturaleza de la fobia escolar. Si el componente principal es la ansiedad de separación debe diagnosticarse TAS, si es la ansiedad social, fobia social, etc., y se debe restringir el diagnóstico de fobia escolar, como sugiere Sandín (1997), únicamente a aquellos casos en los que el estímulo fóbico sea un aspecto concreto del contexto escolar, considerándola como una fobia específica situacional.

### 2.3. Epidemiología

Los miedos se hallan muy extendidos en la población infantil. Lapouse y Monk (1959) encontraron que el 43 por 100 de una muestra representativa de 482 niños, de 6 a 12 años, presentaba, como mínimo, siete miedos, según informes de las madres. La frecuencia de fobias específicas en la infancia es bastante menor, aunque existe una gran dispersión de datos. Silverman y Rabian (1994) advierten que las estimaciones de la prevalencia varían del 1,7 al 16 por 100. Méndez y Macià (1998a) revisaron varios trabajos y constataron que las tasas encontradas no sobrepasan el 8 por 100. Sandín (1997) sugiere un 7 por 100 y de un 2 al 4 por 100 para población infantil clínica y no clínica, respectivamente. El DSM-IV-TR estima la

prevalencia del TAS en el 4 por 100. Echeburúa (1998) indica una proporción entre 1 y 1,5 por 100 para la fobia escolar.

El grupo de Bragado ha llevado a cabo una de las investigaciones más importantes de nuestro país sobre este tema. Encontraron que el trastorno de ansiedad más prevalente en la infancia son las fobias específicas, especialmente las fobias animales. Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé (1996) hallaron que el 24,3 por 100 y el 2,9 por 100 de una muestra de 243 escolares, de 11,52 años de edad media (rango 6-17 años), presentaban fobias específicas y TAS, respectivamente. Los miedos a arañas, ratones, serpientes, perros y gatos estaban entre los más frecuentes, particularmente en menores de 10 años. Los ruidos fuertes, la oscuridad, los extraños y elementos relacionados con la enfermedad y daños físicos son también fobias típicas de la infancia (véase tabla 2.8). Bragado, Carrasco y Bersabé (1998, citado en Bragado y García-Vera, 1998) obtuvieron porcentajes superiores en un estudio posterior, siendo del 28,45 por 100 (fobias específicas) y del 9,94 por 100 (TAS), en una muestra reclutada en servicios de salud mental, compuesta por 362 niños, de 10,62 años de edad media.

Las fobias específicas son más frecuentes en las niñas (Sandín, 1997), manteniéndose esta diferencia en la edad adulta. La proporción del TAS es mayor también en el sexo femenino, pero sólo en muestras epidemiológicas, no en muestras clínicas (APA, 2000). Los miedos escolares son más comunes en las niñas, igual que ocurre con los miedos infantiles en general (Méndez, García-Fernández y Olivares, 1996).

### 3. TEORÍAS ETIOLÓGICAS

Las fobias específicas se consideran fundamentalmente reacciones adquiridas. Rachman (1977) propuso tres vías de adquisición: el condicionamiento directo, el aprendizaje por observación y/o la transmisión de información. Tradicionalmente, se ha destacado la importancia del condicionamiento clásico en la génesis y del condicionamiento ope-

TABLA 2.8

*Evolución de los miedos más frecuentes con la edad (Méndez, 1999)*

Edad	Miedos
De 0 a 2 años	Pérdida brusca de la base de sustentación, ruidos fuertes, extraños, separación de los padres, heridas, animales, oscuridad.
De 3 a 5 años	<i>Disminuyen:</i> pérdida del soporte, extraños. <i>Se mantienen:</i> ruidos fuertes, separación, animales, oscuridad. <i>Aumentan:</i> daños físicos, personas disfrazadas.
De 6 a 8 años	<i>Disminuyen:</i> ruidos fuertes, personas disfrazadas. <i>Se mantienen:</i> separación, animales, oscuridad, daño físico. <i>Aumentan:</i> seres imaginarios (brujas, fantasmas, extraterrestres, etc.), tormentas, soledad, escuela.
De 9 a 12 años	<i>Disminuyen:</i> separación, oscuridad, seres imaginarios, soledad. <i>Se mantienen:</i> animales, daño físico, tormentas. <i>Aumentan:</i> escuela (exámenes, suspensos), aspecto físico, relaciones sociales, muerte.
De 13 a 18 años	<i>Disminuyen:</i> tormentas. <i>Se mantienen:</i> animales, daño físico. <i>Aumentan:</i> escuela, aspecto físico, relaciones sociales, muerte.

rante en el mantenimiento de las respuestas fóbicas. Sin embargo, en el curso del desarrollo es posible que los adultos moldeen inadvertida o intencionalmente ciertos miedos infantiles, reforzando conductas de temor y extinguiendo o castigando el comportamiento apropiado. Como señalan Bragado y García-Vera (1998), a algunos niños con ansiedad de separación se les ha reforzado sistemáticamente la dependencia. Para determinados padres, el intenso poder reforzante del apego prevalece sobre el coste psicológico de la sobreprotección; por ejemplo, consienten que su hija de cinco años duerma con ellos a pesar del castigo (incomodidad, menor calidad de sueño, (auto) reproches por ser permisivo, etc.). Los diferentes enfoques teóricos de terapia de conducta conceden prioridad a una vía de adquisición, a un sistema de respuesta y a un grupo de técnicas de tratamiento (tabla 2.9).

La investigación sobre modos de adquisición de las fobias infantiles es escasa y los resultados de los estudios difieren notablemente. Así, en fobias a los animales (serpientes, arañas, perros), el grupo de Merckelbach (Merckelbach, Muris y Schouten,

1996; Muris, Merckelbach y Collaris, 1997) encontró que predominaba el condicionamiento directo; Ollendick y colaboradores (King, Clowes-Hollins y Ollendick, 1997; Ollendick y King, 1991), por el contrario, hallaron que las vías indirectas explicaban más frecuentemente su origen. El grupo de Öst (Öst y Hugdahl, 1981; Öst, 1987), investigando con una muestra de pacientes con distintos tipos de fobias, encontró que el 57,5 por 100 de la muestra informaba de algún tipo de experiencia directa en el origen de sus miedos, el 17 por 100 señaló experiencias vicarias, el 10,4 por 100 atribuía la causa a información de tipo negativo, y el 15,1 por 100 restante no podía recordar el origen de su fobia (Sosa y Capafóns, 1995).

Al margen de las experiencias aversivas directas y/o indirectas generadoras de fobias, existen dos cuestiones adicionales: ¿por qué se adquieren respuestas de miedo más fácilmente a unos estímulos que a otros?, ¿por qué unos niños adquieren respuestas de miedo más fácilmente que otros? Para resolver este doble interrogante, se ha propuesto la hipótesis de la *preparatoriedad* y la hipótesis de la *vulnerabilidad*. Con respecto a la

TABLA 2.9

*Las corrientes de terapia de conducta conceden prioridad a diferentes vías de adquisición, respuestas desadaptadas y técnicas de tratamiento*

	Terapia de conducta para las fobias específicas en la infancia			
	Enfoque neoconductista mediacional	Análisis conductual aplicado	Teoría del aprendizaje social	Orientación cognitivo-conductual
<i>Vía de adquisición</i>	Vías directas		Vías indirectas	
	Condicionamiento clásico	Condicionamiento operante	Aprendizaje vicario	Aprendizaje cognitivo
<i>Sistema de respuesta predominante</i>	Psicofisiológico	Motor		Cognitivo
<i>Interacción con los estímulos fóbicos</i>	Exposición	Aproximación	Observación/imitación	Afrontamiento
<i>Ejemplos de miedos infantiles y su tratamiento</i>	«Fobia a la oscuridad» Permanecer solo y a oscuras	«Fobias a los animales» Acercarse al animal temido (perro, serpiente, etc.)	«Ansiedad prequirúrgica» Observar al modelo camino del quirófano	«Ansiedad ante los exámenes» Entrenar habilidades (relajación, autoinstrucción)
<i>Técnicas de tratamiento</i>	Desensibilización sistemática Inundación	Práctica reforzada Aproximaciones sucesivas	Modelado	Autoinstrucciones Inoculación de estrés

primera, se señala que el organismo humano está biológicamente preparado para adquirir y mantener respuestas fóbicas a los estímulos que filogenéticamente han constituido una amenaza para la supervivencia de la especie. Los miedos a los animales son resistentes a la extinción por el potencial peligro de un ataque (por ejemplo, depredadores) o de contagio de una enfermedad (por ejemplo, ratas). Por otra parte, la vulnerabilidad puede ser tanto biológica (por ejemplo, labilidad electrodermal), como psicológica, (por ejemplo, sobreprotección materna) (véase tabla 2.10). Bragado y García-Vera (1998) han revisado los factores que originan diferencias individuales en vulnerabilidad.

Desde un punto de vista conductual, se resalta la importancia de los procesos de aprendizaje en la génesis y mantenimiento de las fobias específicas.

No obstante, hay que reseñar que las fobias del tipo sangre-inyecciones-daño, caracterizadas por una intensa respuesta vasovagal, presentan una elevada incidencia familiar (APA, 2000). Este dato apunta a un mayor peso de los factores genéticos (por ejemplo, en forma de predisposición hereditaria al desmayo), en esta clase de fobia que en el resto de fobias específicas.

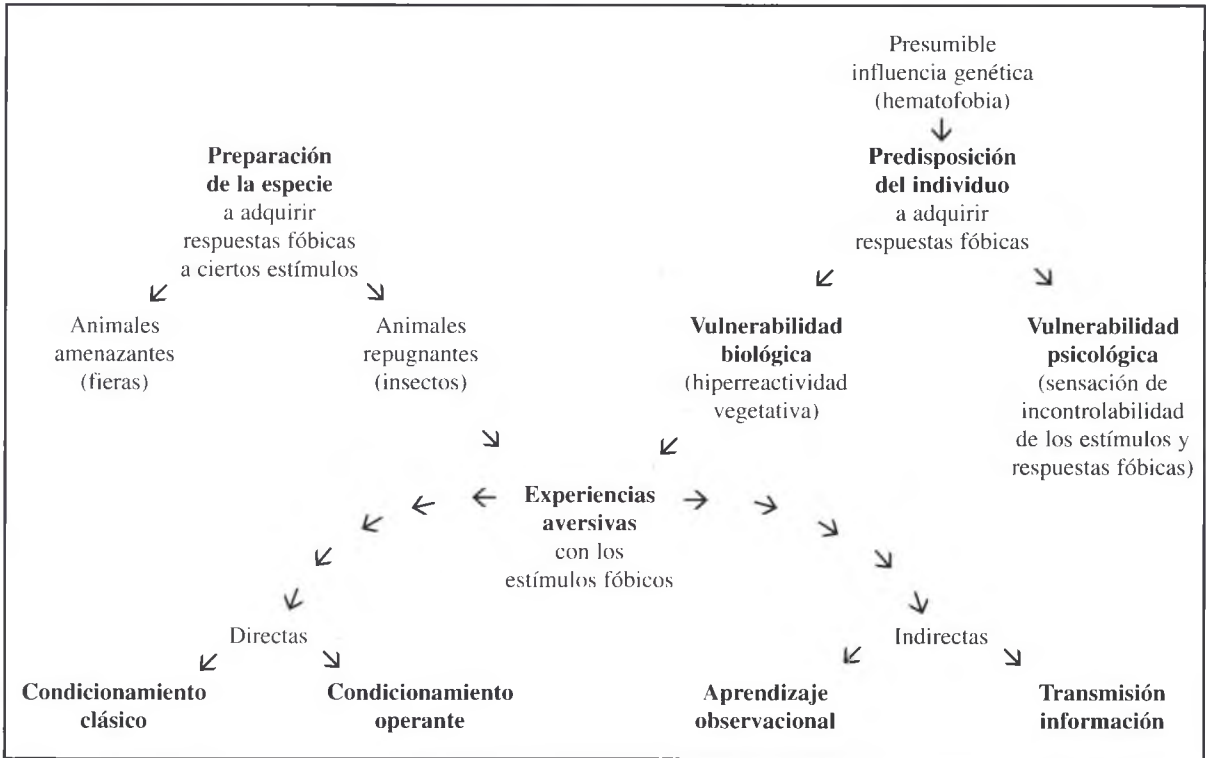
#### 4. EVALUACIÓN

Este apartado se centra en los principales instrumentos diseñados o adaptados para evaluar las fobias específicas en la infancia. Se puede consultar una descripción más amplia en Bados (1998), Bragado y García-Vera (1998), Echeburúa (1998), Pelechano (1981, 1984) y Sandín (1997).



TABLA 2.10

Principales variables explicativas de la génesis y mantenimiento de las fobias específicas



## 4.1. Inventarios de miedos

### 4.1.1. Inventarios generales

Los inventarios generales de miedos se han aplicado a niños a partir de 2 años (o a sus padres y maestros). Sus propiedades psicométricas son aceptables. Incluyen:

- Una lista amplia de situaciones potencialmente generadoras de miedo.
- Una escala tipo Likert, de tres o cinco puntos, para evaluar el grado de miedo infantil.

El «Inventario de miedos para niños» (*Fear Survey Schedule for Children, FSS-FC*), elaborado

por Scherer y Nakamura (1968), fue pionero en este campo. Comprende 80 ítems y una escala de estimación de cinco puntos. Posteriormente se han confeccionado varias versiones de este inventario: a) el «Inventario de miedos de niños» (*Children's Fear Survey Schedule, CFSS*), de Ryall y Dietiker (1979), versión abreviada que eliminó 32 de los 80 ítems originales; b) el «Inventario de miedos para niños-revisado» (*Revised Fear Survey Schedule for Children, FSSC-R*), de Ollendick (1983), versión simplificada que sustituyó la escala de cinco por otra más sencilla de tres puntos; c) el «Inventario de miedos para niños-II» (*Fear Survey Schedule for Children-II, FSSC-II*), de Gullone y King (1992), versión actualizada, con 78 ítems y escala de tres puntos, que incluyó nuevos elementos,

como «miedo a una guerra nuclear» o «miedo al sida». Cautela, Cautela y Esonis (1983) diseñaron dos formas del «Inventario de miedos» (*Fear Inventory, FI*): *a*) Forma para niños, con 69 ítems, y *b*) Forma para adolescentes, con 64 ítems. Los inventarios de miedos también pueden ser contestados por los adultos. Miller, Barrett, Hampe y Noble (1972b) utilizaron el «Inventario de miedos para niños, de Louisville» (*Louisville Fear Survey for Children, LFSC*), de 81 ítems y con una escala de tres puntos, para que los padres evaluaran los miedos de sus hijos. Bouldin y Pratt (1998) han elaborado el «Inventario de miedos para niños-II versión padres» (*Fear Survey Schedule for Children-II Parent, FSSC-IIP*), adaptación para padres del *FSSC-II*, que consta de 94 ítems y una escala de tres puntos.

En nuestro país se han desarrollado dos inventarios de miedos. Ambos emplean una escala de estimación de tres puntos y facilitan baremos. Del primero, dirigido a padres, hay dos versiones muy parecidas: *a*) una con 103 ítems (Pelechano, 1981), y *b*) otra de 100 ítems (Pelechano, 1984). El segundo, elaborado por Sosa, Capafons, Conesa-Peraleja, Martorell, Silva y Navarro (1993), consta de 74 ítems, seleccionados del *FI* (65) y del inventario de Pelechano (9), para que lo contesten los niños de forma individual o colectiva. También se dispone de la adaptación española del *FSSC-R*, que elimina el ítem 73 «miedo a Rusia» y desdobra el ítem 62 «miedo a estar solo», en «miedo a quedarse solo en casa» y «miedo a estar solo fuera de casa», con el fin de respetar el número de ítems original de la prueba (Sandín, 1997). Este instrumento permite llevar a cabo estudios comparativos a nivel internacional.

#### 4.1.2. Inventarios específicos

Evalúan una clase concreta de miedos específicos por lo que suelen ser menos extensos que los inventarios generales. Las áreas donde se han desarrollado más instrumentos son:

- Miedos médicos. La «Escala de temores hospitalarios» (*Hospital Fears Rating*

*Scale*), de Melamed y Siegel (1975), con 16 ítems relativos a sangre, inyecciones, cirugía, etc., y el «Inventario de miedos dentales para niños» (*Dental Fear Survey Schedule for Children*, Milgrom, Jie, Yang y Tay, 1994, citado por Sandín, 1997), con 15 ítems referidos a intervenciones odontológicas.

- Miedos escolares. Del Inventario de Miedos Escolares (IME), de Méndez (1988), existen tres formas, entre 20 y 40 ítems según los niveles educativos. El coeficiente « $\alpha$ » de Cronbach fue 0,949 y los coeficientes de correlación de Pearson con escalas de estimación rellenas por padres y profesores-tutores fueron 0,441 y 0,287, respectivamente (Méndez, Beléndez y López, 1996).

## 4.2. Observación

### 4.2.1. Observación en situaciones artificiales

El evaluador prepara la situación fóbica y observa la reacción del niño. La interacción con los estímulos fóbicos puede graduarse (pruebas de aproximación conductual) o no (pruebas de tolerancia).

#### 4.2.1.1. Pruebas de aproximación conductual

Las pruebas de aproximación conductual (PAC) se crearon en el marco de la desensibilización sistemática (Lang y Lazovick, 1963). El procedimiento se puede llevar a cabo de dos formas opuestas:

- *Activa* (aproximación *al* estímulo fóbico). El niño se aproxima progresivamente al estímulo fóbico; por ejemplo, en la acrofobia sube los peldaños de una escalera exterior, en la fobia a los perros se acerca cada vez más al animal.
- *Pasiva* (aproximación *del* estímulo fóbico). El estímulo fóbico se aproxima gradualmente al niño que permanece en el mismo lugar; por ejemplo, en la fobia a las serpientes, una cinta transportadora acerca una urna de cristal conteniendo un ejemplar; en la fobia a la

oscuridad, un regulador electrónico disminuye los voltios de luz. Esta modalidad está indicada para registrar al mismo tiempo respuestas psicofisiológicas, ya que el sujeto permanece inmóvil.

Las PAC proporcionan dos tipos de *medidas*:

- *Físicas*. Distancias de aproximación al estímulo fóbico (centímetros que un niño con miedo a las arañas acerca su mano al arácnido), tiempos de permanencia en la situación fóbica (segundos que un adolescente con claustrofobia resiste en un cuarto de reducidas dimensiones), intensidades del estímulo fóbico (nivel de decibelios que soporta un pequeño con miedo a los ruidos fuertes). La aproximación al o del estímulo fóbico se puede realizar de forma *continua* o *discreta*. Así, en la fobia a los pájaros, el niño empieza a acercarse al animal desde una distancia «segura» hasta que ya no se atreve más; entonces, el evaluador mide el espacio que todavía le separa de la jaula. O el niño se sitúa donde no experimenta miedo, se divide en diez tramos iguales la distancia de separación y se marcan en el suelo del 0 (lugar seguro) al 10 (jaula con el pájaro). El evaluador otorga la nota correspondiente a la última señal alcanzada por el niño.
- *Psicológicas*. Respuestas motoras y psicofisiológicas observables como cerrar los ojos, taparse los oídos, temblar, palidecer, protestar, lloriquear, salir corriendo, demorarse, negarse, interrumpir el llevar a cabo la aproximación propuesta, etc.

#### 4.2.1.2. Pruebas de tolerancia

Realizando un paralelismo con las PAC, se puede señalar que las pruebas de tolerancia se enmarcan en el contexto de la inundación, ya que su objetivo es observar directamente el comportamiento infantil cuando el niño interactúa con estímulos fóbicos de elevada intensidad. En la *prueba de tolerancia a la oscuridad*, se le indica al niño que aguante todo lo que pueda, hasta que no lo soporte

más, él solo, en una habitación completamente a oscuras. Mikulas y Coffman (1989) llegan a utilizar un intervalo temporal de treinta minutos para valorar los resultados del tratamiento. Nosotros empleamos tiempos menores, porque hemos encontrado que media hora a oscuras, sin hablar y sin hacer nada, es muy aburrido para niños pequeños que han superado su miedo. Algunos se quedan durmiendo cuando se alarga esta prueba.

Numerosos autores señalan que las instrucciones de las PAC deben animar, incluso instigar, al niño para que se aproxime al estímulo fóbico lo máximo posible, de modo que se minimice la diferencia pretest-postest y se obtenga una medida conservadora de la mejoría terapéutica. Nosotros estamos de acuerdo con esta postura cuando la PAC es la única observación artificial practicada. Sin embargo, cuando se combinan ambas pruebas, es posible reservar la PAC para evaluar la conducta habitual (desempeño normal o medio), de manera que en la práctica clínica la instrucción fuese «acércate a la cucaracha hasta donde te atreverías en la vida normal», y emplear la prueba de tolerancia para evaluar el mayor comportamiento de aproximación del que es capaz el niño (desempeño máximo); en este caso, la instrucción sería «acércate a la cucaracha hasta cogerla y jugar todo el rato que puedas con ella». Además, la superior deseabilidad social de los niños y las elevadas características de la demanda de la observación artificial, operan también en la dirección de obtener una valoración conservadora del cambio.

#### 4.2.2. Observación en situaciones naturales

Aunque en evaluación conductual se prefiere la observación del comportamiento en el ambiente natural, resulta complicado llevar a cabo este tipo de observación porque el niño tiende a evitar los estímulos atemorizadores. No obstante, la observación natural es viable en algunos miedos infantiles, por la elevada ocurrencia de la situación fóbica (miedo a la oscuridad), por la actitud firme de los adultos (miedos médicos) o por ambos motivos (miedos escolares).

Nuestro equipo de investigación ha elaborado varios instrumentos (Méndez, 1999): el registro de respuestas de miedo a la oscuridad lo rellenan los padres de modo independiente justo después de acostarse su hijo; el registro de respuestas de ansiedad durante la hospitalización recoge las reacciones del niño en momentos críticos de estrés, como el ingreso o el traslado al quirófano; el registro de asistencia a clase permite calcular el tiempo que el escolar está ausente del aula.

### 4.3. Escalas de estimación

La intensidad es el parámetro más relevante en las fobias específicas. Las *respuestas encubiertas*, como pensamientos y sensaciones, únicamente pueden ser objeto de evaluación por el propio sujeto. Sin embargo, otras personas pueden tasar la fuerza de las *respuestas manifiestas*, como las verbalizaciones y las acciones infantiles con relación a los estímulos temidos. En cualquiera de los casos, se requiere una escala para estimar el grado de miedo. Las escalas de estimación permiten cuantificar el miedo. A los niños pequeños les resulta más difícil evaluar numéricamente su temor de forma fiable. Para resolver este inconveniente se han propuesto varias alternativas:

- Simplificar las escalas numéricas. Las tradicionales escalas decimales, de cero a diez o a cien unidades subjetivas de ansiedad, se sustituyen por escalas tipo Likert de tres o cinco puntos, donde cero significa «nada de miedo» y el valor superior «máximo miedo».
- Recurrir a análogos visuales. Muchos de estos procedimientos se diseñaron para la autoevaluación del dolor, utilizándose en fisioterapia, pediatría y cirugía infantil. Algunos de los más usados son las expresiones faciales de miedo, el semáforo de miedo, el termómetro de miedo, el triángulo del miedo, etc. Méndez (1999) recoge estas escalas gráficas de estimación, junto a otras materiales y gestuales, que se pue-

den utilizar en la práctica profesional con los más jóvenes.

Las escalas de estimación poseen varias ventajas. En primer lugar, son fáciles y rápidas de aplicar. En segundo lugar, posibilitan su uso combinado con otras técnicas (entrevista, inventarios, observación). Finalmente, facilitan una evaluación continua y «en caliente», es decir, el niño informa de la intensidad de su miedo en las situaciones temidas, incluyendo momentos críticos, como, por ejemplo, cuando el dentista pone en funcionamiento el taladro.

### 4.4. Registros psicofisiológicos

El empleo de registros psicofisiológicos en la evaluación de las fobias es escaso por razones de economía y viabilidad. Resulta complicado mantener al niño inmóvil mientras se le presentan los estímulos fóbicos, de modo que los posibles artefactos son difíciles de eliminar. Esta técnica de evaluación se reserva para las investigaciones. Así, Melamed y Siegel (1975) usaron el *índice de sudoración palmar* para valorar la eficacia del modelado filmado en la preparación a la cirugía infantil. Se utilizan también en los miedos médicos, dado que en los centros sanitarios es fácil disponer de aparatos como el esfigmomanómetro para obtener la presión arterial.

## 5. TRATAMIENTO CONDUCTUAL

El tratamiento conductual de las fobias específicas en la infancia implica presentar al niño los estímulos fóbicos (E) hasta eliminar sus respuestas fóbicas adquiridas (R). Teniendo en cuenta el carácter aversivo de este proceder, el limitado repertorio de habilidades de autocontrol emocional y la escasa motivación para la terapia, dificultad común en problemas como la ansiedad de separación, el terapeuta ha de introducir progresivamente diversos elementos o apoyos para fomentar la colaboración del niño, facilitar su participación en la terapia y conseguir el objetivo terapéutico.

Méndez (1999) distingue cuatro estrategias generales para lograr que el niño interactúe con los estímulos fóbicos:

a) *Reducir el grado de temor que genera la situación fóbica.* Existen varias tácticas concretas:

- *Graduar la presentación de los estímulos fóbicos* mediante una jerarquía o sucesión de pequeños pasos. La desensibilización sistemática (DS), las aproximaciones sucesivas y el modelado gradual operan de este modo.
- *Utilizar representaciones de los estímulos fóbicos*, en lugar de presentarlos directamente en su realidad física. Las alternativas a las modalidades en vivo de las técnicas recurren a presentaciones mediante imágenes mentales (DS estándar, imágenes emotivas, inundación en imaginación, modelado encubierto) o audiovisuales (desensibilización enriquecida, modelado simbólico).
- *Disponer de un ambiente relajante y seguro.* Se sustituyen los estímulos atemorizadores por otros tranquilizadores (control de estímulos). En los miedos médicos, se modifica la decoración de los hospitales pediátricos y de las consultas odontológicas o la ropa de los profesionales de la salud. Las salas se acondicionan con música ambiental, acuarios, macetas, juguetes, lecturas y entretenimientos variados. Las paredes se pintan con dibujos agradables y familiares, como paisajes o personajes infantiles (por ejemplo, el ratón Mickey). Las enfermeras visten chandal en lugar de batas blancas. Otra táctica es introducir señales de seguridad e ir las suprimiendo paulatinamente (desvanecimiento). En la fobia a la oscuridad, se le regala al niño una atractiva linterna para que la tenga en la mesilla de noche o se enchufa un piloto pequeño que esparce una luz tenue por la habitación. En las

fobias a los animales, se utilizan elementos de sujeción como jaulas, urnas, correas o bozales. En el TAS, cuando la figura de apego se aleja, el niño, en vez de quedarse solo, permanece en compañía de otros adultos significativos.

b) *Proporcionar ayudas externas al niño para que se aproxime al objeto fóbico.* Esta estrategia se focaliza en el componente motor de las reacciones fóbicas. Consiste en proporcionar estímulos físicos y sociales para provocar la conducta de aproximación. Se clasifican en:

- *Estímulos de instigación.* Los instigadores pueden ser *verbales*, en la forma de órdenes como «acércate y mira cómo exploto el globo, valiente», «da un paso adelante, campeón», frases de coraje, «¡ánimo, machote, que tú puedes!», «¡Ma-no-lo, Ma-no-lo...!», etc.; *gestuales*, como mover enérgicamente la cabeza hacia el animal temido para indicarle que siga avanzando, señalar con el dedo índice en dirección al objeto fóbico, etc.; *ambientales*, como colocar un juguete encima de la cama para que el niño entre al dormitorio a recoger la sorpresa con la luz apagada; *físicos*, como pasarle la mano por la cintura y tirar de él con suavidad, darle la mano y acariciar juntos una serpiente, etc. La desensibilización por contacto, la práctica reforzada y el moldeamiento utilizan este tipo de estímulos discriminativos.
- *Estímulos de modelado.* El niño observa a un modelo (modelado simple) o a varios (modelado múltiple), acercándose e interactuando con el objeto temido, sin señales de miedo (modelado de dominio) o mostrando miedo al principio y superándolo al final (modelado de afrontamiento), que recibe estímulos positivos por su conducta de aproximación (refuerzo vicario). Las variantes del

modelado empleadas en el tratamiento de las fobias infantiles se basan en proporcionar estas ayudas.

- c) *Producir cambios internos en el niño para que se enfrente a la situación temida.* Esta estrategia se centra en el control de la activación vegetativa (respuestas psicofisiológicas) y mental (respuestas cognitivas) en situaciones fóbicas. Los principales entrenamientos, generalmente aplicados en el marco de una técnica (DS estándar, DS con autoinstrucciones, DS de autocontrol, inoculación de estrés) o de un programa multicomponente, son:

- *Relajación, respiración, imaginación.* La relajación muscular activa, la respiración rítmica y pausada, la imaginación de escenas agradables, como la degustación de un sabroso helado, o de escenas relejantes, como la contemplación de un lago de aguas tranquilas, se usan para contrarrestar el notable incremento de la activación vegetativa experimentado en situaciones fóbicas y estresantes.
- *Autoinstrucción.* Se reemplazan los pensamientos de miedo por frases mentales que ayudan a enfrentarse a los estímulos temidos. Con los niños conviene idear eslóganes breves y sencillos, y repetirlos hasta que se conviertan en automatismos mentales, como, por ejemplo «¿Qué tengo que hacer, Pepito? Respirar despacito». El objetivo es que el lenguaje interior guíe la interacción con la estimulación fóbica o al menos distraiga la atención de los aspectos más atemorizantes.

- d) *Motivar al niño para que repita su conducta de aproximación.* Una vez que se produce la interacción con la estimulación fóbica se manejan las contingencias para eliminar la conducta de evitación y potenciar la con-

ducta de aproximación. Las tácticas se basan en dos principios operantes:

- *Extinción.* Se ignoran las respuestas defensivas, las quejas y las muestras de miedo en general. Se retira cualquier reforzador de la conducta fóbica, pasarse a la cama de los padres en mitad de la noche, retrasar la hora de acostarse viendo la televisión o jugando, etc. El moldeamiento es una técnica que incluye este procedimiento.
- *Refuerzo positivo.* El ofrecer refuerzo positivo, la retroalimentación positiva, la economía de fichas son potentes sistemas de fortalecimiento de la conducta de aproximación. La práctica positiva es un método que combina refuerzo y retroalimentación.

## 5.1. Técnicas del enfoque neoconductista mediacional

Su objetivo es extinguir las respuestas de ansiedad adquiridas mediante la presentación de los estímulos fóbicos solos, es decir, sin asociación con estímulos nocivos o aversivos. Se procede mediante ensayos breves y repetidos (desensibilización sistemática) o ensayos más prolongados y menos numerosos (inundación). También se puede preparar al niño antes de la presentación de los estímulos fóbicos (relajación, tensión).

### 5.1.1. Desensibilización sistemática

#### 5.1.1.1. Procedimiento estándar

Aunque existen informes del uso de la relajación y de la imaginación en algunos programas terapéuticos para niños pequeños, el método estándar no es el tratamiento de elección para las fobias de los más jóvenes, debido a sus problemas para atender y discriminar las sensaciones de relajación o para evitar moverse en un intervalo temporal prolongado.

Antes de la preadolescencia (9-11 años), la mayoría de los sujetos no han consolidado las habilidades cognitivas y motoras que requiere la aplicación de la DS (Bragado, 1994; Echeburúa, 1998; Méndez y Macià, 1998b; Morris y Kratochwill, 1987a, 1987b). Por tanto, en principio, debe reservarse para niños mayores y adolescentes.

#### a) Relajación muscular

Cautela y Groden (1985) han adaptado el entrenamiento en relajación muscular progresiva para niños menores de nueve años o con serios problemas psicológicos. Asimismo, Chace (1985) aporta sugerencias prácticas para niños con trastornos neuromusculares, como, por ejemplo, parálisis cerebral. Kendall y Braswell (1986) idearon la alternativa del robot-muñeco de trapo (*robot-ragdoll*). Primero, el niño aprende a moverse como un robot (rígido, tenso y sin doblar las extremidades) y luego como un muñeco de trapo (flexible, relajado y flácido). Un método similar consiste en enseñar a relajar con ayuda del modelado de una marioneta. El niño (observador) y la marioneta (modelo) están sentados. Cuando el terapeuta manipula el artificio el niño imita el movimiento: se pone en pie lentamente, de puntillas, alza los brazos, levanta los ojos, enarca las cejas, es decir, tensa los músculos como si unos hilos imaginarios tirasen de él hacia arriba. A continuación realiza el proceso inverso, relajando todo el cuerpo y sentándose de nuevo, como si se aflojaran los hilos imaginarios. La tabla 2.11 ofrece recomendaciones generales para el entrenamiento en relajación con niños.

#### b) Jerarquía

La contribución del niño depende de su edad. Con los más jóvenes el terapeuta selecciona los ítems y los ordena, de modo que el papel del pequeño se reduce a confirmar la jerarquía resultante o a sugerir algunos cambios. El terapeuta escoge los ítems no sólo de la información facilitada por el sujeto, los adultos y otros niños de su entorno, como amigos o hermanos, sino también de la proporcionada por las observaciones en situaciones naturales

TABLA 2.11

#### *Pautas terapéuticas para la relajación infantil*

- Programe sesiones cortas y frecuentes (sesiones diarias de quince minutos).
- Elimine del ambiente estímulos distractores (juguetes, televisión, pizarra, etc.).
- Presente el entrenamiento como un juego divertido.
- Adapte el lenguaje a la edad del niño (instrucciones sencillas, estilo familiar).
- Modele los ejercicios usted mismo y/o con ayuda de muñecos.
- Recorra a la instigación y a la guía física si es necesario.
- Aclárele que puede interrumpir el proceso si algo le preocupa.
- Trabaje grandes y pocas zonas corporales (brazos, cabeza, tronco, piernas), en lugar de pequeños y numerosos grupos musculares.
- Utilice juguetes para ilustrar la tensión (muñecos de plástico duro, soldaditos de plomo, etc.), la relajación (muñecos de peluche, figuras de plastilina, etc.), la respiración (instrumentos musicales de viento, matasuegras, etc.).
- Refuerce socialmente la colaboración del niño (elogios, sonrisas, contacto físico, etc.).
- Extinga las conductas inadecuadas (risas, movimientos, comentarios, etc.).
- Proporcione reforzadores materiales, actividades o fichas, según los casos.
- Emplee música relajante y masaje si el niño lo desea.
- Entréguele una casete y un *walkman* para las tareas para casa.

y artificiales. Para prevenir errores, los ítems se gradúan con base en variables físicas como distancias menores al objeto temido (jerarquías espaciales), tiempos mayores en la situación fóbica (jerarquías temporales), intensidades más fuertes o interacciones más estrechas con el estímulo fóbico (jerarquías de intensidad).

A los niños mayores y a los adolescentes se les puede entregar de diez a veinte fichas en blanco para que escriban situaciones en las que experimentan diversos grados de miedo. Luego se les enseña a ordenar los ítems mediante una escala de estimación o asignando una nota de cero a diez, puesto que

están acostumbrados a utilizar el sistema de calificación escolar. Otra estrategia sencilla es comparar pares de ítems. Méndez y Macià (1998a) trataron un caso de fobia a la oscuridad, en el que la ansiedad se relacionaba con la proximidad al lugar del robo doméstico. Con la ayuda de un plano del piso el terapeuta fue preguntando por el grado de miedo que producían diferentes lugares de la casa:

«¿Qué te da más miedo: estar por la noche tú solo, un ratito (cinco segundos), totalmente a oscuras, en tu habitación o en la habitación de tu hermana?» (p. 50).

### c) *Imaginación emocional*

El entrenamiento en formación de imágenes mentales vívidas y emotivas incluye la descripción detallada de varios tipos de escenas:

- Relajantes: «Imagínate como si fuera verdad que estás tumbado en la arena de una playa tranquila un día soleado de verano..., o descansando en un prado a la orilla de un riachuelo mirando el azul del cielo...».
- Agradables: «Imagínate que de verdad te hallas en casa de tu amigo que celebra su cumpleaños y está a punto de soplar para apagar las velas de la tarta..., o divirtiéndote en la pista de patinaje sobre hielo con tus amigos...».
- Fóbicas: «Imagínate que es verdad, caminas por la acera, a tu derecha hay un hermoso chalé, de pronto un enorme pastor alemán de aspecto fiero empieza a ladrarte detrás de la valla...».

Si al niño le cuesta imaginarse las escenas atemorizadoras se usa la *desensibilización enriquecida*, que recurre a representaciones audiovisuales y físicas de los estímulos fóbicos, como grabaciones magnetofónicas de ladridos, diapositivas de perros, animales de plástico, etc.

### d) *DS propiamente dicha*

Si los entrenamientos previos tienen éxito, es decir, el niño se relaja satisfactoriamente, imagina

con claridad las escenas que se le describen y responde emocionalmente a las mismas, entonces se inicia el procedimiento propiamente terapéutico, desensibilizando el primer ítem y avanzando progresivamente hasta completar la jerarquía.

La forma habitual de comunicar el sujeto al terapeuta que se encuentra relajado, que ya ha formado la imagen mental o que, en contra de lo previsto, experimenta ansiedad intensa al presentarle un ítem, consiste en alzar levemente el dedo índice. En nuestra opinión este proceder no es el más recomendable con niños, ya que algunos de ellos realizan este movimiento de modo imperceptible o inadvertido. Además, como la sala se encuentra en penumbra para facilitar la relajación y la imaginación, al terapeuta le resulta difícil percibir la señal o discriminar si se ha producido intencionalmente o de forma espasmódica. Nosotros indicamos al niño que nos diga con voz suave pero audible «ya» o directamente el valor de su nivel de miedo, por ejemplo, «cero».

## 5.1.1.2 Variantes

### a) *Imágenes emotivas*

Lazarus y Abramovitz (1979) idearon este método para tratar las fobias de niños pequeños o con dificultades para relajarse. Del mismo modo que las historias de miedo asustan a los niños, es posible utilizar, con fines terapéuticos, narraciones que protagonizan héroes infantiles o que giran en torno a temas apasionantes. La diferencia con el procedimiento estándar de la DS radica en que la respuesta inhibitoria de la ansiedad es el estado emocional suscitado por un relato que induce sentimientos positivos de autoafirmación, orgullo, afecto o alegría.

Sus creadores ilustran esta variante con el caso de un adolescente de 14 años, con quien fracasaron los intentos para enseñarle relajación. Desde hacía dos años y medio o tres presentaba un intenso miedo a los perros. Prefería coger dos autobuses para ir al colegio, con el consiguiente gasto de tiempo y dinero, a recorrer a pie una distancia inferior a 300 metros para evitar cruzarse en su camino con un perro. Deseaba ardientemente participar en las 500



millas de Indianápolis. Un ítem que ocupaba un lugar bajo en la jerarquía fue:

«Cierra los ojos. Quiero que imagines, clara y vívidamente, que tu deseo se ha hecho realidad. El Alfa Romeo es tuyo ya. Es tu coche. Está en la calle delante de tu casa. Estás usándolo ahora. Fíjate en sus hermosas yuntuosas líneas. Decides ir a dar una vuelta con unos amigos tuyos. Tú estás sentado al volante y sientes un estremecimiento de orgullo al darte cuenta de que esta magnífica máquina es tuya. Lo pones en marcha y escuchas el maravilloso tronar del (tubo de) escape. Metes la marcha y el coche sale disparado... Ahora estás en una amplia y despejada carretera; el coche está actuando como un purasangre; el cuentakilómetros está subiendo a los 160; tú tienes el maravilloso sentimiento de tenerlo perfectamente controlado; miras a los árboles que silban al pasar a tu lado y ves un perrito que está al lado de uno de ellos —si sientes ansiedad, levanta el dedo—» (pp. 39-40).

Uno de los últimos ítems fue:

«Te detienes en un café de un pueblecito y docenas de personas se agolpan alrededor mirando envidiosamente a este magnífico coche y a su afortunado propietario; tú rebotas de orgullo; en este momento un gran boxer se acerca y olfatea tus talones —si sientes alguna ansiedad, etc.» (p. 40).

Las imágenes emotivas se han empleado también con miedos médicos. Jay (1988) preparó a una niña a la que le iban a practicar procedimientos médicos dolorosos por medio de la siguiente escena:

«Ella pretendía que *Wonderwoman* viniese a su casa y le pidiese ser el nuevo miembro del equipo del superpoder. *Wonderwoman* le daría poderes especiales. Estos poderes especiales la harían tan fuerte y resistente que podría aguantar cualquier cosa. *Wonderwoman* pidió que se le hiciesen algunas pruebas para demostrar estos superpoderes. Las pruebas se llamaban aspira-

ción de la médula ósea y pinchazo espinal. Estas pruebas dolían, pero con sus nuevos superpoderes, ella podía respirar profundamente y permanecer tumbada. *Wonderwoman* se sintió muy orgullosa cuando comprobó que los superpoderes funcionaban y la niña entró en el equipo del superpoder» (p. 409).

*b) DS con otras respuestas inhibitoras de la ansiedad*

- *Alimentos*. Montenegro (1978) trató a una niña de tres años y medio y a un niño de seis que presentaban ansiedad de separación, ofreciéndoles chocolate, helado, pasteles, patatas fritas y otras golosinas apetitosas, mientras permanecían tiempos mayores cada vez más lejos de sus respectivas madres.
- *Humor*. Sosa, Capafons, Gavino y Carrió (1984) transformaron el rostro atemorizador de un personaje que infundía miedo a un niño de seis años en una simpática cara, contrariando sus malvados ojos rasgados y oblicuos con una narizota de payaso, una dilatada sonrisa, cejas horizontales y grandes orejas. Después el pequeño imaginaba los ojos y los demás rasgos que ridiculizaban la expresión facial hasta conseguir reírse.
- *Compañía de adultos*. Los adultos significativos, como padres, maestros, etc., que mantienen una relación positiva con el niño y que exhiben un comportamiento tranquilo ante los estímulos fóbicos, funcionan como señales de seguridad. Freeman, Roy y Hemmick (1980) lograron que un niño de siete años con retraso mental venciera su miedo a las exploraciones médicas con la ayuda de una enfermera amiga del menor.
- *Ira inducida*. Kellerman (1980) indujo el enfado en un pequeño de cinco años con miedo a los seres fantásticos. El niño hacía un dibujo de Drácula, después lo destrozaba, lo arrojaba, gritaba expresiones de enojo, etc. Esta práctica se repetía hasta lograr que el niño se divirtiera efectuándola. Además se le dijo que cuando notara miedo

realizara alguna actividad para controlar su ansiedad como encender la luz de la habitación, comer algo de la nevera, escuchar la radio de la mesilla de noche, ver su cuento favorito.

- *Movimientos oculares.* A la visualización mental de las escenas provocadoras de ansiedad se le contraponen la inducción de movimientos sacádicos mediante el seguimiento ocular de los desplazamientos laterales del dedo del terapeuta a escasos centímetros de la cara del sujeto. La desensibilización por movimientos de los ojos fue diseñada por Shapiro (1989) para el tratamiento del trastorno por estrés posttraumático, aunque algunos autores la han utilizado con niños que presentan otros problemas con un fuerte componente de ansiedad, como las pesadillas (Pellicer, 1993) o la hemotofobia (Ortigosa, Gabarrón y Méndez, 2000).

c) *DS en grupo.* Es una variante eficiente, que permite desensibilizar a varios niños con la misma fobia. Para prevenir potenciales fracasos se incluyen más ítems en la jerarquía común o se repite más veces cada ítem. Se emplea en investigaciones y/o en problemas en los que es más sencillo reclutar un grupo homogéneo, como, por ejemplo, escolares con ansiedad ante los exámenes.

d) *DS en vivo.* Está indicada en los casos con dificultades para imaginar o para generalizar la mejoría terapéutica de la realidad mental a la física. La presentación de los estímulos fóbicos complica el uso de relajación, debido a que el tratamiento en vivo de determinadas fobias impide inmovilizar al niño. Por esta razón, las sensaciones de tranquilidad se sustituyen por los sentimientos de seguridad que provoca el contexto terapéutico o por emociones positivas inducidas. Ultee, Griffioen y Schellekens (1982) trataron a niños de cinco a diez años con fobia al agua en una piscina por medio de imágenes agradables.

### 5.1.2. Inundación

La interacción brusca y directa con los estímulos fóbicos, especialmente en vivo, es más aversiva que

las experiencias escalonadas propias de otros procedimientos (DS, aproximaciones sucesivas, modelado gradual). Considerando la menor capacidad de decisión y de autocontrol emocional del niño, la inundación debe reservarse para las fobias que precisan un cambio rápido de comportamiento. A este respecto, merece la pena destacar el éxito obtenido por Kennedy (1965) con su programa de tratamiento de la fobia escolar.

### 5.1.3. Tensión aplicada

Öst y Sterner (1987) crearon este procedimiento para el tratamiento de la hematófobia, que presenta un patrón bifásico de respuesta cardiovascular: elevación de la presión arterial y del ritmo cardíaco (1.ª fase, común al resto de fobias específicas), seguido de una brusca caída de estos parámetros psicofisiológicos (2.ª fase, peculiar de la fobia a la sangre), produciéndose desmayos en el 75 por 100 de los casos. El programa de tratamiento se lleva a cabo en cinco sesiones, en las que el sujeto practica la tensión muscular ante las primeras señales de descenso de la presión sanguínea (mareo, sudor frío, náusea, etc.), al presentarle, en imaginación y en vivo, los estímulos fóbicos. Se puede consultar un protocolo en castellano de esta técnica en Bados (1998) y en Sandín (1997).

## 5.2. Técnicas operantes

Las consecuencias son una importante variable de mantenimiento de las fobias infantiles. Así, en el miedo a la oscuridad, los padres refuerzan las quejas del hijo, tanto positiva (dormir con los padres, contar cuentos, jugar juntos, ver la televisión, etc.) como negativamente (evitar la soledad del cuarto, posponer el aburrimiento de acostarse sin sueño, etc.). La mayoría de las terapias incluyen elementos operantes, como el refuerzo positivo de las conductas de aproximación, aunque no se programen de forma explícita.

### 5.2.1. *Práctica reforzada*

Este paquete se compone de *instrucciones* facilitadoras, *práctica* en vivo, repetida y graduada, de la conducta de aproximación a los estímulos fóbicos, *refuerzo* social (y material) de las mejoras en la actuación y retroalimentación o información precisa sobre la ejecución. Así, en un caso de claustrofobia, el terapeuta anima al niño a que se quede solo dentro de un pequeño cuarto y salga cuando no soporte el miedo. Durante cada ensayo o a su conclusión le comunica los segundos de permanencia. Cada vez que supera el tiempo anterior elogia efusivamente su conducta valerosa y le da un pequeño premio o una ficha.

Leitenberg y Callahan (1973) lograron con este método terapéutico que cuatro de los siete niños del grupo experimental superaran la prueba de tolerancia a la oscuridad (cinco minutos), mientras que ningún sujeto del grupo de control alcanzó este objetivo.

### 5.2.2. *Aproximaciones sucesivas*

Con frecuencia, los adultos inadvertidamente refuerzan negativa y positivamente las conductas de miedo. Ejemplos de ello son el retirar los estímulos fóbicos y abrazar al niño asustado, extinguir los comportamientos valerosos al no prestarles atención por considerarlos «normales», o castigar la conducta adecuada, como el maestro que sobrecarga al estudiante con un cúmulo de deberes atrasados tras una inasistencia prolongada a clase a causa del temor experimentado ante algún aspecto de la situación escolar.

Una estrategia común del tratamiento de las fobias infantiles consiste en reorganizar las contingencias, es decir, reforzar positivamente las conductas de aproximación y extinguir las conductas de evitación. Estas medidas terapéuticas generales se aplican también en el marco de un programa estructurado denominado *refuerzo por aproximaciones sucesivas* o *moldeamiento*. Así, en los miedos desproporcionados y desadaptativos relativos al colegio, junto a la DS en vivo, el terapeuta entrena a padres y profesores en el manejo de contingencias.

## 5.3. PROCEDIMIENTOS DE MODELADO

Los estudios con muestras infantiles análogas y clínicas han confirmado la eficacia del modelado para tratar fobias animales (serpientes, perros), ambientales (alturas, agua), médicas (cirugía, anestesia), etc.

### 5.3.1. *Modelado en vivo*

Un modelo exhibe la conducta de aproximación al objeto temido ante un niño (*modelado individual*) o grupo de niños (*modelado grupal*), que observa el comportamiento modelado. El valor terapéutico de este procedimiento se potencia si el observador adopta un papel activo, es decir, si después de la demostración el niño inicia la interacción con los estímulos fóbicos (*modelado participante*). Al igual que en las variantes en vivo de otras técnicas, su naturaleza aversiva se reduce con la gradación, es decir, el modelo lleva a cabo progresivamente comportamientos más valerosos (*modelado gradual*).

En un estudio clásico, Bandura, Blanchard y Ritter (1969) mostraron a adolescentes con fobia a las serpientes un modelo efectuando interacciones cada vez más estrechas con una serpiente inofensiva. Después, los sujetos tocaron, acariciaron y sostuvieron la serpiente, con y sin guantes, mientras el modelo sujetaba el reptil por la cabeza y la cola. Finalmente, permitieron que el animal se enroscara libremente por sus cuerpos, con y sin la ayuda del modelo. Si junto a instrucciones e instigaciones verbales el modelo proporciona guía física, la modalidad se denomina *desensibilización por contacto*. Ritter (1977) trató a niños de 5 a 11 años con fobia a las serpientes. Tras el modelado, el crío se ponía un guante, colocaba su mano sobre la del modelo que le enseñaba a acariciar con suavidad el cuerpo de una serpiente *Gopher*. Paulatinamente se desvanecía esta ayuda física.

Una ventaja importante del modelado en vivo es su flexibilidad. La retroalimentación continua le permite al modelo adaptar su actuación a las características de cada caso. Así, si al realizar una deter-

minada acción la expresión facial del observador denota intenso miedo, el modelo interrumpe su conducta y repite comportamientos más sencillos hasta comprobar que disminuye el temor del niño, antes de proseguir con comportamientos de aproximación más comprometidos.

### 5.3.2. Modelado simbólico

Consiste en la filmación o grabación de la conducta de uno o varios modelos. El modelado audiovisual posee posibilidades técnicas y económicas interesantes, como efectos especiales, control del rodaje o difusión de videocintas y diaporamas. El automodelado gradual, filmado y trucado, descrito por Olivares, Méndez y Bermejo, en el capítulo sobre mutismo selectivo de este mismo manual, es un excelente ejemplo de las ventajas de esta clase de modelado: primeros planos, montaje trucado, etc.

Esta variante se ha utilizado con miedos médicos infantiles (Ortigosa, Méndez y Quiles, 1996). Las películas presentan uno (*modelado simple*) o varios modelos de diferente edad y sexo (*modelado múltiple*), en la secuencia siguiente: 1) manifestación de preocupaciones y miedos; 2) adquisición de estrategias de afrontamiento (relajación, respiración, imaginación, autoinstrucción); 3) superación del miedo a procedimientos médicos dolorosos y/o atemorizantes (intervención quirúrgica, cateterización, extracción dental, punción lumbar, aspiración de médula ósea, retirada de moldes, hidroterapia para quemados, etc.). El *modelado de afrontamiento*, modelo inicialmente ansioso pero finalmente seguro y calmado, es preferible al *modelado de dominio*, modelo sin señales de miedo desde el principio al final, porque al existir mayor similitud con el primero hay más probabilidades de que el niño imite su conducta.

Una de las películas más conocidas en este ámbito es *Ethan se opera*, utilizada por Melamed y Siegel (1975) con niños de cuatro a doce años para prepararles psicológicamente a la cirugía. Un resumen de su argumento es el siguiente:

«La película experimental, *Ethan se opera*, muestra a un niño de siete años que ha sido hos-

pitalizado para ser operado de una hernia. La película, de dieciséis minutos de duración, contiene quince escenas en las que se ven diversos acontecimientos que la mayoría de los niños experimentan desde el momento de su ingreso hasta su alta, incluyendo la habituación del niño al hospital y al personal médico, como el cirujano y el anestésico; la realización de un análisis de sangre y la exposición al equipamiento típico de un hospital; la separación de la madre; escenas en el quirófano y en la habitación. Además de las explicaciones de las rutinas del hospital proporcionadas por el personal médico, Ethan narra diversas escenas y describía sus sentimientos y preocupaciones en cada etapa de su experiencia del hospital. Tanto la conducta del niño como sus comentarios reflejaban cierto miedo; sin embargo, era capaz de superar sus temores iniciales y afrontar cada situación adecuadamente y sin ansiedad» (p. 514).

Una película similar en castellano es *Mi operación* (Ortigosa y Méndez, 1995), de 22 minutos de duración, protagonizada por Jorge y Ana, dos niños de edades distintas, producida para reducir la ansiedad de pacientes pediátricos que van a ser sometidos a cirugía menor programada.

¿Qué clase de modelado es más eficaz en el tratamiento de las fobias infantiles? Para responder a esta pregunta Ollendick (1979) revisó doce investigaciones que contabilizaban más de 400 sujetos, en su mayoría niños y adolescentes. Halló los siguientes porcentajes en cuanto al comportamiento de aproximación final o que produce más temor: 25-50 por 100 con modelado simbólico, 50-67 por 100 con modelado en vivo sin participación del observador, 80-92 por 100 con modelado en vivo más participación.

## 5.4. Técnicas cognitivas

Algunos procedimientos cognitivos, especialmente las autoinstrucciones, se han incorporado a los programas multicomponentes de tratamiento. A diferencia de otros métodos terapéuticos como la DS, la

práctica reforzada o el modelado participante, que han probado su eficacia al aplicarse en solitario, las técnicas cognitivas se utilizan como complemento de la terapia en las fobias infantiles. Graziano, Mooney, Huber e Ignasiak (1979), por ejemplo, las incluyeron en su paquete de relajación, imaginación y economía de fichas para la fobia a la oscuridad.

#### 5.4.1. Autoinstrucciones

Las autoinstrucciones se emplean en fobias específicas donde la actividad cognitiva es relevante. Algunos niños informan que en la oscuridad ven unos ojos mirándoles fijamente, que se les aparecen seres imaginarios (personajes de películas de terror o de cuentos de miedo, como Drácula), o que creen que han entrado los ladrones en casa cuando oyen un ruido. Otros tienen frecuentes pensamientos negativos al practicarles alguna prueba médica («me va a doler mucho», «me quiero ir a mi casa»), que interfieren en la colaboración con el personal sanitario.

En la fobia a la oscuridad, se ensayan *autoinstrucciones de competencia*, para fomentar el coraje infantil («soy un niño valiente; puedo cuidar de mí mismo en la oscuridad») y *autoinstrucciones minimizadoras*, para rebajar la aversividad de la situación («la oscuridad es un sitio divertido para estar; hay muchas cosas buenas en la oscuridad») (Kanfer, Karoly y Newman, 1975).

En las fobias médicas se entrenan *autoinstrucciones de preparación*, «¿cómo me preparo a... (operación quirúrgica, extracción dental, etc.)? Tengo que acordarme del truco que me enseñaron...»; *autoinstrucciones de confrontación*, «calma, todo va bien», «mi médico es muy bueno», «no me gusta esto, pero puedo soportarlo», «todos los días operan en este hospital y no pasa nada»; *autoinstrucciones de afrontamiento de momentos críticos*, «respiro profundo y me relajo», «cierro los ojos y pienso que estoy jugando con mis amigos», «duele un poco, pero termina pronto», «dentro de un momento todo habrá pasado»; *autoinstrucciones de autorrefuerzo*, «¿ves?, ¡no es tan fiero el león como lo pintan!», «he aprendido, la próxima vez lo haré mejor», «¡yupiiii!, se lo tengo que contar a mis amigos». Méndez, Ortigosa y

Pedroche (1996) revisaron los trabajos que han utilizado autoverbalizaciones para el control de la ansiedad experimentada ante procedimientos médicos.

### 5.5. La terapia de juego

La aplicación de varias de las técnicas mencionadas en los apartados anteriores reviste especial dificultad durante la primera infancia, debido a limitaciones en los repertorios básicos de conducta (atención, imitación, pensamiento abstracto, etc.). Así, la DS, tratamiento ampliamente utilizado en las fobias específicas de los adultos, requiere habilidades complejas para relajarse, imaginar debidamente escenas fóbicas y autoevaluar el grado de miedo. El desarrollo motor y cognitivo cuestiona el empleo de la DS con niños pequeños. Morris y Kratochwill (1987b), en su revisión sobre el tratamiento conductual de los miedos escolares desproporcionados y desadaptativos, encontraron que la DS estándar se usó con niños a partir de los 9 años.

Una solución eficaz y viable a este inconveniente es la presentación en vivo de los estímulos fóbicos. Sin embargo, el carácter aversivo de la exposición en vivo y el menor autocontrol emocional de los niños de corta edad, explica su escasa colaboración durante la terapia o el rechazo de procedimientos como la inundación en vivo. Una alternativa indicada con los más pequeños es el tratamiento en formato de juego, largamente desatendido en terapia de conducta por reacción ante sus connotaciones psicodinámicas.

#### 5.5.1. Programas terapéuticos basados en el juego

La actividad lúdica, desde cuentos a juegos de acción, posee un potencial reforzante muy elevado para los más pequeños y constituye una estrategia motivadora recomendable para la conducta de aproximación infantil. Existen variantes y adaptaciones para niños de técnicas de terapia de conducta originalmente creadas para tratar las fobias de los adultos. Las imágenes emotivas, que utilizan relatos

emocionantes, y otras modalidades de la DS, que recurren al dibujo o a otras prácticas divertidas, persiguen suscitar en el niño sentimientos de alegría, orgullo, ira, etc., para contraponerlos al miedo fóbico. De este modo, se inhiben las respuestas de ansiedad prescindiendo de la relajación. La práctica reforzada puede adoptar el formato de *olimpiada de los valientes*, donde el niño bate sucesivamente sus récords de tolerancia, como, por ejemplo, el tiempo de permanencia a solas en una habitación a oscuras.

Se han diseñado juegos de rol para determinadas fobias específicas. En *el juego de los maestros* el niño acude al colegio acompañado por su madre después de concluir las clases. Entran en el aula vacía, se sientan en los pupitres y juegan durante media hora, desempeñando el crío el papel de maestro y su madre el de alumna. En *el juego de los médicos* se le entrega al niño un botiquín con jeringuilla, algodón, vendas, mascarilla, etc., para que se habitúe al instrumental y material médico. Se le proporciona también un muñeco de trapo para que simule que es un enfermero y le ponga una inyección. A menudo se les regala otros objetos relacionados con su miedo para que se diviertan con ellos, como, por ejemplo, cuadernos del hospital para pintar o tizas de colores para dibujar en la pizarra. Generalmente, estos juegos forman parte de un programa multicomponente de tratamiento.

Uno de los programas conductuales mejor estructurados fue desarrollado en la universidad de West Florida por el grupo de Mikulas. El tratamiento del miedo a la oscuridad se llevó a cabo en el hogar por los padres, previo entrenamiento, y se basó en biblioterapia y ludoterapia. Mikulas, Coffman, Dayton, Frayne y Maier (1985) analizaron la eficacia de los componentes de este programa lúdico dirigido a niños de cuatro a siete años con fobia a la oscuridad. El paquete terapéutico completo incluía el cuento *Uncle Lightfoot*, de doce capítulos, un folleto con la descripción de ocho juegos e instrucciones escritas sobre refuerzo social y material. Mikulas y Coffman (1989) ilustran la relación entre el cuento, los juegos y los reforzadores. Así, Michael, el niño protagonista, visita a su tío, un indio que vive en una granja. Se marchan de acampada y por la noche su tío le enseña a identificar

sonidos animales. El correspondiente *juego de los animales amigos* consiste en que el niño, acostado en su habitación, a oscuras, adivine los sonidos que sus padres emiten desde fuera. Los autores recomiendan empezar por sonidos fácilmente reconocibles (por ejemplo, balidos) y no emitir sonidos atemorizadores (por ejemplo, rugidos). Sugieren también alargar progresivamente el intervalo de espera entre los sonidos y administrar reforzadores coleccionables, como las cuentas de un collar indio.

### 5.5.2. Programa estructurado de tratamiento: Escenificaciones emotivas

#### 5.5.2.1. Introducción histórica

La técnica de *escenificaciones emotivas* (EE) fue creada por Méndez, que informó de los primeros resultados en el «II Simpósio de Terapia Comportamental», dedicado al tema de fobias, que se celebró en Coimbra en junio de 1986, organizado por la *Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento* (APTC). Las EE surgieron como una variante en vivo de las imágenes emotivas de Lazarus y Abramovitz (1979), al constatar que los avances terapéuticos obtenidos en varios casos no se generalizaban de las situaciones imaginadas a las situaciones reales. Para facilitar y fortalecer las exposiciones en vivo, más aversivas que las exposiciones en la imaginación, se incluyeron elementos operantes y de modelado.

Con las EE se han tratado 67 fobias infantiles a la oscuridad, a los ruidos fuertes, a animales (perros, gatos, palomas), al fuego, a procedimientos médicos (inyecciones, escayolas, vendajes) y a las aceitunas. El rango de edad de los sujetos tratados fue de 3 a 8 años, siendo casi el doble el número de niños (65,22 por 100) que el de niñas (34,78 por 100).

#### 5.5.2.2. Bases teóricas

Las EE consisten en interacciones en vivo con los estímulos fóbicos, llevadas a cabo en un contexto lúdico, de forma gradual, breve y repetida.

Dependiendo de la respuesta del niño, el terapeuta proporciona sucesivas ayudas (inducción verbal, guía física, modelado) para provocar la conducta de interacción y, una vez realizada, proporciona refuerzo positivo y retroalimentación.

Existen tres explicaciones principales de su eficacia:

1. *Condicionamiento clásico.* Las EE son una forma de desensibilización en vivo, que utiliza como agente inhibidor de la ansiedad los sentimientos de alegría, autoafirmación, orgullo, etc., originados en el curso del juego, más la seguridad que proporciona el contexto terapéutico. Desde esta perspectiva teórica, el contracondicionamiento es el mecanismo explicativo de su eficacia.
2. *Condicionamiento operante.* Se puede considerar a las EE como una modalidad de aproximaciones sucesivas o de práctica reforzada, donde la conducta de aproximación está en función de los estímulos discriminativos y de las contingencias programadas por el terapeuta, destacando el papel del refuerzo positivo.
3. *Aprendizaje social.* Las EE incorporan el modelado participante, de modo que la observación de la actuación del modelo es seguida por la actuación del observador, produciendo la extinción vicaria del miedo.

Los procedimientos de desensibilización, refuerzo y modelado se emplean ampliamente para tratar las fobias infantiles. Ollendick propuso, en 1979, que «un tratamiento completo de los miedos y fobias infantiles incluya aspectos de desensibilización sistemática, modelado y práctica reforzada [...] La combinación de estas técnicas podría resultar en una óptima reducción del miedo» (p. 162). Estos tres procedimientos poseen en común la interacción, graduada y en vivo, con los estímulos fóbicos.

Bados (1998) y Bragado (1994) señalan que esta técnica se compone de varios elementos terapéuticos basados en diferentes paradigmas de condicionamiento (clásico, operante, vicario), por lo que la sugerencia de Echeburúa (1998) de investigar la

contribución específica de cada variable de este paquete es muy adecuada.

### 5.5.2.3. Procedimiento

La implementación de las EE se efectúa en tres fases:

1. *Preparación.* La aplicación propiamente dicha de las EE requiere tres actividades previas:

- a) *Construcción de la(s) jerarquía(s).* Se elabora una jerarquía diferente para cada fobia. En los estudios de caso, la jerarquía es individual y consta normalmente de 20 a 30 ítems, aunque en miedos clínicos muy intensos puede incluir bastantes más. El niño ordena con la ayuda del terapeuta los ítems. En los estudios de grupo, la jerarquía es común y suele ser más extensa, habitualmente entre 40 y 50 ítems. El terapeuta combina variables físicas, como la intensidad de luz en voltios, y el tiempo de exposición, en segundos, que permiten una fácil gradación.
- b) *Elección del juego para la representación de papeles.* El terapeuta presenta el tratamiento como un juego y pide al niño que elija los personajes que van a representar, preferiblemente héroes valerosos como Supermán. Por lo general, escogen protagonistas de dibujos animados, series televisivas, libros o cómics de moda, como, por ejemplo, Espinete, Superratón, Spiderman, Lucky Luke o la perra Lasie. Es indispensable que el terapeuta conozca suficientemente el perfil de la figura valiente y la trama de sus aventuras, para inventar argumentos verosímiles que permitan la fácil inclusión de las tareas de interacción.
- c) *Programación del sistema de refuerzo.* El terapeuta administra refuerzo social efusivo: *verbal*, como frases de ánimo, felicitación o elogio; *gestual*, como sonrisas, guiños de ojos o el signo de la victoria; *físico*, como palmaditas en la espalda o frotarse la punta de la nariz, como los gnomos. Están indicados

también reforzadores comestibles, como pequeñas chocolatinas de colores o sorbos de refresco, y reforzadores materiales, como cromos de Willy Fogg o piezas de un puzzle de Aladdin. La economía de fichas que se emplea es muy simple y consiste en otorgar una superficha por superar un ítem al primer intento y una ficha por conseguirlo en ensayos posteriores. Conviene que algunos de los reforzadores de apoyo se relacionen con el tema del juego, como, por ejemplo, un cuento de D'Artacán y los tres Mosqueperros, muñecos de la colección Masters del Universo, etc., o con la fobia tratada, como, por ejemplo, un maletín de médico, material escolar, etc.

2. *Aplicación.* La duración de las sesiones es variable, porque factores como la fobia específica tratada, la edad del niño o el estado de ánimo infantil, mucho más fluctuante que el de los adultos, influyen en su desarrollo. Normalmente, se efectúan dos o tres sesiones semanales de treinta a cuarenta y cinco minutos, preferentemente en ambientes naturales, como la casa o el colegio.

El esquema de una sesión prototipo es el siguiente:

- a) El terapeuta explica el juego y proporciona al niño instrucciones sobre su comportamiento durante la sesión. A continuación, se ofrece un extracto de presentación:

«Vamos a jugar a un juego muy divertido. Verás qué bien lo vamos a pasar. Tú eres Amis, mi bravo mosqueperro, y yo D'Artacán, el mejor espadachín del reino. Estoy seguro de que te vas a portar valientemente y que cumplirás con valor todas las misiones que te mande. No te preocupes si sientes un poquito de miedo. Es normal. Los mosqueperros también tienen miedo y lo vencen. D'Artacán está orgulloso de ti, Amis, el mejor de sus mosqueperros. Si alguna vez te da miedo, llamas ¡D'Artacán! y yo iré rápidamente donde tú estés a rescatarte. ¿Estás

preparado? (El terapeuta resuelve las dudas que plantee el niño.) Venga. Ponte la casaca y el gorro. (Se visten los trajes con la cruz y el sombrero de papel con plumas.) Desenfunda tu espada. ¡A caballo!»

- b) Los primeros minutos de la sesión se dedican a jugar, hasta conseguir que el niño «se meta» en el juego y disfrute participando activamente. A continuación el terapeuta ordena realizar la interacción correspondiente al primer ítem de la jerarquía (o al ítem que corresponda en sesiones posteriores). El terapeuta manipula los antecedentes y las consecuencias en función del comportamiento infantil:

— *Interacción satisfactoria*, si el niño interactúa con los estímulos fóbicos sin manifestar señales de miedo. Proporciona refuerzos sociales y refuerzos comestibles o materiales.

— *Interacción insuficiente*, si interactúa con los estímulos fóbicos mostrando temor, se queja, retrocede, cierra los ojos, se tapa los oídos, etc. Refuerza socialmente.

— *Escape*, si inicia la interacción pero la interrumpe antes de transcurrir el tiempo estipulado; introduce ayudas sucesivas, instigación verbal, guía física, respuestas competitivas con la ansiedad, como el humor, etc. Cuando cumple por completo la tarea otorga refuerzo social.

— *Evitación*, si se niega a llevar a cabo la interacción; modela la conducta de aproximación, que en ocasiones requiere un entrenamiento concreto, como enseñar a acariciar de forma apropiada a un animal doméstico, e insta al niño a imitarle. Cuando se alcanza el objetivo administra refuerzo social.

- c) Si a pesar de todas las ayudas, el niño rehúsa llevar a cabo la interacción de un ítem determinado, se añaden nuevos ítems intermedios. En el caso de que las dificultades persistan, se



interrumpe el tratamiento para estudiar la causa del problema.

- d) Cuando se utiliza una economía de fichas, los reforzadores generalizados se entregan dependiendo de la rapidez con la que el niño alcanza el objetivo terapéutico de exhibir una conducta concreta de interacción sin signos de miedo. Si lo consigue en el primer intento recibe una superficha, si lo logra en intentos posteriores, una ficha.
- e) Las interacciones especificadas en cada uno de los ítems se repiten varias veces hasta que el niño las realiza satisfactoriamente en un par de ensayos consecutivos. En ese instante, se considera superado el ítem y el terapeuta introduce el siguiente, y así sucesivamente hasta completar la jerarquía.
- f) La sesión concluye con un ítem superado, que constituye el ítem inicial de la próxima sesión. Si en el momento final el niño no efectúa la tarea propuesta, se retrocede en la jerarquía para acabar con un ítem superado.

3. *Consolidación.* Las actividades terapéuticas para generalizar y mantener los logros terapéuticos obtenidos son:

- a) *Colaboración de los padres.* A veces las reacciones paternas refuerzan inadvertidamente las respuestas de ansiedad infantiles, tanto positiva como negativamente, prestando atención ó retirando los estímulos fóbicos. Las instrucciones verbales (y escritas) pretenden moldear el comportamiento de los padres, de modo que se prevengan las acciones inadecuadas, como el uso del castigo, y se fomenten las apropiadas, como el refuerzo positivo de la conducta de aproximación. También se les motiva para que cooperen con las tareas para casa.
- b) *Tareas para casa.* El terapeuta propone al niño ejercicios de práctica para los períodos entre sesiones, consistentes en interacciones,

solo o acompañado de un adulto, en el mismo lugar donde se celebran las sesiones o en otros diferentes. Las tareas se refieren siempre a ítems superados durante la terapia. Para prevenir complicaciones, en algunas fobias específicas se proporciona información e instrucciones concretas. Algunos mensajes tranquilizadores y descripciones precisas del comportamiento apropiado son: «la oscuridad no es peligrosa, pero debes moverte despacio y con precaución para evitar tropezar; por ejemplo, si la luz de la escalera se apaga, pégate a la pared y sube lentamente los peldaños hasta encontrar palpando el interruptor», «si se funden los fusibles, quédate quieto, canta o habla en voz alta para que los demás sepan dónde estás y no tropiecen contigo, y pide a una persona mayor que arregle los plomos», «el perro es el mejor amigo del hombre; sin embargo, no te acerques a cualquier perro callejero o desconocido en ausencia de su amo», «nadie se desangra cuando le pinchan con una aguja en la vena para extraerle sangre, respira profundo, dite “tranquilo”, y mira para otro lado cuando te saquen sangre».

- c) *Sesiones de afianzamiento.* Se dirigen a prevenir las recaídas y son de dos tipos:
  - Sesiones de sobreaprendizaje. Al superar todos los ítems de la jerarquía y antes de concluir el tratamiento, se celebran una o varias sesiones donde se repiten las conductas de interacción en las que el niño ha exhibido mayor dificultad.
  - Sesiones de apoyo. Tras el alta terapéutica, se planifican varias sesiones durante el seguimiento, cada vez más espaciadas, como, por ejemplo, después de uno, tres, seis y doce meses, no sólo para valorar el mantenimiento de la mejoría, sino también para resolver problemas, repasar, practicar y fortalecer la conducta de interacción y las estrategias de afrontamiento adquiridas.

## 5.5.2.4. Variantes

El procedimiento estándar de las EE puede modificarse en función de las peculiaridades del caso tratado y de los objetivos de la intervención.

- *EE en grupo*: Se aplica simultáneamente a varios niños que presentan la misma fobia específica. Es una modalidad eficiente que se utiliza en investigaciones. Así, en la fobia a los ruidos fuertes, se invita a los sujetos que van a recibir tratamiento a una fiesta de cumpleaños. Durante la celebración simulada, se descorcha una botella de sidra, se encienden luces de bengala, se explotan globos, petardos y fuegos artificiales. Se recomienda que la práctica se organice de forma que actúe en primer lugar el niño que exhibió una conducta de interacción más decidida durante la evaluación inicial y así sucesivamente.
- *EE sin juego de representación de papeles*: Generalmente, el terapeuta desempeña el papel de héroe valeroso u omnipotente, el niño el de un protagonista infantil y, cuando existen otros participantes, interpretan personajes diversos, como, por ejemplo, Aladdin (niño) o Jazmin (niña), el sultán (padre) o la sultana (madre), el genio (el terapeuta). Sin embargo, en algunos casos, el reparto de papeles no sigue esta pauta e incluso es posible que el juego se limite a una actividad lúdica sin representación de papeles. Así, el tratamiento de la fobia a la oscuridad puede consistir, sencillamente, en el juego del escondite.
- *EE con modelos alternativos*: Por razones prácticas, suele ser el terapeuta quien modela el comportamiento de interacción infantil. No obstante, si se dispone de otro niño para colaborar con la terapia, como un hermano o un amigo, se aconseja su participación, lo que ofrece varias ventajas: similitud del modelo con el observador, multiplicidad de modelos (infantil y adulto), riqueza del refuerzo (refuerzo vicario, refuerzo social del terapeu-

ta y del niño coterapeuta), aumento de las posibilidades de juego. Normalmente, el modelado es de dominio, porque resulta bastante difícil contar con un niño actor que ejecute satisfactoriamente el modelado de afrontamiento.

- *EE más estrategias cognitivas*: A pesar de las limitaciones en los repertorios cognitivos de los niños pequeños impuestas por la edad, el complemento de estrategias cognitivas está indicado en el tratamiento de algunas fobias infantiles (oscuridad, inyecciones, etc.).
- *EE dirigida por paraprofesionales*: Personas diferentes a los profesionales, como los padres, son entrenadas para llevar a cabo el tratamiento desde el principio de la terapia o en el curso de la misma, atenuando o desvaneciendo la guía del terapeuta. Las EE constituyen un procedimiento flexible, que permite su simplificación para ser aplicado por adultos no expertos. Esta modalidad resulta económica, potencia la implicación de los padres en la terapia, moldea la reacción paterna al problema y mejora las relaciones padres-hijo.

## 5.5.2.5. Eficacia

La evidencia sobre la eficacia de las EE procede de:

## a) Estudios de caso

Méndez y colaboradores (1986; Méndez y Macià, 1986, 1988, 1998a; Méndez, Macià y Olivares, 1990) han tratado con éxito 21 fobias específicas utilizando diseños A-B o diseños de líneas de base múltiples entre conductas, en casos que presentaban simultáneamente dos fobias. El número de sesiones varió entre 2 y 8, excluyendo las sesiones de afianzamiento, y su duración entre 15 y 60 minutos, dependiendo de la edad del sujeto y de la intensidad de su miedo. La mayor cantidad de tratamiento requerida para alcanzar el objetivo terapéutico de realizar la conducta final de interacción sin mostrar señales de ansiedad fue de ocho horas.

## b) Estudios de grupo

Méndez y García (1996) ofertaron este tratamiento en tres colegios públicos mediante circular remitida por los maestros. Treinta y un de 693 padres solicitaron terapia para sus hijos. Se eligieron 21 sujetos que presentaban las mismas dos fobias específicas: a la oscuridad y a los ruidos fuertes. Tras la evaluación inicial, se descartaron seis casos porque no cumplían los siguientes criterios de inclusión: dos años de persistencia como mínimo de ambos miedos, puntuaciones inferiores al 30 por 100 del total en las pruebas de aproximación conductual (PAC) y alteraciones significativas en la vida cotidiana del niño. Finalmente, la muestra quedó compuesta por 6 niñas y 9 niños, de 4 a 8 años.

Para cada fobia, se llevaron a cabo en los centros escolares ocho sesiones de tratamiento individual, de veinte minutos de duración, con una periodicidad de dos a la semana. Las PAC, registradas por observadores entrenados, y las escalas de valoración de los padres mostraron reducciones significativas en ambas fobias, que se mantenían en los seguimientos efectuados tres y seis meses más tarde. Hubo un caso en el que el tratamiento fracasó. Las EE no consiguieron que un niño de seis años mejorara de su fobia a la oscuridad, aunque sí de su fobia a los ruidos fuertes de mayor intensidad, debido a la falta de colaboración de la madre que dejaba la luz encendida las noches que su marido, que trabajaba como policía, se encontraba de guardia.

González, Méndez y Sánchez-Meca (1996) y Méndez, González y Sánchez-Meca (1997) emplearon el anterior sistema de reclutamiento en otra investigación, para comparar una adaptación de la terapia de juego de Mikulas y Coffman (1989) con las EE. De una población de 1.750 escolares, se recibieron 69 demandas de tratamiento para la fobia a la oscuridad. Sólo 38 sujetos cumplían los requisitos exigidos, por lo que finalmente la muestra se compuso de 19 niñas y 19 niños, de 4 a 8 años. Se utilizó un diseño factorial mixto  $2 \times 3$ , con un factor inter (terapia de juego, EE) y un factor intra (pretest, posttest, seguimiento). El tratamiento se realizó por las noches en los domicilios de los

niños durante un mes. Cada semana se celebraron dos sesiones de treinta minutos con al menos dos días de lapso. Ambos grupos mejoraron significativamente tras los respectivos tratamientos y mantenían la ganancia terapéutica tres meses después. La puntuación total en un inventario de miedos infantiles relleno por los padres, disminuyó más con la terapia de juego de Mikulas, mientras que con las EE se obtuvo un resultado superior en la PAC. En el resto de variables dependientes —inventario de miedos contestado por los niños, prueba de tolerancia a la oscuridad y escala de estimación para padres— no se constató ninguna diferencia significativa entre los grupos.

## 5.6. Psicofármacos

La imipramina se ha empleado en el TAS y en la fobia escolar. Sin embargo, la pobreza de estudios controlados en la infancia, la magnitud de los efectos secundarios de la medicación antidepressiva y los resultados satisfactorios del tratamiento psicológico, aconsejan elegir en primer lugar el tratamiento conductual. Investigaciones futuras deberán comprobar si los fármacos aumentan significativamente la eficacia de la terapia de conducta, sobre todo en fobias infantiles graves con depresión asociada.

## 6. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS

Méndez, García y Olivares (1997) ofrecen la siguiente guía para la toma de decisiones en el tratamiento de fobias específicas en la infancia:

Pautas terapéuticas para *presentar los estímulos fóbicos*:

1. Prioridad de la presentación gradual. Para evitarle al niño malestar innecesario y minimizar el riesgo de que él y/o sus padres rechacen el tratamiento y abandonen la terapia, se recomienda elegir en primer lugar las técnicas que utilizan alguna forma de jerarquización o gradación de la estimulación fóbica (DS, aproximaciones sucesivas, modelado gradual).

2. Indicaciones para la presentación sin gradación. La presentación brusca y prolongada (inundación) se reserva para niños muy motivados, que manifiesten explícitamente su acuerdo, y para casos en los que urge la eliminación de las conductas fóbicas, como, por ejemplo inasistencia escolar originada por una reacción fóbica.
3. Prioridad de la presentación en vivo. Por razones de eficacia terapéutica, son preferibles las variantes en vivo de las técnicas, que, además, obvian inconvenientes como la dificultad de los niños pequeños para imaginar adecuadamente las escenas fóbicas o los problemas de generalización a situaciones naturales.
4. Indicaciones para la presentación en imaginación o por medios audiovisuales. La representación mental de los estímulos (variantes en imaginación) se limita a los niños que rehúsan la presentación en vivo o a los casos en que la presentación en vivo resulta inviable, costosa o difícil de controlar, como, por ejemplo, fobias a seres imaginarios (brujas, monstruos, extraterrestres, etc.). La presentación mediante diapositivas, casetes, videocintas, CD-ROM, etc. (variantes audiovisuales), conlleva costes de producción, a veces, bastante elevados; por razones de eficiencia, se restringe su uso a tratamientos grupales y/o en instituciones, como, por ejemplo, películas en los hospitales pediátricos para preparar a la cirugía infantil.

*Pautas terapéuticas para desarrollar y fortalecer la conducta deseada:*

5. Manipulación de antecedentes físicos y sociales. La interacción con los estímulos fóbicos se facilita proporcionando estímulos externos: instrucciones, instigación verbal, guía física, modelos, disposición del ambiente, etc.
6. Modificación de variables organísmicas. La interacción se facilita también operando cambios internos mediante la adquisición de repertorios básicos de habilidades para enfrentarse a situaciones fóbicas: entrenamientos en relajación, respiración, imaginación, autoinstrucción, etc.
7. Manejo de contingencias. La interacción con la estimulación fóbica se fortalece administrando contingentemente estímulos positivos: retroalimentación, refuerzos (refuerzo social, economía de fichas, contratos de contingencias, etc.).
8. Práctica conductual. La conducta de interacción se consolida mediante la práctica sistemática. Los ensayos conviene que sean frecuentes y duraderos. En terapia infantil, se recomienda que la práctica esté supervisada en las sesiones por el terapeuta y, fuera de ellas, por un adulto significativo (madre, padre, profesor, enfermera, etc.).
9. Generalización y mantenimiento. El tratamiento incluye la programación de actividades para fomentar la generalización de los logros terapéuticos al ambiente natural del niño y prevenir recaídas, como instrucciones a los padres, tareas para casa, sesiones de sobreaprendizaje, sesiones de apoyo, entrenamiento en autocontrol emocional, entrenamiento en solución de problemas, etc.
10. Parsimonia terapéutica. La terapia persigue alcanzar la mayor mejoría con el menor coste posible. El principio de eficiencia supone darle al niño toda la ayuda que precise, pero no más apoyo del que necesite. El terapeuta establece y ajusta el programa de forma empírica, procediendo por ensayo y error, en función, entre otras variables, de la evaluación inicial, de las hipótesis explicativas, de los objetivos terapéuticos y de la respuesta del niño al tratamiento. Así, para lograr que un escolar se reincorpore a clase cuanto antes, propone la inundación en vivo; si el niño se altera excesivamente con riesgo de que sus padres interrumpen la terapia, entonces puede plantear una técnica más gradual, como la DS, o una variante menos aversiva como el empleo de la

*Regla general:*

10. Parsimonia terapéutica. La terapia persigue alcanzar la mayor mejoría con el menor coste posible. El principio de eficiencia supone darle al niño toda la ayuda que precise, pero no más apoyo del que necesite. El terapeuta establece y ajusta el programa de forma empírica, procediendo por ensayo y error, en función, entre otras variables, de la evaluación inicial, de las hipótesis explicativas, de los objetivos terapéuticos y de la respuesta del niño al tratamiento. Así, para lograr que un escolar se reincorpore a clase cuanto antes, propone la inundación en vivo; si el niño se altera excesivamente con riesgo de que sus padres interrumpen la terapia, entonces puede plantear una técnica más gradual, como la DS, o una variante menos aversiva como el empleo de la

imaginación. Siguiendo el mismo criterio, el terapeuta debe comprobar que un niño no se acerca a una araña al indicárselo, antes de utilizar el modelado, o que no repite el comportamiento de aproximación después de ser elogiado, antes de poner en práctica un programa de economía de fichas.

En definitiva, el tratamiento de elección de las fobias específicas en la infancia es la interacción con los estímulos fóbicos, mediante exposición pasiva, como permanecer a solas en la oscuridad, o aproximación activa, como pasear a un perro adiestrado. El denominador común de las técnicas utilizadas, DS, inundación, práctica reforzada, aproximaciones sucesivas, modelado, es alguna forma de interaccionar con la estimulación fóbica. Un componente adicional es la reorganización de las contingencias, puesto que los padres de los niños con miedos desproporcionados y desadaptativos suelen sobreproteger a sus hijos. Las técnicas cognitivas pueden constituir un complemento útil y un elemento importante para el mantenimiento de los logros terapéuticos, pero, tanto por razones de eficacia como de viabilidad, su uso está mucho más restringido en la infancia.

La investigación futura debería depurar los tratamientos psicológicos de las fobias específicas, especialmente mediante las estrategias de comparar técnicas o variantes y de desmantelar los paquetes terapéuticos. Es importante también identificar variables predictoras de la respuesta al tratamiento. Finalmente, un área relevante en la infancia es el desarrollo de programas preventivos, que fomenten las habilidades infantiles de afrontamiento y modifiquen factores ambientales de riesgo, como, por ejemplo, el estilo educativo sobreprotector.

## REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4.ª ed.-Texto revisado). Washington, DC: Autor

- Bados, A. (1998): Fobias específicas. En M. A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. I). Madrid: Dykinson.
- Bandura, A.; Blanchard, E. B. y Ritter, B. (1969): The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and cognitive changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-199.
- Bouldin, P. y Pratt, C. (1998): Utilizing parent report to investigate young children's fears: A modification to the Fear Survey Schedule for Children-II: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 271-277.
- Bragado, C. (1994): *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Bragado, C.; Carrasco, I.; Sánchez, M. L. y Bersabé, R. M. (1996): Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Bragado, C. y García-Vera, M. P. (1998): Trastornos emocionales en niños y adolescentes. En M. A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. II). Madrid: Dykinson.
- Cautela, J. R.; Cautela, J. y Esonis, S. (1983): *Forms for the behaviour analysis with children*. Champaign, IL: Research Press.
- Cautela J. R. y Groden, J. (dirs.) (1985): *Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.: 1978).
- Corral, P. de y Echeburúa, E. (1996): Psicopatología y tratamiento de la fobia escolar. En J. Buendía (dir.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Chace, L. S. (1985): El niño con necesidades especiales y trastornos físicos. En J. R. Cautela y J. Groden (dirs.), *Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.: 1978).
- Echeburúa, E. (1998): *Trastornos de ansiedad en la infancia* (4.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Eysenck, H. J. y Rachman, S. (1965): *The causes and cures of neurosis: An introduction to modern behaviour therapy based on learning theory and the principles of conditioning*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Freeman, B. J.; Roy, R. R. y Hemmick, S. (1980): Extinción de la fobia ante un examen médico en un

- niño retardado de siete años. En R. Ardila (dir.), *Terapia del comportamiento: Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Bilbao: Desclee de Brouwer (Orig.: 1976).
- González, C.; Méndez, F. X. y Sánchez-Meca, J. (1996): Terapia basada en el juego para el miedo a la oscuridad. En SEAS (dirs.), *I Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés: Libro de resúmenes*. Murcia: SEAS.
- Graziano, A. M. y Mooney, K. C. (1984): *Children and behavior therapy*. Nueva York: Aldine.
- Graziano, A.; Mooney, K. C.; Huber, C. e Ignasiak, D. (1979): Self-control instruction for children's fear reduction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 221-227.
- Gullone, E. y King, N. J. (1992): Psychometric evaluation of a revised fear survey schedule for children and adolescent. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 987-998.
- Jay, S. M. (1988): Invasive medical procedures: Psychological interventions and assessment. En D. K. Routh (dir.), *Handbook of pediatric psychology*. Nueva York: Guilford.
- Kanfer, F. H.; Karoly, P. y Newman, A. (1975): Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational threat-related verbal cues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 251-258.
- Kellerman, J. (1980): Rapid treatment of nocturnal anxiety in children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 9-11.
- Kendall, P. C. y Braswell, L. (1986): Medical applications of cognitive-behavioral interventions with children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 7, 257-264.
- Kennedy, W. A. (1965): School phobia: Rapid treatment of fifty cases. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 285-289.
- King, N. J.; Clowes-Hollins, V. y Ollendick, T. H. (1997): The etiology of childhood dog phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 77.
- Lang, P. J. y Lazovik, A. D. (1963): Experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 519-525.
- Lapouse, R. y Monk, M. A. (1959): Fears and worries in a representative sample of children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 29, 803-818.
- Last, C. G.; Francis, G.; Hersen, M.; Kazdin, A. E. y Strauss, C. C. (1987): Separation anxiety and school phobia: A comparison using *DSM-III* criteria. *American Journal of Psychiatry*, 144, 653-657.
- Lazarus, A. A. y Abramovitz, A. (1979): El uso de «imágenes emotivas» en el tratamiento de las fobias infantiles. En H. J. Eysenck (dir.), *Experimentos en terapia de la conducta: Lecturas sobre los métodos modernos de tratamiento de los trastornos mentales según la teoría del aprendizaje*. Vol. 3: *Experimentación con niños*. Madrid: Fundamentos. (Orig.: 1962).
- Leitenberg, H. y Callahan, E. J. (1973): Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 19-30.
- Melamed, B. G. y Siegel, L. J. (1975): Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.
- Méndez, F. X. (1986, junio): *Escenificaciones emotivas: Un tratamiento para las fobias en niños de corta edad*. Comunicación presentada en el II Simposio de Terapia Comportamental, Coimbra (Portugal).
- Méndez, F. X. (1988): *Inventario de Miedos Escolares*. Trabajo policopiado, Universidad de Murcia.
- Méndez, F. X. (1998): *El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. (1999): *Miedos y temores en la infancia: Ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X.; Beléndez, M. y López, J. A. (1996): Consistencia interna y validez convergente del Inventario de Miedos Escolares. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-6.
- Méndez, F. X. y García, M. J. (1996): Emotive performances: A treatment package for children's phobias. *Child & Family Behavior Therapy*, 18, 197-208.
- Méndez, F. X.; García, J. M. y Olivares, J. (1997): Miedos y fobias infantiles. En M. Jiménez (dir.), *Tratamiento psicológico de problemas infantiles*. Archidona, Málaga: Aljibe.
- Méndez, F. X.; García-Fernández, J. M. y Olivares, J. (1996): Miedos escolares: Un estudio empírico en Preescolar, EGB y BUP. *Ansiedad y Estrés*, 2, 113-118.
- Méndez, F. X.; González, C. y Sánchez-Meca, J. (1997): Valoración de un programa multicomponente para tratar fobias en la infancia. En AEPCP (dirs.), *I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología: Libro de resúmenes*. Madrid: Dykinson.

- Méndez, F. X. y Macià, D. (1986): Tratamiento de una fobia infantil mediante «escenificaciones emotivas». *Anales de Psicología*, 3, 33-41.
- Méndez, F. X. y Macià, D. (1988): Escenificaciones emotivas: Una técnica para las fobias infantiles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 323-351.
- Méndez, F. X. y Macià, D. (1998a): Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad. En F. X. Méndez y D. Macià (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: Libro de casos* (6.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. y Macià, D. (1998b): Tratamiento conductual de un caso de fobia escolar. En F. X. Méndez y D. Macià (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: Libro de casos* (6.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X.; Macià, D. y Olivares, J. (1990, noviembre): *Tratamiento de fobias infantiles mediante escenificaciones emotivas, utilizando diseños de líneas de base múltiples entre conductas*. Comunicación presentada en el VIII Congreso Nacional de Psicología, Barcelona (España).
- Méndez, F. X.; Ortigosa, J. M. y Pedroche, S. (1996): Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4, 127-148.
- Merckelbach, H.; Muris, P. y Schouten, E. (1996): Pathways to fear in spider phobic children. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 935-938.
- Mikulas, W. L. y Coffman, M. F. (1989): Home-based treatment of children's fear of the dark. En C. E. Schaefer y J. M. Briesmeister (dirs.), *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems*. Nueva York: Wiley.
- Mikulas, W. L.; Coffman, M. F.; Dayton, D.; Frayne, C. y Maier, P. L. (1985): Behavioral bibliotherapy and games for treating fear of the dark. *Child & Family Behavior Therapy*, 7, 1-7.
- Miller, L. C.; Barrett, C. L.; Hampe, E. y Noble, H. (1972a): Comparison of reciprocal inhibition, psychotherapy, and waiting list control for phobic children. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 269-279.
- Miller, L. C.; Barrett, C. L.; Hampe, E. y Noble, H. (1972b): Factor structure of childhood fears. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 264-268.
- Montenegro, H. (1978): Fuerte ansiedad de separación en dos niños de edad preescolar tratados con éxito mediante inhibición recíproca. En B. A. Ashen y E. G. Poser (dir.), *Modificación de conducta en la infancia. Vol. 2: Trastornos emocionales*. Barcelona: Fontanella. (Orig.: 1968).
- Morris, R. J. y Kratochwill, T. R. (1987a): Childhood fears and phobias. En R. J. Morris y T. R. Kratochwill (dirs.), *The practice of child therapy* (2.ª ed.). Nueva York: Pergamon.
- Morris, R. J. y Kratochwill, T. R. (1987b): Dealing with fear and anxiety in the school setting: Behavioral approaches to treatment. *Special Services in the School*, 3, 53-68.
- Muris, P.; Merckelbach, H. y Collaris, R. (1997): Common childhood fears and their origins. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 929-937.
- Ollendick, T. H. (1979): Fear reduction techniques with children. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification* (vol. 8). Nueva York: Academic Press.
- Ollendick, T. H. (1983): Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Ollendick, T. H. y King, N. J. (1991): Origins of childhood fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 117-123.
- Ollendick, T. H. y Mayer, J. A. (1984): School phobia. En S. M. Turner (dir.), *Behavioral theories and treatment of anxiety*. Nueva York: Plenum.
- Ortigosa, J. M.; Gabarrón, M. D. y Méndez, F. X. (2000): Tratamiento de la hematofobia mediante desensibilización por movimientos de los ojos y reprocesamiento (DMOR): Estudio de un caso infantil. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 13, 62-68.
- Ortigosa, J. M. y Méndez, F. X. (1995): *Mi operación* (MU-281-95). Murcia: Centro de Recursos Audiovisuales, Universidad de Murcia.
- Ortigosa, J. M.; Méndez, F. X. y Quiles, M. J. (1996): Preparación a la hospitalización infantil (II): Modelado filmado. *Psicología Conductual*, 4, 149-181.
- Öst, L. G. (1987): Age of onset of different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Öst, L. G. y Hugdahl, M. F. (1981): Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 439-447.
- Öst, L-G. y Sterner, U. (1987): Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.

- Pelechano, V. (1981): *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1984): Programas de intervención psicológica en la infancia: Miedos. Monográfico de la revista *Análisis y Modificación de Conducta*, 10 (23-24).
- Pellicer, X. (1993): Eye movement desensitization treatment of a child's nightmares: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 73-75.
- Rachman, S. (1977): The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 125-134.
- Ritter, B. (1977): La desensibilización en grupo de las fobias infantiles a las serpientes utilizando procedimientos de desensibilización vicaria y con contacto. En B. A. Ashen y E. G. Poser (dirs.), *Modificación de conducta en la infancia. Vol. 1: Problemas menores de la conducta infantil*. Barcelona: Fontanella. (Orig.: 1968).
- Ryall, M. R. y Dietiker, K. E. (1979): Reliability and clinical validity of the Children's Fear Survey Schedule. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 303-309.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Scherer, M. W. y Nakamura, C. Y. (1968). A Fear Survey Schedule for Children (FSS-FC): A factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). *Behaviour Research and Therapy*, 6, 173-182.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Silverman, W. K. y Rabian, B. (1994). Specific phobia. En T. H. Ollendick, N. J. King y W. Yule (dirs.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. Nueva York: Plenum.
- Sosa, C. D., Capafóns, J. I., Conesa-Peraleja, M. D., Martorell, M. C., Silva, F. y Navarro, A. M. (1993). Inventario de Miedos (IM). En F. Silva y C. Martorell (dirs.), *EPIJ: Evaluación de la personalidad infantil y juvenil* (vol. III). Madrid: MEPSA.
- Sosa, C. D.; Capafóns, J. I.; Gavino, A. y Carrió, C. (1984): Tres acercamientos terapéuticos a los miedos infantiles: Oscuridad y soledad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 359-373.
- Sosa, C. D. y Capafóns, J. I. (1995): Fobia específica. En V. E. Caballo, G. Buela y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Ultee, C. A.; Griffioen, D. y Schellekens, J. (1982): The reduction of anxiety in children: A comparison of the effects of «systematic desensitization *in vitro*» and «systematic desensitization *in vivo*». *Behaviour Research and Therapy*, 20, 61-67.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Bragado, C. (1994): *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E. (1998): *Trastornos de ansiedad en la infancia* (4.ª ed.) Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. (1999): *Miedos y temores en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Pelechano, V. (1981): *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1984): *Programas de intervención psicológica en la infancia: Miedos*. Número monográfico doble de la revista «Análisis y Modificación de Conducta», vol. 10, números 23-24.
- Sandín, B. (1997): *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.



# Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños y adolescentes

# 3

MYRIAM RODRÍGUEZ DE KISSACK  
NANCY CONSUELO MARTÍNEZ LEÓN<sup>1</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

El estudio científico de los trastornos de ansiedad generalizada y de pánico en los niños y adolescentes tiene una historia muy reciente si se lo compara con la gran cantidad de investigaciones realizadas sobre esta problemática en los adultos. Afortunadamente, con la publicación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en sus diferentes versiones, el interés por profundizar en el conocimiento de dichas patologías de la niñez se ha venido afianzando a través de los años, de tal forma que hoy en día se cuenta con un cuerpo significativo de formulaciones teóricas y datos empíricos que permiten tener una visión coherente del fenómeno.

A través de este capítulo pretendemos dar una mirada breve pero representativa de los diferentes aspectos que conforman el cúmulo de conocimientos sobre los trastornos de ansiedad generalizada y pánico en la población infantil. En los temas que cubriremos, se observará que muchos de los hallazgos de la investigación no corresponden específicamente a los trastornos de ansiedad generalizada y de pánico en los niños, sino que se aplican igualmente a diferentes trastornos de ansiedad. Esto se debe a que aún no se ha avanzado lo suficiente en la metodología de evaluación clínica para lograr discriminar las diferencias sutiles entre uno y otro trastorno y porque, además, éstas no se manifiestan en un

estado «puro» en un determinado individuo, sino que, o bien coexisten con otros trastornos de ansiedad, o bien están asociados a éstos de manera secuencial a través del ciclo vital.

Las aportaciones teóricas acerca del origen y mantenimiento de estas problemáticas empiezan a arrojar luz sobre aspectos que antes pasaban desapercibidos en el estudio del comportamiento infantil, pero que en el momento actual han cobrado gran relevancia, especialmente para detectar señales tempranas del curso del problema, lo cual tiene otras implicaciones en la adopción de un enfoque preventivo de la salud en los niños y sus familias.

Finalmente, las estrategias de intervención disponibles hoy en día para el manejo de estos trastornos involucran diferentes tipos de procedimientos con componentes biológicos, cognitivo-conductuales, familiares y sociales. Es así como se han desarrollado paquetes de tratamiento con un enfoque integrador que permiten alcanzar mayor eficacia y proporcionan un buen potencial para garantizar el mantenimiento a largo plazo de los logros terapéuticos.

En términos generales, el estudio de los trastornos de ansiedad generalizada y de pánico en los niños y adolescentes presenta un panorama alentador en cuanto a los conocimientos ya adquiridos sobre su naturaleza e intervención, pero quedan aún múltiples interrogantes por resolver que serán el reto de los clínicos e investigadores en el futuro.

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Colombia (Colombia).

## 2. DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS

### 2.1. Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en niños y adolescentes es la denominación dada por el DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000) a la categoría diagnóstica que integra y modifica dos categorías que aparecían en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987): el Trastorno de ansiedad excesiva (TAE) y el Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). El DSM-IV elimina el TAE y más bien lo ubica como una variante del TAG. Sin embargo, dado que estos cambios en la clasificación psiquiátrica son de origen relativamente reciente, y que una buena parte de los estudios más importantes realizados en este campo han utilizado la nomenclatura del DSM-III-R, consideraremos como equivalentes las dos denominaciones. Asimismo, con base en esta aclaración, estimamos conveniente, a los efectos de la descripción del trastorno, partir de la definición del TAE dada por el DSM-III-R y presentar luego las modificaciones que introduce el DSM-IV-TR (que no varía en los criterios diagnósticos respecto al DSM-IV) en cuanto a los criterios que deben tenerse en cuenta para diagnosticar el TAG.

#### 2.1.1. *Definición de los trastornos de ansiedad excesiva (TAE) y de ansiedad generalizada (TAG) según el DSM-III-R*

El TAE de la niñez y la adolescencia se define como la presencia de una ansiedad o preocupación excesiva, poco realista o persistente, cuya duración ha sido por lo menos de seis meses y que no está desencadenada solamente por tensiones y estímulos estresantes psicosociales. Para cumplir con los criterios del DSM-III-R, el joven debe presentar, al menos, cuatro de los siguientes síntomas: preocupación excesiva o no realista acerca de acontecimientos futuros y su desempeño en éstos; preocupación excesiva o no realista acerca de acontecimientos y desempeños pasados; preocupación excesiva o no realista sobre la adecuación personal en una o más

áreas (escuela, deporte, vida social, etc.); necesidad continua de reafirmación; exagerada autoobservación; síntomas somáticos sin causa física que los justifique; sensaciones de tensión e incapacidad para relajarse. Los síntomas no deben ser atribuibles a ningún otro trastorno del Eje I y, si el individuo tiene más de 18 años, no debe cumplir con los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada.

El TAG se define como una ansiedad o preocupación excesiva, poco realista y persistente, que se presenta durante un período no inferior a seis meses en relación con dos o más circunstancias de la vida que no se pueden atribuir a ningún otro trastorno del Eje I. Deben presentarse al menos seis síntomas físicos que reflejen tensión motriz, hiperreactividad autónoma, vigilancia y escrutinio. Las categorías diagnósticas, tanto para el TAE como para el TAG están basadas en el rasgo esencial de una preocupación excesiva o poco realista. El TAE se ha considerado como el equivalente infantil del TAG en adultos (Clark, Smith, Neighbors, Skerlec y Randall, 1994).

#### 2.1.2. *Definición del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) según el DSM-IV-TR*

El DSM-IV eliminó la categoría del trastorno de ansiedad excesiva (TAE) como diagnóstico específico y lo incluyó dentro del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), debido a que dicha categoría era sobreutilizada en el diagnóstico y a que algunos de sus criterios se solapaban ampliamente con los de otros trastornos (como la fobia social) o eran demasiado ambiguos. El DSM-IV-TR sólo revisó el texto del DSM-IV, pero no hubo variaciones en los criterios diagnósticos de los trastornos (con muy escasas excepciones). A continuación se detallan los criterios diagnósticos para el TAG según el DSM-IV-TR.

- a) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva), que están presentes más días que ausentes, durante al menos seis meses, sobre una amplia gama de aconteci-

mientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar).

- b) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- c) La ansiedad y preocupación se asocian con tres (o más) de los seis síntomas siguientes (estando algunos síntomas presentes más días que ausentes durante los últimos seis meses) (*Nota:* En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas):

- Inquietud o impaciencia.
- Fatigabilidad fácil.
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

- d) El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I (por ejemplo, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- e) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- f) La perturbación no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva (por ejemplo, drogas) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

El factor predominante del TAG, según la definición del DSM-IV-TR, es la preocupación excesiva no centrada en una situación u objeto específicos y el énfasis en los síntomas fisiológicos que acompañan a

la ansiedad (por ejemplo, desasosiego). Los niños que presentan este trastorno informan de preocupación en una gran variedad de áreas, tales como acontecimientos futuros, desempeño, seguridad personal y evaluación social. No son raras las quejas somáticas tales como dolores de estómago y de cabeza. Estos niños, además, tienen una marcada conciencia de sí mismos y frecuentemente buscan la aprobación de los demás. Son descritos como «perfeccionistas», «ávidos por complacer a otros» y «excesivamente maduros» (March, 1995; Strauss, 1990).

La eliminación del TAE, al igual que los cambios en la definición del TAG en el DSM-IV, están orientados a lograr una mayor consistencia con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (1992). Algunos autores afirman que los cambios permiten una mayor comparación de las muestras de jóvenes y adultos en las investigaciones actuales, pero complican las comparaciones entre estudios presentes, futuros y los que se realizaron en años pasados utilizando los parámetros del DSM-III-R (Clark et al., 1994). Sin embargo, existen investigaciones en las que se ha encontrado un patrón general de diferencias no significativas entre el DSM-III-R y el DSM-IV en cuanto al diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños de entre 9 y 13 años, lo cual es indicativo de un alto nivel de acuerdo entre los dos sistemas y posibilitaría la adecuada comparación entre investigaciones pasadas y presentes (Kendall y Warman, 1996).

### 2.1.3. Caracterización clínica del trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Silverman y Ginsburg (1995) realizaron una revisión de estudios acerca de hallazgos clínicos asociados con la presencia del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y de la fobia específica en los niños. Dichos estudios se centran en la caracterización de las cogniciones, las relaciones con compañeros, la familia y los problemas escolares.

Las cogniciones de los niños ansiosos se caracterizan por un exceso de pensamientos negativos, de distorsiones como personalización y catastrofización y por una alta frecuencia de pensamientos de

afrontamiento no modulados, que interfieren con su desenvolvimiento cotidiano.

En el aspecto social, algunos de estos chicos tienen dificultades en las relaciones con sus compañeros y éstos los perciben como tímidos y aislados. Con respecto a los problemas escolares, se ha encontrado que los trastornos de ansiedad están asociados con muchos de ellos, de los cuales los más comunes son el rechazo escolar, el temor ante los exámenes y el bajo rendimiento académico.

En cuanto a las características de las familias de los niños ansiosos, la escasa información disponible sugiere que éstas presentan algún tipo de disfunción, en comparación con familias de niños no ansiosos. Algunos de los problemas encontrados son sobreprotección y ambivalencia hacia el niño e insatisfacción marital. Sin embargo, hasta el momento se desconocen los mecanismos específicos de transmisión de la ansiedad en las familias.

#### 2.1.4. Diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

El diagnóstico diferencial para esta categoría puede ser complicado a la luz del solapamiento de los criterios diagnósticos de este trastorno con los de otras alteraciones psicológicas. Para recibir un diagnóstico de TAG, las preocupaciones e inquietudes de las que informa el niño no deben estar relacionadas con ningún otro trastorno de ansiedad. De esta manera, no se realiza un diagnóstico apropiado de TAG si la ansiedad del niño se centra principalmente en un objeto o acontecimiento específico (como en la fobia específica), en una situación social (como en la fobia social) o en la separación de una persona significativa (como en el trastorno por ansiedad de separación).

Además de diferenciar el TAG de otros problemas psiquiátricos, es esencial también diferenciarlo de otros trastornos orgánicos. Por ejemplo, es importante asegurarse de que las «quejas somáticas» que presentan los niños con TAG no sean en realidad parte de un proceso mayor de enfermedad orgánica.

## 2.2. Trastorno de pánico (TP)

Una de las áreas de interés creciente en la psicología clínica infantil es la referente a la naturaleza del trastorno de pánico. Aunque se ha llevado a cabo una gran cantidad de estudios referentes al trastorno de pánico en adultos, muy poco se ha realizado con niños.

La investigación acerca de los rasgos característicos del trastorno de pánico en niños y adolescentes no comenzó hasta finales de los años ochenta. Los pocos autores que han estudiado este tema se han centrado más en discutir si los niños y adolescentes pueden realmente experimentar ataques de pánico espontáneos (inesperados, no desencadenados por algún estímulo especial). Puede decirse que los estudios sobre este tema apenas están comenzando, pero cada vez hay mayor evidencia de que los síntomas de pánico y, en menor medida, el trastorno de pánico, ocurren en los adolescentes y pueden distinguirse claramente de otros problemas de ansiedad en la niñez (Clark et al., 1994).

La característica esencial del trastorno de pánico (TP), según el DSM-IV-TR (APA, 2000), es la presencia recurrente de *ataques de pánico*, que pueden durar minutos u horas y consisten en una serie de síntomas aversivos, somáticos y cognitivos que, a menudo, alcanzan su máxima intensidad en los primeros 10 minutos, antes de disminuir gradualmente. Los síntomas más característicos de los ataques de pánico son: *a)* palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; *b)* sudoración; *c)* temblores; *d)* sensación de ahogo o falta de aliento; *e)* sensación de atragantarse; *f)* opresión o malestar torácico; *g)* náuseas o molestias abdominales; *h)* inestabilidad, mareo o desmayo; *i)* sensación de irrealidad o despersonalización (estar separado de uno mismo); *j)* miedo a perder el control o a volverse loco; *k)* miedo a morir; *l)* parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo); *m)* escalofríos o sofocos (APA, 2000).

Con respecto al contexto situacional en que ocurren, los ataques de pánico pueden clasificarse como (APA, 2000): 1) *inesperados*, cuando el individuo no asocia el inicio con un estímulo desencadenante interno o externo (es decir, la per-

cepción es que el ataque ocurre de forma espontánea); 2) *situacionalmente predispuestos*, cuando se presentan en situaciones o circunstancias que frecuentemente, aunque no siempre, precipitan un ataque de pánico inmediatamente después de la exposición; y 3) *situacionalmente determinados*, los que ocurren de forma casi invariable inmediatamente después de la exposición a, o por anticipación de, un estímulo situacional precipitante. La mayoría de los individuos que sufren un TP experimentan ansiedad generalizada entre los episodios de pánico, ansiedad anticipatoria (preocupación acerca de la futura ocurrencia de los ataques de pánico) y agorafobia.

La agorafobia puede o no ocurrir en el contexto de un TP. Ésta se define como un temor intenso de encontrarse en situaciones de las cuales puede ser difícil o embarazoso escapar o pedir ayuda en caso de que se presente algún síntoma. Como resultado de esto, los individuos con dicho trastorno restringen su participación en actividades cotidianas que tienen lugar fuera del hogar, necesitan una compañía cercana cuando viajan a sitios desconocidos o viven tales situaciones con ansiedad intensa. Las circunstancias que comúnmente evitan incluyen estar solos fuera del hogar, estar en una multitud o hacer fila, pasar por un puente y viajar en algún vehículo. Cuando la agorafobia presenta un elevado nivel de gravedad, la persona puede decidir permanecer siempre en casa.

### 2.2.1. Definición según el DSM-IV-TR

El TP y la agorafobia se han descrito en la literatura científica desde épocas lejanas. Sin embargo, los rasgos del TP que lo distinguen de otros trastornos de ansiedad y la naturaleza exacta de la relación entre éste y la agorafobia no se reconocieron y describieron claramente sino hasta comienzos de la década de los sesenta (Black, 1995).

Los términos «trastorno de pánico» y «agorafobia con ataques de pánico» fueron introducidos en el DSM-III (APA, 1980). En el DSM-IV-TR, el TP presenta dos subcategorías: sin agorafobia y con agorafobia.

El TP sin agorafobia se caracteriza de la siguiente manera:

a) Se cumplen 1) y 2):

- Ataques de pánico inesperados y recurrentes.
- Al menos uno de los ataques de pánico se ha seguido durante un mes (o más) por uno (o más) de los siguientes síntomas:

- Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más ataques.
- Preocupación por las implicaciones del ataque o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»).
- Cambio significativo del comportamiento relacionado con los ataques de pánico.

b) Ausencia de agorafobia.

c) Los ataques de pánico no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva (por ejemplo, drogas, fármacos) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

d) Los ataques de pánico no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como fobia social (por ejemplo, al exponerse a situaciones sociales temidas), fobias específicas (por ejemplo, al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ejemplo, en respuesta a estímulos asociados con situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (por ejemplo, en respuesta a estar lejos de casa o de los seres queridos).

Los criterios del TP con agorafobia son los mismos del TP sin agorafobia, excepto por la presencia

de este síntoma. La definición del DSM-IV-TR de la agorafobia implica que la ansiedad se refiera a una preocupación acerca del desarrollo de los síntomas de pánico y el criterio correspondiente a males-tar o evitación acusados puede cumplirse si las situaciones de agorafobia obligan a la presencia de un acompañante.

### 2.2.2. *Caracterización clínica del trastorno de pánico (TP)*

Algunos investigadores se han mostrado muy escépticos con respecto a la existencia del TP en la población infantil y adolescente, pero otros autores parecen haber llegado a un consenso de que el trastorno sí se presenta con alguna regularidad en las primeras etapas del ciclo vital. Por esta razón, en los últimos años la investigación se está orientando más a indagar acerca de la fenomenología del problema en la población de niños y adolescentes.

Last y Strauss (1989) encontraron que los síntomas más comúnmente informados eran palpitaciones cardíacas, temblores, dificultad respiratoria y mareo. Casi la mitad de los niños de su estudio no tenía diagnóstico comórbido, pero el resto presentaba otros trastornos tales como ansiedad, depresión, déficit de atención con hiperactividad, conducta negativista y trastorno de adaptación.

Más recientemente, el estudio realizado por Kearney, Albano, Eisen, Allan y Barlow (1997) ha sido el primero que ha examinado empíricamente un grupo de niños con TP (la mayoría con agorafobia) y los compara con un grupo control de chicos con trastornos de ansiedad sin pánico (tomando una muestra total de 40 jóvenes). Su objetivo fue investigar las variables sobre las cuales existía muy poca información, tales como la comorbilidad, los ambientes evitados, la gravedad de los síntomas y la sensibilidad a la ansiedad. Las comparaciones con el grupo control tuvieron como fin averiguar si era posible discriminar con adecuada validez cada una de estas poblaciones.

Los resultados mostraron que los síntomas más frecuentes en el grupo experimental (TP) involucraban quejas somáticas tales como pulso acelerado,

náuseas, escalofríos o sofocación, y temblor o nerviosismo. Los síntomas más graves fueron dificultad respiratoria, sensación de desmayo, pulso acelerado y asfixia. Los ambientes más frecuentemente evitados incluían grupos de personas desconocidas para los niños, como restaurantes, multitudes, salones grandes y pequeños, ascensores, parques y almacenes. Se encontró que el nivel de evitación era moderado en la mayoría de los casos.

Este estudio también concluyó que los jóvenes con TP presentan significativamente más diagnósticos de depresión que los que tienen trastorno de ansiedad sin pánico. Sin embargo, los chicos con TP no mostraban más diagnósticos de trastorno por ansiedad de separación y por abuso de sustancias psicoactivas que los que tenían trastorno de ansiedad sin pánico. No se encontraron diferencias sólidas con respecto a ansiedad específica o temores, pero los jóvenes con TP sí manifestaron ansiedad de rasgo un poco mayor, al igual que un nivel más alto de sensibilidad a la ansiedad, que aquellos que tenían trastorno de ansiedad sin pánico. Específicamente, los jóvenes con TP informaron significativamente de más preocupación acerca de cambios en la función corporal, particularmente en lo referente a dificultades respiratorias.

### 2.2.3. *Relación entre el trastorno de pánico (TP) y el trastorno por ansiedad de separación (TAS)*

Ciertos estudios prospectivos han encontrado evidencias que sugieren que los niños con un trastorno por ansiedad de separación (TAS), particularmente las niñas, tienen un riesgo mayor de desarrollar TP y agorafobia durante la niñez o en la edad adulta. En realidad, ocurre con frecuencia que los individuos con un TP a cualquier edad tengan miedo y eviten la separación de las figuras de apego. En los adultos, por lo general, son los esposos o esposas u otros parientes y amigos cercanos, pero pueden ser también los padres; sin embargo, para los niños, casi siempre es uno de los padres. Según Black (1995), los síntomas del TAS pueden desarrollarse como respuesta a los ataques de pánico y considerarse como manifestaciones de agorafobia

con rasgos específicos (por ejemplo, temor a ir a la escuela, temor a no poder estar en contacto con alguno de los padres en caso de que ocurra un ataque de pánico). Black afirma que es difícil imaginar cómo un niño pueda experimentar ataques de pánico recurrentes y no desarrollar la sintomatología completa del TAS. El malestar extremo que el niño manifiesta ante la inminencia o amenaza de la separación puede considerarse como un ataque de pánico situacionalmente predispuesto.

#### 2.2.4. Diagnóstico diferencial del trastorno de pánico (TP)

El diagnóstico diferencial de niños y adolescentes que presentan ataques de pánico debe hacerse con respecto a trastornos tales como fobia social, fobia específica, trastorno por ansiedad de separación, trastorno de ansiedad inducido por sustancias (especialmente cafeinismo), trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión y trastornos médicos que puedan producir ansiedad (Black, 1995).

### 3. EPIDEMIOLOGÍA

#### 3.1. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

##### 3.1.1. Prevalencia

Muchas publicaciones sobre estudios epidemiológicos de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes tienen el problema de que no especifican las tasas para los diferentes trastornos, sino que presentan datos globales que abarcan todos los trastornos de ansiedad.

Las estimaciones sobre la prevalencia del TAG varían de acuerdo con la fuente de información (niño versus padre), método de obtención de información (por ejemplo, entrevistas estructuradas no estructuradas), muestra estudiada (clínica comunitaria) y el hecho de incluir o no un índice de perturbaciones emocionales como parte de la definición.

Se ha encontrado que el TAE y el TAG constituyen el diagnóstico de trastornos de ansiedad más común en varias muestras comunitarias de adolescentes. Se estima que las tasas de prevalencia del TAG se encuentran entre el 2 y el 19 por 100 (Silverman y Ginsburg, 1995); sin embargo, los estudios que utilizan criterios diagnósticos estrictos basados en el DSM-III o en el DSM-III-R informan de tasas de prevalencia menores (2 a 4 por 100). El DSM-IV-TR presenta una tasa de prevalencia de aproximadamente el 3 por 100 a lo largo de un año y una prevalencia a lo largo de la vida del 5 por 100. En clínicas especializadas en trastornos de ansiedad, hasta la cuarta parte de los individuos tienen un TAG como diagnóstico principal o comórbido (APA, 2000). Kashani y Orvaschel (1988) encontraron que el 8,7 por 100 de su muestra (13 de 150 casos) cumplía los criterios para un TAE. Además de trece casos que cumplían con los criterios del DSM-III-R para un trastorno de ansiedad con alteración clínica significativa en su funcionamiento, 11 de ellos cumplían los criterios para TAE. En un trabajo posterior, Kashani y Orvaschel (1990) informaron que el 11,4 por 100 de su muestra de niños de 12 años de edad y el 17,1 por 100 de su muestra de 17 años también se clasificaban adecuadamente para el diagnóstico de TAE. En una muestra comunitaria de Nueva Zelanda, estudiada por McGee et al. (1990), el 5,9 por 100 cumplía los criterios del DSM-III-R. Whitaker et al. (1990) informaron que el TAG era el diagnóstico más común entre los trastornos de ansiedad (3,7 por 100) y el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente en la prevalencia total, después del trastorno distímico y la depresión mayor. Los criterios para el TAG son un poco más estrictos que para el TAE y esto puede explicar las cifras más bajas comparadas con otras muestras.

Los síndromes de ansiedad generalizada, por tanto, son relativamente comunes, pero los porcentajes que satisfacen los criterios diagnósticos han mostrado diferencias sustanciales en los estudios.

##### 3.1.2. Diferencias de género

Se ha encontrado que los trastornos de ansiedad ocurren más a menudo en niñas que en niños. Kashani et al. (1989) informaron que los diagnósticos de tras-

torios de ansiedad eran significativamente más prevalentes entre niñas de 8, 12 y 17 años que entre los niños de igual edad. El diagnóstico de trastorno de ansiedad estaba presente en un 28,6 por 100 de las niñas y en un 13,3 por 100 de los niños. Además, en concordancia con los hallazgos generales de la literatura sobre trastornos de ansiedad en adultos, el TAG, al menos de la adolescencia en adelante, ha sido diagnosticado más frecuentemente en mujeres que en hombres (Silverman y Ginsburg, 1995). Las diferencias entre niñas y niños en cuanto a los síntomas de los trastornos de ansiedad no han sido explicadas satisfactoriamente, pero éstas podrían señalar indicios fundamentales para comprender la etiología de los trastornos de ansiedad.

### 3.1.3. *Rangos de edad en los que se presenta el trastorno*

Los síntomas del TAG son más prevalentes entre los 12-19 años que entre los 5-11 años (Strauss, Lease, Last y Francis, 1988). La edad de comienzo del TAE, según los informes existentes, cubre un rango que va desde los 10,8 años hasta los 13,4 años (Last, Hersen, Kazdin, Finkelstein y Strauss, 1987).

### 3.1.4. *Curso del trastorno*

Se han realizado pocos estudios longitudinales sobre este trastorno. Los datos acerca del curso natural del TAG son dispersos y sugieren que el problema, tal como lo define el DSM-III-R, es inestable en el tiempo. Por ejemplo, Cantwell y Baker (1989) estudiaron durante un período de 4 a 5 años una muestra grande de niños que asistían a una clínica de audición y lenguaje. De los ocho niños inicialmente diagnosticados con TAE, solamente el 25 por 100 mantuvo este diagnóstico en el momento del seguimiento y un porcentaje similar se consideró «sin problema alguno». Sin embargo, el 50 por 100 restante recibió un diagnóstico alternativo.

Otro estudio prospectivo (Silverman y Ginsburg, 1995) hizo seguimiento durante un período de 1 a 2 años a dos muestras de niños; una muestra de sujetos

«sin ningún trastorno psiquiátrico» y otra muestra de sujetos diagnosticados con alguno de los siguientes problemas: fobias, ansiedad y déficit de atención con hiperactividad. Los autores encontraron que la mayoría de los niños (65 por 100) diagnosticados con trastornos de ansiedad o fobias no recibió ningún diagnóstico en estos seguimientos, aunque aproximadamente el 33 por 100 de los sujetos sí lo hizo. Aunque este estudio, a pesar de sus limitaciones (por ejemplo, una proporción de los niños recibió tratamiento antes de las evaluaciones de seguimiento), sugiere que los trastornos de ansiedad tienen una estabilidad limitada a lo largo del tiempo, el DSM-IV-TR indica que muchos individuos con un TAG informan que se han sentido ansiosos y nerviosos toda su vida. Más de la mitad de los sujetos que acuden a tratamiento informan del comienzo en la infancia o la adolescencia, aunque no es raro el inicio del trastorno después de los 20 años. El curso suele ser crónico y fluctuante y, a menudo, empeora durante épocas de estrés.

### 3.1.5. *Comorbilidad con otros trastornos de ansiedad*

La evidencia epidemiológica sugiere que cuando los trastornos de ansiedad están presentes en los jóvenes, a menudo ocurren conjuntamente con otros trastornos. Kashani y Orvaschel (1990) informaron que de 48 sujetos de 8, 12 y 17 años que cumplían los criterios de trastorno de ansiedad, el 36,4 por 100 (16) recibió dos o más diagnósticos de trastornos de ansiedad. Estas agrupaciones suelen ocurrir más a menudo con algunos trastornos de ansiedad que con otros. Tanto en muestras clínicas (Last et al., 1987) como en muestras tomadas de la comunidad (Kashani y Orvaschel, 1988, 1990; McGee et al., 1990), se ha encontrado comorbilidad de TAE con otros trastornos de ansiedad, particularmente fobia específica (FE) y trastorno por ansiedad de separación (TAS), en niños preadolescentes y adolescentes.

Es probable que estos estudios epidemiológicos hayan subestimado el grado en el que los niños presentan trastornos múltiples de ansiedad, puesto que ninguno de ellos evaluó sistemáticamente la presencia de dichos problemas. Por otra parte, los estudios



clínicos pueden sobreestimar la proporción de casos con trastornos múltiples de ansiedad, ya que es menos probable que los chicos con trastornos simples de ansiedad busquen tratamiento comparados con aquellos que tienen trastornos múltiples. Las posibles explicaciones de la presencia frecuente de trastornos múltiples de ansiedad incluyen la ocurrencia de un trastorno de ansiedad que actúa como un factor de riesgo para otros, de tal manera que diferentes trastornos de ansiedad tienen la misma etiología o síntomas superpuestos, por lo cual los sujetos cumplen con los criterios de diagnósticos múltiples (Kashani y Orvaschel, 1990).

### 3.1.6. Comorbilidad con depresión

Los trastornos depresivos a menudo se presentan en los jóvenes con trastornos de ansiedad, con tasas informadas de comorbilidad a partir de estudios epidemiológicos que indican que más de un tercio de menores con estos trastornos también presentan trastornos depresivos (Kashani y Orvaschel, 1988; McGee et al., 1990).

En un estudio longitudinal que hizo seguimiento a un grupo de 104 niños de entre 8 y 13 años que presentaban depresión mayor, Kovacs, Gatzonics, Paulaskas y Richards (1989) encontraron que el 41 por 100 de éstos presentaba un trastorno de ansiedad. El más frecuente era el TAS (32 casos), seguido por el TAE (17 casos). Los trastornos de ansiedad, por lo general, precedían al trastorno depresivo y persistían después de que la depresión había cedido. Last, Strauss y Francis (1987) (citado en Clark, 1994) estudiaron sujetos con edades entre los 5 y 18 años, encontrando que todos los sujetos con un diagnóstico básico de depresión mayor ( $n = 11$ ) recibieron un diagnóstico concurrente de trastorno de ansiedad que, por lo general, era fobia social ( $n = 5$ ) o TAE ( $n = 5$ ). Mitchel et al. (1988) (citado en Clark, 1994) encontraron que de 50 adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 17 años, diagnosticados con depresión mayor, el 86 por 100 tenía un diagnóstico de ansiedad concurrente. Los adolescentes con ansiedad y depresión comórbida, comparados con sujetos que mostraban sólo depre-

sión, informaron de más sentimientos de culpa, agitación, hipersomnia y síntomas de trastornos de alimentación. Otros estudios han encontrado síntomas similares en casos de depresión y ansiedad, comparados con los que sólo tienen un síndrome (Bernstein, 1991; Brady y Kendall, 1992; Strauss, Last, Hersen y Kazdin, 1988).

Se han planteado varias explicaciones para la comorbilidad entre ansiedad y depresión. El «modelo unitario» sugiere que la ansiedad y la depresión existen en un continuo, en el cual la ansiedad se encuentra en un extremo y la depresión en el otro, con variantes del mismo trastorno fundamental (Bernstein y Borchardt, 1991). Brady y Kendall (1992) concluyen que, aunque hay una sobreposición considerable de síntomas, los síndromes de ansiedad y depresión son diferenciables el uno del otro y deberían considerarse entidades separadas.

Los trastornos de ansiedad no deben considerarse simplemente como una consecuencia de los trastornos depresivos, puesto que los trastornos de ansiedad, por lo general, preceden a la depresión (Kovacs et al., 1989). Sin embargo, la asociación frecuente entre estos síndromes sugiere una relación fundamental que no se ha explicado suficientemente.

## 3.2. Trastorno de pánico (TP)

### 3.2.1. Prevalencia

Parece que el TP es poco diagnosticado en los niños pequeños. Esto puede deberse a una baja prevalencia del trastorno en la infancia, a un diagnóstico equivocado o a que los niños con TP no son llevados a tratamiento psiquiátrico, sino que son atendidos por pediatras, quienes los valoran como quejas somáticas (Nelles y Barlow, 1988).

La prevalencia de los ataques de pánico y de trastornos de pánico antes de la pubertad es desconocida. Sin embargo, varios estudios de caso informan que el fenómeno sí ocurre antes de la pubertad (Black, 1995). Los datos disponibles sobre el TP en adolescentes indican que el trastorno tiene una prevalencia general del 1 por 100 (Lewinsohn, Hops, Roberts, Secley y Andrews, 1993). Whitaker et al.

(1990) realizaron un estudio que utilizó entrevista directa en una muestra comunitaria de 5.108 estudiantes de bachillerato de entre 14 y 17 años y encontraron una prevalencia del 0,6 por 100 (0,7 por 100 para las niñas y 0,4 por 100 para los niños); sin embargo, menos de la mitad de los casos identificados había recibido tratamiento.

Los ataques de pánico que no cumplen con los criterios diagnósticos para el trastorno de pánico son más comunes en los adolescentes. Hayward et al. (1989) encontraron que las tasas de prevalencia de cuatro síntomas de ataques de pánico en 95 alumnos de noveno grado, basados también en entrevistas clínicas, fueron del 11,6 por 100 ( $n = 11$ , de los cuales había 8 niñas y 3 niños). En otro estudio realizado por Macaulay y Kleinknecht (1989) se detectaron tasas de prevalencia aún más altas (63,3 por 100) utilizando una muestra de adolescentes evaluada a través de autoinforme.

En el caso de los adultos, se han encontrado tasas de prevalencia que van del 1 al 2 por 100, mientras que las tasas a lo largo de un año se encuentran entre el 0,5 y el 1,5 por 100. Cuando se trata de muestras clínicas de individuos que acuden a tratamiento por problemas de salud mental, el trastorno de pánico se diagnostica en un 10 por 100 de los individuos (APA, 2000).

Las diferencias en las tasas de prevalencia en estos estudios sugieren que es esencial confirmar, a través de entrevistas, los datos obtenidos en los cuestionarios. En realidad, la variabilidad en las tasas de prevalencia de los ataques de pánico parece estar altamente relacionada con el tipo de medida utilizada (Kearney et al., 1997). El hecho de que el trastorno de pánico en los adolescentes presente una rara ocurrencia señala la necesidad de utilizar muestras clínicas seleccionadas a partir de poblaciones relativamente grandes.

### 3.2.2. *Diferencias de género*

Se ha encontrado, tanto en los estudios que utilizan muestras clínicas como en los que utilizan muestras comunitarias, que el número de niñas que presenta ataques o trastorno de pánico supera al de los niños (Alessi y Col, 1987; Hayward et al., 1989; Last y Strauss, 1989). La prevalencia del TP en la población

adulto a lo largo de la vida es del 1,5 por 100 y se presenta de 2 a 3 veces con más frecuencia en mujeres que en hombres (Black, 1995).

### 3.2.3. *Rangos de edad en que se presenta el trastorno*

Las investigaciones parecen estar llegando al consenso de que la edad más frecuente para la iniciación de los TP es la adolescencia media, especialmente después de los 14 años (Kearney et al., 1997). La agorafobia, por lo general, se presenta después de la adolescencia; por ejemplo, Marks y Golder (citado en Clark, 1994) afirman que la edad promedio para el inicio de la agorafobia es de 23,9 años. Por consiguiente, hay poca información disponible sobre agorafobia en los adolescentes.

Varios estudios retrospectivos de adultos con TP han mostrado que es común el inicio de este problema durante la adolescencia. En un grupo de 3.000 adultos a quienes se les preguntó retrospectivamente acerca de la edad de comienzo de su trastorno, se encontró que el rango más alto para la edad de comienzo del TP estaba entre los 15 y los 20 años (Black, 1995). Igualmente, en una investigación retrospectiva con 62 pacientes adultos con TP sin agorafobia, se informó que la edad promedio de comienzo del trastorno fue de 26,6 años; el 39 por 100 de estos pacientes afirmó que la iniciación de los síntomas ocurrió antes de los 20 años y el 4 por 100 antes de los 10 años. En otro estudio, 30 de 100 pacientes que presentaban TP con agorafobia informaron que su primer ataque de pánico ocurrió antes de los 20 años y 6 de ellos anotaron que se había presentado antes de los 10 años (Sheehan, Sheehan y Minichiello, 1981).

El DSM-IV-TR indica que la edad de inicio del TP suele tener lugar bien al final de la adolescencia o bien a mitad de la treintena (APA, 2000).

### 3.2.4. *Curso del trastorno de pánico*

No se han hecho estudios longitudinales acerca del curso del TP en niños y adolescentes (Black,

1995). Sin embargo, en los adultos este trastorno suele ser una enfermedad crónica asociada con depresión comórbida, trastornos de personalidad y una historia de trastornos de ansiedad en la infancia (Pollack, Otto y Rosenbaum, 1992).

### 3.2.5. Comorbilidad del trastorno de pánico y depresión

Los adultos con trastorno de pánico han mostrado una creciente prevalencia de depresión, abuso de sustancias psicoactivas e intentos de suicidio. Se ha informado también de una alta incidencia de depresión en los niños y adolescentes con este problema (Alessi y Magen, 1988; Alessi, Robbins y Disalver, 1987; Black y Robbins, 1990; Bradley y Hood, 1993). Se ha demostrado que cuanto más temprana sea la edad de inicio del TP, mayor será el nivel de alteración emocional, abuso de alcohol e intentos de suicidio (Black, 1995).

Algunos estudios han descubierto un rango de comorbilidad que va del 15 al 20 por 100 para los familiares en primer grado de consanguinidad de los individuos con TP; las parientes mujeres tienen un riesgo más alto que los hombres (Marks, 1986; Noyes et al., 1986). Los estudios de «línea ascendente» han encontrado una prevalencia creciente de trastornos de ansiedad, incluyendo el TP, entre parientes adultos de niños y adolescentes con trastornos de ansiedad (Last y Strauss, 1989). Los estudios de «línea descendente» también han encontrado una prevalencia creciente de trastornos de ansiedad, incluyendo el TP, entre los hijos de adultos que presentan este problema (Last y Beidel, 1991).

## 4. TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

### 4.1. Teorías biológicas

Hay un consenso general acerca del importante papel que tienen las diferencias individuales biológicamente heredadas en la determinación de la personalidad y de la vulnerabilidad al desarrollo de psi-

copatología; la evidencia investigadora demuestra que cuando un individuo biológicamente predispuesto encuentra estímulos estresantes ambientales agudos y prolongados, el resultado puede ser una disfunción en la personalidad o un trastorno clínico.

#### 4.1.1. Relación entre características de personalidad y desarrollo de psicopatologías

Tanto en la investigación como en la práctica clínica ha existido un gran interés por estudiar la relación entre el desarrollo de trastornos de ansiedad (TA) y las características de personalidad en la población adulta. Por el contrario, la investigación acerca de este tema en niños es escasa. Una de las razones para ello es la noción de que la personalidad no está completamente formada sino hasta los 18 años. Sin embargo, se han venido desarrollando paulatinamente estudios acerca de este tema, puesto que existen muchas implicaciones para el diagnóstico, tratamiento e identificación de los niños que están en riesgo de desarrollar un TA. Aunque se presentan cambios en la personalidad y en el comportamiento a través del tiempo, se observa claramente una continuidad de las tendencias de personalidad y comportamiento en los individuos.

Una de las investigaciones dirigidas a determinar la relación entre personalidad, comportamiento y psicopatología en los niños fue la realizada por Richman, Sallee y Folley en 1996. En este estudio compararon un grupo de 19 niños que presentaban trastornos de ansiedad con un grupo control de 16 niños sin ningún diagnóstico psiquiátrico, utilizando como marco de referencia la conceptualización de las dos dimensiones de personalidad de Eysenck (Eysenck, 1967; Eysenck y Eysenck, 1985), modificadas por Gray (1970), donde se plantea «un espacio de personalidad» definido por dos dimensiones: el Neuroticismo, que refleja la actividad del sistema nervioso autónomo, y la Extraversión, que refleja una mayor sensibilidad a los estímulos que provienen del exterior. La teoría de Eysenck sugiere que una combinación de alto neuroticismo y baja extraversión (es decir, introversión) contribuiría al desarrollo de «respuestas

excesivamente condicionadas», ciertos rasgos de personalidad y, en algunos casos, psicopatologías (por ejemplo, temores y fobias).

La teoría de Gray, en términos generales, está de acuerdo con la de Eysenck, pero sugiere que las dos dimensiones deben reflejar la actividad de dos sistemas que orientan el comportamiento: la «activación comportamental» y la «inhibición comportamental». La dimensión que hoy se denomina «ansiedad-rasgo» refleja la actividad del síntoma de inhibición comportamental y se asocia con una mayor condicionabilidad a los estímulos aversivos (por ejemplo, fobias y comportamiento temeroso). La dimensión que Gray define como «impulsividad» refleja la actividad del sistema de activación comportamental y está asociada con una mayor condicionabilidad a estímulos gratificantes (por ejemplo, comportamientos orientados a experimentar sensaciones).

Los resultados del estudio de Richman et al. (1996) mostraron que los niños con TA eran, según lo esperado, significativamente más neuróticos y menos extravertidos (es decir, más introvertidos) que los del grupo control, en lo referente al espacio bidimensional postulado en la teoría de la personalidad de Eysenck. Ello indicaría la presencia de un sistema nervioso altamente reactivo y una marcada excitación cortical como factores responsables de la adquisición de «respuestas excesivamente condicionadas» en el grupo de niños con TA.

Con respecto a la teoría de Gray, también se encontraron los resultados esperados. El grupo de niños con TA obtuvo puntuaciones significativamente más altas en la dimensión ansiedad-rasgo, comparado con los niños no ansiosos. Estos resultados se atribuirían a la actividad excesiva del «sistema de inhibición comportamental» y, consecuentemente, a una mayor condicionabilidad a estímulos aversivos provocadores de miedo, presentes en el grupo de niños con TA. Los resultados de este estudio con niños son similares a otros encontrados en estudiantes universitarios de pregrado que presentaban trastorno de pánico (Richman y Nelson-Gray, 1994) y en adultos con esa misma patología (Richman, Salles y Folley, 1996). Toda esta evidencia empírica sugiere la existencia de una «personalidad ansiosa» que permanece constante durante el

desarrollo y que puede predisponer a la generación de TA. Sin embargo, esta hipótesis de «predisposición caracteriológica» requiere de estudios prospectivos a largo plazo.

#### 4.1.2. *Relación entre inhibición comportamental y desarrollo de trastornos de ansiedad*

Kagan, Reznick y Gibbons (1989) han realizado investigaciones longitudinales acerca del fenómeno de la inhibición comportamental en los niños y su relación con los TA. Encontraron que cerca del 15-20 por 100 de los niños americanos nace con una predisposición a ser irritables y a experimentar cólicos durante la primera infancia, a ser tímidos y temerosos en la niñez temprana, y cautelosos, callados e introvertidos cuando llegan a la edad escolar. En contraste con esto, aproximadamente del 25 al 30 por 100 de las personas muestra un perfil opuesto: son audaces, sociables e imperturbables ante la novedad. Durante siete años, Kagan y colaboradores hicieron seguimiento a dos cohortes independientes de niños que fueron clasificados a la edad de 21 o de 31 meses como comportamentalmente inhibidos, los unos, y comportamentalmente desinhibidos, los otros, cuando eran expuestos a ambientes, personas y objetos desconocidos. Se encontró que estas diferencias comportamentales se mantuvieron desde la infancia hasta las evaluaciones posteriores (a la edad de 4, 5 y 7,5 años). Estos datos indican que la tendencia a acercarse o alejarse de la novedad es un rasgo temperamental duradero.

Kagan propuso que los niños inhibidos, comparados con los desinhibidos, tienen un umbral bajo de excitación en los circuitos de la amígdala y del hipotálamo, especialmente ante acontecimientos desconocidos (Kagan, Reznick y Snidman, 1987). Como resultado, los niños inhibidos reaccionan con ciertos comportamientos particulares y la activación del sistema nervioso simpático. Ante un estrés moderado, la actividad simpática se incrementa y se caracteriza por mayor reactividad del sistema cardiovascular.

El trabajo de Suomi (1986), realizado con monos Rhesus, apoya la hipótesis de la existencia de características comportamentales y fisiológicas,

genéticamente determinadas, que constituyen una predisposición a la ansiedad. Este estudio revela que ciertas manipulaciones ambientales, tales como la separación, generan en dichos animales unos comportamientos intensos muy similares a la ansiedad y que se presentan con mayor facilidad en unos monos que en otros. El fenómeno de la inhibición comportamental ante la presencia de estímulos novedosos también se ha observado en otras especies, incluyendo ratas, gatos y perros (Biederman, Rosenbaum, Chaloff y Kagan, 1995). Por ello surge la hipótesis de que este fenómeno está asociado con sustratos neurológicos que emergen en épocas relativamente tempranas durante la evolución del sistema nervioso central humano.

Basándose en algunos de los trabajos previos que acabamos de señalar, Biederman, Rosembaun, Chaloff y Kagan (1995) realizaron una investigación en torno a la hipótesis de que la inhibición comportamental en los niños propensos a presentar trastorno de pánico con agorafobia, por ser hijos de personas con este trastorno, podría ser un factor de riesgo para el desarrollo posterior de algún tipo de psicopatología. Los hallazgos de esta investigación sugieren que la inhibición comportamental es una manifestación temprana de un predisposición familiar a los TA. No obstante, en sí misma, la inhibición comportamental no implica psicopatología, puesto que muchos niños inhibidos no llegan a presentar trastornos posteriores. Por ello, se requiere mayor investigación para estudiar la relación entre inhibición comportamental y el desarrollo de patologías específicas.

#### 4.1.3. *Modelo de la psicopatología del desarrollo*

Ciertas variables biológicas, psicológicas y sociales se han citado como importantes en la etiología de los TA y la naturaleza de estas relaciones puede estudiarse de manera especial en la adolescencia (Clark, Smith, Neighbors, Skerleck y Randall, 1994).

Los cambios biológicos que ocurren desde la niñez preadolescente hasta la edad adulta pueden influir sobre la aparición de los TA durante la ado-

lescencia. Por ejemplo, las diferencias entre hombres y mujeres adolescentes en cuando a la sintomatología de la ansiedad pueden estar asociadas con el desarrollo sexual, los cambios hormonales y la maduración temprana o tardía, con los factores psicológicos que ello implica. Los síntomas de ansiedad a menudo aumentan durante las primeras etapas del desarrollo en la pubertad, por las demandas sociales a las que se ven enfrentados, y continúan a través de la edad adulta joven. Hayward, Killer y Taylor (1989) encontraron que la etapa de la pubertad estaba relacionada con la frecuencia de ataques de pánico en niñas, de tal manera que a mayor madurez física mayor número de ataques de pánico.

Por otra parte, las influencias psicosociales que conllevan aumentos en la ansiedad social no niegan el impacto de factores genéticos, dado que los individuos pueden heredar una predisposición para desarrollar TA que solamente se hacen evidentes durante la adolescencia. Aunque los estudios en este campo han arrojado resultados interesantes, se requieren datos más definitivos, obtenidos a través de estudios longitudinales que examinen la relación entre las múltiples dimensiones de la ansiedad, las características temperamentales, niveles hormonales, características sexuales secundarias, desarrollo cognitivo, demandas sociales y percepción de uno mismo. El estudio de todas estas variables será de gran importancia para determinar la etiología de los TA a través del ciclo vital.

## 4.2. Teorías cognitivo-conductuales

La teoría del condicionamiento clásico es importante para explicar la adquisición de la ansiedad en los niños y el condicionamiento operante para dar cuenta de su mantenimiento. Sin embargo, debido en parte a que las teorías del aprendizaje no han logrado explicar satisfactoriamente el origen y desarrollo de los TA, se han venido desarrollando modelos cognitivos de la ansiedad infantil. En general, estos modelos están basados en el supuesto de que los niños con temor o ansiedad excesiva tienen dificultad para controlar la presencia de cogniciones

negativas, las cuales son irracionales y catastróficas. Aunque aún no se conoce exactamente la naturaleza y el papel de tales cogniciones, hay un consenso generalizado de que éstas tienen un peso importante en el desarrollo y mantenimiento de los TA en niños y adolescentes.

#### 4.2.1. *Tipos de cogniciones de los niños con trastornos de ansiedad*

Aunque los principios cognitivo-conductuales se han aplicado a una gran variedad de trastornos infantiles, incluyendo la ansiedad, todavía existen muchos interrogantes en cuanto a las características de la actividad cognitiva de los niños ansiosos. Ha sido difícil describir la especificidad de las cogniciones para cada uno de los TA, no sólo debido a los problemas metodológicos de la evaluación, sino en lo que se refiere a los niveles de generalización a través de diferentes situaciones y a la comorbilidad presente en los diversos trastornos.

Kendall y Chansky (1991) revisaron la literatura existente sobre cogniciones de los niños con TA, encontrando una prevalencia alta de cogniciones estratégicas de afrontamiento en niños no ansiosos. Esto apoya la hipótesis de que la prevalencia de pensamientos de afrontamiento centrados en la tarea (Zatz y Chassin, 1985) puede ser un indicador de la ansiedad o del estilo cognitivo centrado en la preocupación, el cual interfiere con la realización de ésta. No obstante, es importante que la investigación futura trate de precisar más la diferencia entre una cognición de afrontamiento y una estrategia de afrontamiento o de autocontrol, al igual que determinar la eficacia relativa de diferentes estrategias de afrontamiento, intentando reducir al mínimo la influencia de la ansiedad sobre la propia respuesta, puesto que el niño se encuentra en situación de evaluación.

#### 4.2.2. *Procesamiento de la información*

Otro aspecto que las teorías cognitivas han examinado es el referente a los factores que afec-

tan al procesamiento de la información. Varios estudios han demostrado cómo los adultos ansiosos prestan atención desproporcionada a estímulos emocionalmente amenazantes, comparada con la atención que prestan a estímulos neutrales. Por el contrario, los adultos no ansiosos parecen inhibir la atención hacia tales estímulos (McLead y Mathews, 1988).

La investigación sobre la ansiedad en los niños también se está orientando bastante hacia el área del procesamiento de la información. El estudio de Martin, Horder y Jones (1992) (citado en Vasey, Deleiden, Williams y Brown, 1995) sugería que la atención de los niños ansiosos puede orientarse, al igual que en los adultos, hacia estímulos emocionalmente amenazantes. Más adelante, la investigación de Vasey et al. (1995) apoyó completamente la hipótesis de que los niños con TA presentan un sesgo atencional hacia los estímulos amenazantes. Los autores plantean que los procesos atencionales pueden jugar un papel muy importante en la etiología y/o en el mantenimiento de la ansiedad infantil. Aunque aún no se sabe si este sesgo atencional es el responsable de la ansiedad o es un resultado de la misma, en cualquiera de los dos casos puede ser un mecanismo poderoso para mantener y/o intensificar la ansiedad cuando ella está presente. A pesar de que la atención selectiva a señales de amenaza es presumiblemente adaptativa en situaciones que realmente son peligrosas, un sesgo generalizado hacia señales de amenaza puede producir y mantener una ansiedad innecesaria y excesiva.

#### 4.2.3. *El enfoque cognitivo del desarrollo*

A partir de las investigaciones sobre el trastorno de pánico en niños y adolescentes (Kearney, Albano, Eisen, Allan y Barlow, 1997; Last y Strauss, 1989), se ha venido consolidando un modelo teórico que explica la naturaleza y evolución de dicho trastorno en la población infantil. Este modelo plantea que muchos jóvenes probablemente poseen una vulnerabilidad biológica para experimentar alguna forma de hiperexcitación

ocasional (por ejemplo, hiperventilación, pulso acelerado), posiblemente debido a diferencias en el locus ceruleus (Kearney et al., 1997). En la mayoría de los casos, los niños menores de nueve años no tienen la capacidad cognitiva de asignar la cualidad de «peligrosidad» a los síntomas físicos (Nelles y Barlow, 1988). Tal capacidad puede ayudar a estimular la catastrofización de los síntomas de pánico. Probablemente, como resultado de esto, la prevalencia del TP en esta población es rara. Sin embargo, a medida que estos niños maduran, la mayoría aumenta su conocimiento sobre heridas y muerte. En realidad, el temor a la muerte parece alcanzar su máxima intensidad en las edades de 11 a 13 años.

Durante esta época, algunos de estos niños pueden evidenciar lo que se ha denominado «sensibilidad a la ansiedad» (Reiss, 1991), consistente en una preocupación significativa en relación con los cambios en las funciones corporales que forman parte de los síntomas de ansiedad. Dicha sensibilidad a la ansiedad podría interactuar con la creciente habilidad cognitiva para elaborar y sentir miedo de situaciones más abstractas. En efecto, los datos clínicos indican que la sensibilidad a la ansiedad es un constructo más pertinente a los adolescentes que a los niños (Chorpita, Albano y Barlow, 1996, citado en Kearney et al., 1997). A medida que madura esta «vulnerabilidad psicológica» puede haber una mayor probabilidad, en este período del desarrollo, de catastrofizar los síntomas físicos y desarrollar un problema de ansiedad como el TP (Barlow, 1988). Por ejemplo, un adolescente con hiperexcitación y sensibilidad a la ansiedad puede reaccionar exageradamente a la dificultad respiratoria con creencias cognitivas acerca de morir por asfixia.

Los acontecimientos estresantes de la vida y las respuestas y dinámicas parentales y familiares pueden servir también como estímulos desencadenantes de estos ataques de pánico.

La investigación futura debe continuar analizando la fenomenología del TP en los niños y adolescentes, especialmente porque muchos individuos informan de la iniciación de síntomas durante este período del desarrollo. Esta informa-

ción, que deberá obtenerse principalmente de estudios longitudinales, podría ser útil para poner a prueba los supuestos etiológicos del modelo cognitivo del desarrollo propuesto por Kearney et al. (1997).

## 5. EVALUACIÓN

Actualmente se cuenta con diversos instrumentos que identifican la presencia o no del trastorno y algunas medidas que especifican sus subtipos. No obstante, cabe mencionar que muchos de los instrumentos utilizados en este campo también hacen parte de la evaluación de otros trastornos de ansiedad y su empleo depende del objetivo que se tenga: diagnóstico, seguimiento, clasificación, etc.

La evaluación en este tipo de trastornos debe ser muy cuidadosa e involucrar diversas estrategias, teniendo en cuenta los diferentes ambientes, las posibles personas que puedan brindar información sobre el niño y la comorbilidad con otros trastornos que pueden presentarse, priorizando sobre cuál de ellos puede ser la base y el agente de mantenimiento de la problemática. Se requiere todo esto porque la meta definitiva está en identificar el tipo de ayuda que los niños y adolescentes necesitan y el poder, de este modo, programar adecuadamente el plan de tratamiento.

### 5.1. Evaluación por medio de instrumentos psicológicos

Esta forma es la más utilizada en la evaluación de los trastornos de ansiedad. Los estudios psicométricos sobre estos instrumentos han informado de una adecuada validez y fiabilidad, aunque no hay conclusiones específicas, ya que aquéllos varían apreciablemente en su forma y contenido y en el paradigma de análisis empleado (Silverman, 1991). En teoría, estas medidas pueden ser clasificadas dentro de dos categorías: de estado versus rasgo y dimensión global versus dimensión específica. A continuación presentamos una tabla resumen de dichos instrumentos (véase tabla 3.1).

TABLA 3.1

## Instrumentos psicológicos más utilizados para la evaluación del TAG y TP en niños y adolescentes

Instrumentos	Nombre	Descripción
<p><b>Entrevistas semiestructuradas</b></p> <p>Se emplean con el fin de obtener mayor flexibilidad durante el momento de la entrevista, aunque no hay suficientes estudios que respalden psicométricamente su uso</p>	<p>«Entrevista para trastornos de ansiedad en niños» (ADIS-C; Silverman y Nells, 1988)</p>	<p>Involucra un componente para niños y otro para padres. Se basa en los criterios del DSM-III-R. Cada entrevista requiere de 1 a 1,5 horas para su administración. Los ítems se dirigen a las señales cognitivas y situacionales para la ansiedad, intensidad de la ansiedad, grado de evitación y acontecimientos precipitantes. La entrevista para padres se dirige a la historia y efectos sobre el niño y a la sintomatología en detalle. Silverman y Eisen (1992) encontraron una fiabilidad para la categoría específica Kappa igual a 0,64.</p>
	<p>«Formato de evaluación de la ansiedad infantil» (CAEF; Hoehn-Saric, Maisami y Wiegand, 1987)</p>	<p>Fue desarrollado para evaluar la ansiedad en niños no psicóticos de inteligencia normal. Explora tres áreas: evaluación subjetiva del paciente por entrevista semiestructurada, observaciones e intervención y la historia de ansiedad que ha tenido. Su ventaja es diferenciar si el consultante presenta trastornos de ansiedad y no otros. Sus propiedades psicométricas están poco documentadas.</p>
<p><b>Entrevistas estructuradas</b></p> <p>Es uno de los métodos más utilizados por investigadores y terapeutas para obtener información. Sin embargo, pueden variar en algunas formas importantes, como el grado de estructuración de la entrevista, el diagnóstico que cubre, su organización y la adecuación a la edad correspondiente</p>	<p>«Entrevista diagnóstica para niños» (DISC; Costello et al., 1984).</p>	<p>Fue desarrollada específicamente para ser utilizada en estudios epidemiológicos. Ha tenido una buena estandarización; sin embargo, el grado de acuerdo entre el DISC y el diagnóstico clínico es bajo para los trastornos de ansiedad (<math>K = 0,07</math>)</p>
<p><b>Medidas de autoinforme</b></p> <p>Brindan la posibilidad de conocer la experiencia interna del sujeto. Su mayor limitación es la veracidad del informe y la influencia de variables socio-culturales y cognitivas de quien responde</p>	<p>«Escala revisada de ansiedad manifiesta en niños» (RCMAS; Reynolds y Richmond, 1978, 1985)</p>	<p>Es uno de los instrumentos más utilizados. Obtiene una medición del nivel y naturaleza de la ansiedad total y tres factores para niños de edades entre los 6 a 19 años: ansiedad fisiológica, preocupación; hipersensibilidad, preocupación social; y miedo/concentración. Igualmente, presenta una puntuación de la escala de mentira (37 ítems).</p>
	<p>«Inventario de ansiedad estado-rasgo para niños» (STAIC; Spielberg, 1973)</p>	<p>Dos escalas: A) Escala de rasgo: diseñada para medir ansiedad crónica a través de situaciones; B) Escala de estado: diseñada para medir estado y ansiedad transitoria (20 ítems c/u). Proporciona mayor fiabilidad para la ansiedad de rasgo.</p>



TABLA 3.1 (continuación)

Instrumentos	Nombre	Descripción
<b>Medidas de autoinforme</b> (continuación)	«Escala revisada de ansiedad social para niños» (SASC-R; La Greca y Stone, 1993)	Obtiene una puntuación total y tres factores: miedo a la evaluación negativa, evitación y ansiedad social en situaciones nuevas, y evitación y malestar social general (22 ítems).
	«Test de ansiedad para niños» (TASC; Sarason et al., 1958)	Diseñada para medir ansiedad en niños ante presentación de exámenes (30 ítems).
	«Índice de ansiedad y sensibilidad para niños» (CASI; Silverman et al., 1991)	Diseñada para medir el grado de aversión de los síntomas ansiosos por parte del niño (18 ítems).
	«Escala de ansiedad multidimensional para niños» (MASC; March et al., 1994)	Se propone evaluar la ansiedad basándose en una conceptualización multidimensional de ésta. Se compone de cuatro factores enlazados con seis subfactores que incluyen ansiedad física, evitación del daño físico, ansiedad social y ansiedad por separación (45 ítems).
	«Inventario revisado de miedo para niños» (FSSC-R; Ollendick, 1983)	Obtiene una puntuación de miedo total y cinco factores: miedo al fracaso y a la crítica, miedo a lo desconocido, miedo a las heridas y animales pequeños, miedo al peligro y muerte, miedos médicos (80 ítems).

## 5.2. Otros instrumentos de evaluación

### 5.2.1. Observación análoga

Cuando necesitamos obtener información más detallada sobre los patrones comportamentales de la ansiedad en el niño o adolescente, lo ideal sería observarlos en su contexto natural, como en la casa o en el colegio, pero esto generalmente es muy costoso. Por ello se utiliza la observación análoga, es decir, se diseña una situación que genera ansiedad o miedo en el niño o el joven, la cual debe corresponder lo mejor posible a la situación real y brindar la oportunidad para observar cómo se comporta aquél.

Específicamente, este tipo de evaluación se ha aplicado al TAG utilizando situaciones que involucran evaluación social (una tarea donde se requiera hablar frente a un pequeño grupo de personas —dos o tres— durante cinco minutos) o evaluación académica (Silverman y Kurtines, 1996). Dada la naturaleza del TP, la observación

análoga no se utiliza en la evaluación de este problema.

### 5.2.2. Evaluación psicofisiológica

Ésta es un área relativamente nueva de la evaluación conductual. Las medidas de laboratorio más frecuentemente utilizadas para la ansiedad son la frecuencia cardíaca y la actividad electrodermal ante la realización de una tarea de exposición conductual (King, Hamilton y Ollendick, 1988, citado en March, 1995). Recientemente se ha incorporado también la medición de la presión sistólica, la cual, según el estudio de Murphy et al. (1988) (citado en Beidel, 1991), es equivalente a la medición de la frecuencia cardíaca en niños ansiosos. En una investigación al respecto, Beidel (1991) encontró diferencias en las puntuaciones de estas mediciones entre niños ansiosos y no ansiosos cuando realizan tareas específicas. No obstante, estos estudios se ven limitados debido a la poca validez de la analogía que utilizan.

## 6. TRATAMIENTO

### 6.1. Intervención en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

La intervención específica para este trastorno se ha estudiado desde hace algunas décadas y a partir de diversos enfoques. No obstante, debido a la comorbilidad que este trastorno presenta con otras patologías (como depresión y fobias), la intervención debe orientarse a la problemática principal que presenta el niño o adolescente y que puede ser la base que mantiene las otras dificultades. En este apartado nos centraremos básicamente en las terapias cognitivo-conductuales y farmacológicas que se han desarrollado para este trastorno y en la evidencia empírica que apoya la eficacia de cada una de ellas.

#### 6.1.1. Terapias cognitivo-conductuales

En la última década, la terapia cognitivo-conductual ha tenido gran desarrollo en lo referente al manejo de los trastornos de ansiedad de los niños. Este enfoque generalmente se refiere a una integración de estrategias a nivel cognitivo, conductual, familiar y social para lograr un cambio comportamental. Utiliza varias técnicas basadas en el aprendizaje, tales como exposición gradual al estímulo, autocontrol y manejo de contingencias.

A continuación se describirán tres programas de tratamiento utilizados con niños y adolescentes que presentan TAG (según criterios del DSM-IV-TR) y TAE (según criterios del DSM-III-R), que sirven para ejemplificar el tipo de intervención que se puede realizar siguiendo este enfoque. Cada uno de ellos enfatiza un aspecto particular, como es el cambio cognitivo-comportamental del niño, la transferencia de control terapeuta-padres-paciente y la intervención con la familia como agente de mantenimiento y generalización de los efectos del tratamiento.

##### 6.1.1.1. Programa integral cognitivo-conductual de Kendall

Kendall et al. (1992) han promovido un programa integral cognitivo-conductual para el tratamien-

to de la ansiedad infantil, cuyos objetivos son que el niño o el adolescente aprenda a: 1) reconocer, experimentar y afrontar la ansiedad; 2) reducir sus niveles de ansiedad, y 3) realizar de forma gradual y apropiada los ejercicios que se le asignan.

Este programa consta de dos fases, cada una de las cuales está conformada por ocho sesiones. La primera fase consiste en el entrenamiento en habilidades y la segunda en la puesta en práctica de dichas habilidades. En la fase de adquisición de habilidades, al niño o adolescente se le enseña a:

1. Ser consciente de las respuestas físicas que presenta ante sus emociones, específicamente de ansiedad.
2. Reconocer que sus autoverbalizaciones están asociadas con sentimientos.
3. Utilizar habilidades de solución de problemas para modificar sus autoverbalizaciones y promover su afrontamiento.
4. Autoevaluarse y reforzarse.

En esta fase también se enseña a los padres y al joven la naturaleza del miedo y la ansiedad y sus reacciones concomitantes (respuestas subjetivo-cognitivas, conductuales y fisiológicas) y se incorpora el uso de contratos de contingencia, explicando los conceptos de refuerzo positivo y extinción. Entre las estrategias para modificar sus autoverbalizaciones se enseña al niño a examinar las cogniciones específicas y el papel que juegan en el mantenimiento del miedo. De esta manera, aprende a reconocer cuándo está preocupado o miedoso, a emplear más conductas y pensamientos adaptativos, y a premiarse a sí mismo si lo logra.

Durante la fase práctica del tratamiento, el niño participa de una exposición gradual, tanto imaginaria como en vivo, a las situaciones que le provocan ansiedad. Durante los ejercicios de exposición, el niño es animado a utilizar las estrategias de afrontamiento que ha desarrollado durante la fase de entrenamiento en habilidades.

Para estimar la eficacia de este programa de tratamiento, Kane y Kendall (1989) realizaron una evaluación inicial utilizando un diseño de línea base múltiple para cuatro casos de niños con diagnóstico

de TAE (entre los 9 y 13 años). Los resultados indicaron una disminución significativa de los síntomas de ansiedad informados por el niño y sus padres entre las sesiones de evaluación pre y postratamiento. Estas ganancias fueron mantenidas durante los 3 y 6 meses siguientes.

Tres años más tarde, Kendall y sus colaboradores realizaron una investigación para corroborar tales resultados, la cual consistió en una evaluación multimétodo pre y postratamiento, de un grupo de niños diagnosticados con TAE y quienes fueron aleatoriamente asignados a una condición de tratamiento o de control (lista de espera). Los resultados indicaron una disminución en el autoinforme de ansiedad en el grupo de niños tratados, comparados con los del grupo control. Los niños tratados se describieron a sí mismos y fueron descritos por sus padres como poseedores de unas habilidades de afrontamiento significativamente mayores después de la evaluación postratamiento. Los padres informaron que los síntomas mostraron una disminución significativa en los niños tratados, comparados con los niños del grupo de lista de espera. Sin embargo, en los informes de los profesores acerca de los síntomas de los niños, no se encontraron diferencias significativas al comparar el grupo de tratamiento con el grupo control. Hubo cambios significativos en el diagnóstico del TAE en el curso de la intervención en ambos grupos. Utilizando el diagnóstico informado por los padres, el 60 por 100 de los casos tratados, comparado con únicamente el 7 por 100 de los casos en lista de espera, no cumplía ya los criterios de diagnóstico después del tratamiento. Pero, utilizando el diagnóstico informado por los niños, el 80 por 100 de los casos tratados y el 40 por 100 de los casos en lista de espera no reunieron los criterios para diagnóstico de TAE después del tratamiento. Sin embargo, en el seguimiento que se hizo un año después, el 100 por 100 de los casos tratados no reunían los criterios para un diagnóstico de ansiedad.

Más recientemente, el mismo investigador volvió a evaluar la eficacia de su programa de intervención a través de un estudio controlado. Sin embargo, en este estudio la muestra no comprendió únicamente los niños diagnosticados con TAE ( $n = 30$ ), sino también niños diagnosticados con

trastorno de ansiedad por separación ( $n = 8$ ) y trastorno de evitación ( $n = 9$ ). Todos los sujetos fueron asignados aleatoriamente al programa de tratamiento o al grupo control (lista de espera). Los resultados apoyan la eficacia del tratamiento, pues se observaron reducciones significativas en los síntomas de ansiedad según lo informado por los niños y los padres en la evaluación postratamiento, con seguimientos al año y 3,35 años (March, 1995).

Por otra parte, Eisen y Silverman (1993), utilizando un diseño de línea base múltiple, compararon la eficacia del entrenamiento en autocontrol, relajación y la combinación de ambos procedimientos, en el tratamiento de 4 niños (con edades comprendidas entre los 6 y 15 años) diagnosticados con TAE. Cada una de las tres condiciones, las cuales duraron 6 semanas, incluyó un componente de exposición. Se demostraron cambios positivos en los cuatro casos, después del tratamiento y a los 6 meses siguientes, evaluados mediante los informes de síntomas de ansiedad del niño y sus padres. De las tres condiciones, la combinación de entrenamiento en autocontrol y entrenamiento en relajación demostró ser la más eficaz.

#### 6.1.1.2. El tratamiento psicosocial de Silverman y Kurtines

Silverman y Kurtines (1996), basados en la concepción de que los trastornos de ansiedad son complejos, multifacéticos y multideterminados, proponen una estrategia de tratamiento que comprende cuatro dimensiones: conductual, cognitiva, afectiva y relacional. Su estrategia se fundamenta en el principio de que los cambios terapéuticos eficaces a largo plazo en los niños involucran una «transferencia de control» gradual que va del terapeuta a los padres y al niño. El enfoque del tratamiento es eminentemente pragmático y se caracteriza por estar focalizado en el problema, orientado hacia el presente, estructurado y directivo.

La exposición es la estrategia terapéutica clave utilizada en este tratamiento y se aplica a todos los trastornos de ansiedad. Las formas de exposición utilizadas con los niños son tanto en vivo como en la imaginación y de presentación gradual de los

estímulos temidos. La preferencia por esta técnica se basa en la evidencia investigadora disponible que demuestra su eficacia (Barlow, 1988). La razón de ésta, según varios autores, está en que involucra modificaciones en los procesos comportamentales, cognitivos y afectivos.

A pesar de que la técnica de exposición se utiliza con todos los trastornos de ansiedad, el diagnóstico diferencial de cada uno de ellos sirve para diseñar el *contenido* de los procesos. Por ejemplo, si un niño presenta fobia social, las situaciones de exposición involucrarán tanto a la evaluación como a la actuación social. Igualmente, el diagnóstico específico de ansiedad sirve para diseñar situaciones adicionales que faciliten el proceso de exposición y de transferencia de control (por ejemplo, incluir compañeros de clase para fortalecer la exposición en el caso de la fobia social).

### **Estrategias facilitadoras**

Como parte importante del trabajo terapéutico se utilizan técnicas de manejo de contingencias y de autocontrol. Se entrena a los padres en el manejo de contingencias y de contratos conductuales donde se detallan las tareas específicas de exposición que el niño debe realizar cada semana y las recompensas que recibirá por los logros que obtenga.

Por otra parte, a los niños se les entrena en estrategias de autocontrol para facilitar la exposición a los objetos o situaciones temidas. Un elemento clave de entrenamiento es la reestructuración cognitiva y la autorrecompensa. A través de este procedimiento, el niño toma conciencia de que él mismo tiene un papel muy importante en la reducción de su propia ansiedad.

### **Transferencia de control**

Implica, primero, el entrenamiento de los padres en el manejo de contingencias y en la asignación de tareas para que ellos estimulen al niño a realizar una exposición gradual (control del padre). Luego se procede a un desvanecimiento del control parental, al mismo tiempo que al niño se le instruye en técnicas de autocontrol para realizar su propia exposición (control por el niño).

### **Estructura básica**

El programa total de tratamiento tiene una duración de 10 a 12 semanas, divididas en tres fases: *a)* educativa, que dura tres semanas; *b)* de aplicación, con una duración de cinco o seis semanas, y *c)* de prevención de recaídas, cuya duración es de 1 a 3 semanas. Se realizan sesiones tanto individuales como conjuntas con los padres y el niño.

#### *a) Fase educativa*

En esta fase se brinda al niño y a sus padres una información general sobre el programa, se conceptualiza el temor y la ansiedad y se explican los procedimientos que se emplearán para el cambio: exposición —por medio de una jerarquía de temores—, manejo de contingencias y autocontrol. También se explica la justificación para la secuencia de los procedimientos de cambio y las estrategias facilitadoras de transferencia del control, al igual que las actividades que se realizan fuera de la sesión.

En las sesiones con los padres, el énfasis está en brindarles la información y enseñarles las habilidades necesarias para que controlen o manejen las conductas ansiosas de su hijo y para que, gradualmente, le transfieran a ellos este control. En las sesiones con el niño, el centro de atención está en suministrarle la información y entrenarlo en las habilidades necesarias para hacer una transición gradual de un control externo (padres) a su propio control. En las sesiones conjuntas, el objetivo es resolver las dificultades de interacción entre padres e hijos, bien sean de naturaleza general o específicamente relacionadas con los problemas de ansiedad del niño.

#### *b) Fase de aplicación*

Esta fase es la más crítica del tratamiento. Es en ella donde tanto los padres como el niño realmente comienzan a aplicar la información y las habilidades que aprendieron en la fase educativa. En este momento es cuando, inicialmente los padres y un poco más tarde el niño, utilizan todo lo aprendido para que se dé el acercamiento del niño al objeto o

acontecimiento temido. Más específicamente, esto implica que, primero, los padres apliquen el manejo de contingencias y los contratos conductuales y que, más tarde, los niños apliquen sus estrategias de autocontrol a medida que las contingencias parentales se van desvaneciendo.

En esta fase, el niño inicia las tareas de exposición gradual dentro de las sesiones, acompañado del terapeuta. En las exposiciones fuera de la sesión, el niño está acompañado por alguno de sus padres. Además de las tareas de exposición, en algunas ocasiones se hace repaso de los principios enseñados a los padres y al niño durante la fase educativa. Esto se hace en el momento en que se analiza el desempeño del niño en las tareas asignadas. Por ejemplo, en el caso de un niño que no hubiese podido completar alguna de ellas, puede ser importante revisar ciertos principios de autocontrol, de tal manera que el niño se sienta más seguro para intentarlo en una próxima ocasión.

### *c) Fase de prevención de recaídas*

Ésta es la etapa final del tratamiento. En ella se programan estrategias específicas para que los padres y los niños aprendan a manejar las posibles «recaídas». Se incluye este componente debido a que se sabe que los logros del tratamiento no necesariamente van a mantenerse de manera automática o estable; además, la prevención de recaídas es un concepto que encaja perfectamente dentro del principio de «transferencia de control». Se hace énfasis en que la mejor forma de evitarlas es a través de una práctica continua de las habilidades aprendidas en el programa.

No se conocen, hasta el momento, datos empíricos acerca de la eficacia del tratamiento propuesto por Silverman y Kurtines. Sin embargo, podría hipotetizarse que el énfasis en la «transferencia de control» es un componente muy poderoso para garantizar la generalización de los resultados al ambiente natural y constituye, además, un excelente predictor para el mantenimiento de los logros terapéuticos. Valdría la pena realizar investigaciones que evalúen sistemáticamente estos aspectos.

### 6.1.1.3. Intervención familiar de Barrett, Rapee y Dadds

Durante los últimos diez años, los psicólogos investigadores orientados hacia la familia han comenzado a evaluar empíricamente la eficacia del tratamiento para trastornos específicos.

Un punto expuesto por Kendall se refirió a la implicación de los padres en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La investigación no se ha dirigido específicamente hacia este punto, pero es necesario evaluar la incorporación de la intervención familiar en el tratamiento de niños ansiosos. Hay evidencia creciente de que la ansiedad en los niños está significativamente relacionada con la frecuencia y retroalimentación parental negativa. Además, los estudios experimentales recientes han proporcionado datos que apoyan un modelo de la ansiedad infantil basado en el desarrollo de un estilo cognitivo generado en el interior de la familia. Más específicamente, algunos procesos de interacción familiar provocan un aumento de respuestas de evitación en los niños ansiosos (Barrett, Rapee y Dadds, 1996).

Los enfoques familiares de carácter conductual basan sus intervenciones en el aprendizaje social y se centran en la forma en que los padres modelan y refuerzan las conductas de ansiedad, miedo o evitación de sus hijos y en lo que ellos pueden hacer para cambiar dichas conductas. Algunos estudios han mostrado que los programas de entrenamiento a padres, junto con el empleo de procedimientos cognitivos, han sido beneficiosos en el tratamiento de fobias específicas en los niños. Vale la pena destacar el estudio de Barrett, Rapee y Dadds (1996), donde se evaluó el valor de incorporar a los padres en el tratamiento de la ansiedad infantil. En éste se utilizó un tratamiento familiar (FAM) paralelamente a la terapia cognitivo-conductual de Kendall, en un grupo de 79 niños entre los 7 y 14 años que cumplían criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad por separación, ansiedad excesiva y fobia social, y que se repartieron aleatoriamente en tres condiciones de tratamiento: terapia cognitivo-conductual (TCC), TCC más intervención familiar (TCC + FAM) y lista de espera.

En este proceso terapéutico familiar, en primer lugar, se enfatizó, tanto a los niños como a sus padres, la importancia de una comunicación sincera de sus pensamientos y sentimientos, la participación conjunta en el contenido y los procesos de la terapia y la identificación de los cambios positivos que se dieran por parte de los miembros de la familia y su consecuente refuerzo.

Los objetivos que propuso esta intervención fueron:

1. Proporcionar un entrenamiento a padres sobre cómo premiar contingentemente la conducta y extinguir la ansiedad excesiva en el niño. Se entrenó a los padres en los procedimientos de refuerzo contingentes a las respuestas del niño en las situaciones temidas. La indiferencia (retiro de atención) se utilizó como un método para disminuir las quejas excesivas y conductas ansiosas, seguido por una invitación al niño para que generara estrategias de afrontamiento adecuadas para una situación determinada.
2. Enseñar al padre cómo identificar sus sensaciones emocionales, con el fin de que tomara conciencia de sus propias respuestas de ansiedad ante las situaciones estresantes y adoptara estrategias adecuadas ante las situaciones temidas.
3. Brindar un entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas a los padres para que enfrentaran, lo mejor posible, los futuros problemas y mantuvieran los beneficios terapéuticos una vez terminado el tratamiento. Este entrenamiento involucró los siguientes pasos:
  - a) *Manejo de conflictos*: Los padres fueron entrenados en habilidades para reducir su conflicto interparental sobre las conductas del niño y para que hubiera consistencia y uniformidad en la forma de tratar el comportamiento ansioso de éste.
  - b) *Discusiones diarias*: Se brindaron herramientas a los padres para que sus discusiones diarias no fueran tan problemáti-

cas y se entrenó en habilidades de escucha para producir un incremento en la eficacia de estas discusiones.

- c) *Solución de problemas*: Se instruyó a los padres en la identificación y utilización de técnicas adecuadas de solución de problemas.

Cada una de estas áreas se trabajó a lo largo de cuatro sesiones con un total de doce sesiones de intervención con la familia. La duración de cada sesión se equiparó para ambas condiciones de tratamiento. En la intervención TCC, las sesiones fueron de 60-80 minutos. En la condición TCC + FAM, aproximadamente 30 minutos fueron dedicados a la TCC y 40 a la intervención con la familia. Las estrategias de tratamiento fueron llevadas a cabo con flexibilidad para permitir la individualidad de cada familia y de cada niño.

La eficacia de las intervenciones se evaluó después del tratamiento y a los 6 y 12 meses siguientes. Los resultados indicaron que en la evaluación posttratamiento, el 69,8 por 100 de los niños no reunieron los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad, comparado con un 26 por 100 en los que se encontraban en lista de espera. A los 12 meses siguientes, el 70,3 por 100 de los niños en el grupo TCC y el 95,6 por 100 de los niños en el grupo TCC + FAM, no reunían los criterios. Las comparaciones de los niños que recibieron TCC con los que recibieron TCC + FAM en medidas de autoinforme, indicaron beneficios adicionales del tratamiento TCC + FAM. La edad y el género interactuaron con la condición de tratamiento: los niños más jóvenes y las participantes mujeres respondieron mejor a la condición de TCC + FAM. Este tipo de estudios sugiere que el involucrar a la familia como complemento de la terapia cognitivo-conductual es bastante eficaz para lograr una mejoría en los trastornos de ansiedad de los niños.

En general, se requieren estudios clínicos adicionales y controlados sobre el tratamiento específico para el TAG. Las investigaciones han mostrado resultados alentadores, pero presentan ciertas limitaciones por no tener el suficiente rigor metodológico en el empleo de procedimientos experimentales,

utilizar pocas evaluaciones multimétodo, no contar con procesos sistemáticos de seguimiento y trabajar con estrategias inadecuadas para evaluar y comparar la eficacia de la intervención (Silverman y Kearney, 1991; Silverman y Rabian, 1994).

Es difícil, en el momento actual, sacar conclusiones definitivas sobre el tratamiento del TAG. Sin embargo, los descubrimientos preliminares obtenidos por Kendall y colaboradores, utilizando el paquete de tratamiento cognitivo-conductual, junto con intervención familiar, son prometedores, ya que los cambios significativos encontrados en el diagnóstico postratamiento evaluados con medidas de autoinforme, informe de los padres y observaciones conductuales han mantenido su estabilidad a través del tiempo. Puede decirse que el tratamiento ha demostrado eficacia para la población identificada, pero surge la pregunta de cuánto puede generalizarse a otras poblaciones.

### 6.1.2. *Intervención mediante terapia farmacológica*

La revisión sobre la literatura de tratamiento del TAG en los niños indica el empleo de una gran variedad de agentes farmacológicos, tales como antidepresivos, antihistamínicos, estimulantes y ansiolíticos (Gittelman y Koplewicz, 1986). La mayor dificultad de este tipo de investigaciones está en que los términos utilizados para describir a los niños participantes son ambiguos, puesto que dichos estudios se realizaron antes de que se publicara el DSM-III. Adicionalmente, la mayoría de las investigaciones son estudios de casos clínicos sin líneas base pretratamiento que permitan hacer comparaciones. Dadas estas limitaciones, no se pueden obtener conclusiones definitivas sobre la eficacia de la farmacoterapia en el TAG.

Dos estudios controlados realizados hace algunos años (Gittelman y Klein, 1971) emplearon antidepresivos tricíclicos con una muestra de niños que rehusaban ir al colegio (el grupo tenía niños con fobias específicas y TAG, al igual que otros trastornos), informando resultados positivos. Sin embargo, otros estudios controlados que emplearon tricíc-

licos con una población similar (Berney et al., 1981) encontraron que la medicación no fue más eficaz que la administración de un placebo.

Simeon y Ferguson (1987) utilizaron un diseño de caso controlado, en el que participaron 12 pacientes (con edades entre 8 a 16 años) tratados diariamente con alprazolam (0,25 a 1,5 mg). Todos los sujetos reunieron los criterios diagnósticos del DSM-III-R para ansiedad excesiva o trastorno de evitación. El alprazolam fue significativamente superior al placebo en las mediciones de ansiedad, depresión y agitación psicomotora. Los padres informaron mejorías en los patrones de sueño y las mediciones cognitivas mostraron también una mejoría significativa. Sin embargo, el autoinforme de síntomas de los consultantes no mejoró significativamente con la utilización de este fármaco.

Simeon et al. (1992) realizaron un estudio con 30 jóvenes diagnosticados según los criterios del DSM-III-R: 21 de ellos presentaron TAE y los 9 restantes trastorno de evitación. Utilizaron un diseño de doble condición (grupo experimental, grupo control-placebo). Durante cuatro semanas administraron a los participantes una dosis diaria de alprazolam de 1,57 mg. La medicación fue tolerada y no se informaron de efectos secundarios, al igual que en el estudio anterior. En la medición postratamiento se evidenciaron resultados positivos con el alprazolam comparado con el placebo.

Es evidente que se necesitan investigaciones adicionales que demuestren la eficacia de la medicación en el tratamiento del TAG, antes de que estos agentes puedan ser recomendados para su aplicación sistemática en los niños. De todas maneras, es conveniente que la estrategia farmacológica se combine con la intervención a nivel cognitivo-conductual y familiar.

## 6.2. **Intervención en el trastorno de pánico (TP)**

En general, los estudios sobre intervención cognitivo-conductual en trastornos de pánico en niños son escasos. Los pocos que se conocen han investigado prioritariamente el trastorno por ansiedad de

separación, el cual está muy relacionado con el TP, como vimos anteriormente. No obstante, la intervención cognitivo-conductual ha mostrado eficacia en el tratamiento de adultos con TP (Barlow y Cerney, 1988; Beck et al., 1992; citados por March, 1995), pero el tratamiento de este problema en niños y adolescentes no ha sido informado. La literatura disponible trabaja más la parte farmacológica, por lo que describiremos brevemente las investigaciones al respecto.

Se ha encontrado que el sistema noradrenérgico puede estar asociado con la fisiopatología de un cierto número de trastornos de ansiedad. Específicamente, la estimulación del locus ceruleus puede provocar estados de pánico (March, 1995). Además, se ha observado que la excreción urinaria de metabolitos de la noradrenalina disminuye cuando aparece el TP. Por esto, los fármacos que afectan el sistema noradrenérgico, tales como los antidepressivos tricíclicos o los inhibidores de la monoaminooxidasa, pueden ejercer efectos ansiolíticos principalmente a través de las influencias en el funcionamiento de las catecolaminas.

Según Black (1995), la utilización de tricíclicos ha probado ser eficaz para el tratamiento del TP en adultos, pero no se conocen estudios similares realizados con niños y adolescentes. Sin embargo, la experiencia clínica de estos autores indica que los tricíclicos, especialmente la imipramina, pueden ser útiles para aliviar los ataques de pánico en adolescentes. La dosis terapéutica va de 75 a 150 mg diarios, suministrados en dosis divididas, aunque la mayoría de los jóvenes tratados responde satisfactoriamente a dosis entre 100 y 150 mg diarios.

Otros medicamentos como las benzodiazepinas de alta potencia, que han mostrado ser eficaces en el tratamiento del TP y la agorafobia en adultos, pueden ser también eficaces en el tratamiento de niños y adolescentes con TP. Por ejemplo, en el estudio de Biederman (1987) se trató a tres niños de entre 8 y 11 años que presentaban síntomas de pánico con una dosis diaria de 0,5 a 3,0 mg de clonazepam. En todos se observó mejoría y no se encontraron efectos secundarios. Kutcher y Mackenzie (1988), citados por Black (1995), trataron adolescentes con TP,

utilizando dosis diarias de 1,0 a 2,0 mg de clonazepam. La frecuencia media de los ataques de pánico bajó de tres a menos de uno por semana. Los efectos secundarios tales como somnolencia transitoria en el día fueron mínimos. En un estudio más reciente, Kutcher (1990), citado por Kutcher, Reiter y Gardner (1995), utilizó un tratamiento de control con placebo y clonazapan en una dosis de hasta 2,0 mg/día. Encontró que el medicamento era significativamente mejor que el placebo para disminuir la frecuencia de los ataques de pánico y las tasas de ansiedad diaria en 12 adolescentes. Los efectos secundarios fueron mínimos.

Los grados de mejoría sintomática máxima para los ataques de pánico obtenidos con la medicación se encuentran entre el 70 y el 80 por 100 (Kutcher et al., 1995). Los resultados generalmente son anotados por el paciente a través de un diario donde se registran los ataques de pánico, su frecuencia, duración, gravedad y número de síntomas presentados. En todos los casos de utilización de fármacos, se recomienda incluir una fase educativa para el niño y sus padres en relación con la naturaleza del trastorno, la justificación para utilizar medicamentos, los beneficios, efectos colaterales y riesgos de éstos, y la duración del tratamiento.

A pesar de los beneficios informados en algunos de estos estudios, la utilización de ciertos medicamentos en adolescentes, como, por ejemplo, los tricíclicos, debe ser cuidadosa y tener en cuenta los riesgos y beneficios para cada persona. Un adolescente con TP, que a su vez tenga problemas cardíacos o una historia de impulsividad, abuso de sustancias psicoactivas e intentos previos de suicidio, no es un buen candidato para el tratamiento con tricíclicos. Por otra parte, aunque los medicamentos pueden ser útiles para aliviar los síntomas de ansiedad, se requieren tratamientos adicionales para intervenir en el funcionamiento social y académico del paciente, el cual seguramente ya está muy afectado por los meses o años de continua ansiedad. De esta manera, los fármacos deben prescribirse como parte de una estrategia general de tratamiento que puede incluir terapia cognitivo-conductual, terapia familiar y asesoría escolar (Kutcher et al., 1995).



## **7. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS**

El TAG y el TP en los niños y adolescentes constituyen dos entidades patológicas de gran importancia clínica que han despertado el interés de los investigadores en la última década. Mientras que el TAG es uno de los trastornos de ansiedad que mayor prevalencia presenta tanto en muestras clínicas como comunitarias y tiene una edad de comienzo en la niñez avanzada (10,8 años), el TP es de rara ocurrencia antes de la adolescencia. El diagnóstico diferencial para ambos trastornos es bastante difícil, puesto que puede darse solapamiento de síntomas con otros trastornos que coexisten en el mismo niño. Esto tiene implicaciones tanto para la metodología de evaluación como para la de tratamiento, ya que dificulta la formulación precisa del problema y, por ende, el diseño de un tratamiento más específico para el caso.

Igualmente, se presentan dificultades tanto en la investigación clínica como en la epidemiológica, al no poder aislar, en las muestras recolectadas, el trastorno específico que se desea estudiar. De esto se desprende, obviamente, que una buena parte de las teorías explicativas de los trastornos de ansiedad no puedan referirse exclusivamente a uno de ellos. No obstante, algunos hallazgos recientes sobre la predisposición genética y el desarrollo cognitivo han empezado a fortalecer líneas de investigación más concretas que explican convenientemente el origen y mantenimiento de estos trastornos. Asimismo, los avances de la farmacología y de la neuropsicología han permitido introducir estrategias terapéuticas propias de estos campos, las cuales se han integrado a los enfoques tradicionales de corte cognitivo-conductual potenciando sus efectos benéficos a corto y largo plazo. En los últimos tiempos se ha enfatizado igualmente la participación de los padres en los tratamientos de los niños, no sólo por el importante papel que puedan desempeñar como agentes generadores del cambio comportamental de sus hijos, sino porque los datos existentes han comenzado a demostrar que ellos también presentan comporta-

mientos ansiosos que, de alguna manera, generan y/o mantienen los trastornos de los niños. Sin embargo, es necesario recalcar que se ha alcanzado un mayor desarrollo de los tratamientos para el TAG que para el TP, en el cual predomina el enfoque farmacológico.

Los progresos alcanzados en el estudio de estos dos problemas han abonado el terreno para las investigaciones futuras. En primer lugar, éstas deberán profundizar en el campo de la metodología de evaluación para diseñar o refinar instrumentos que sean cada vez más sensibles y adecuados a las diferentes etapas de desarrollo de los niños y que, a la vez, discriminen de manera más precisa los síntomas que caracterizan a los diferentes trastornos. Deberá prestarse especial atención a la medición de aspectos psicofisiológicos, ya que éstos pueden ser indicadores tempranos de vulnerabilidad constitucional para el desarrollo de los trastornos de ansiedad. En segundo lugar, es necesario estudiar más a fondo la génesis y mantenimiento de estos problemas en la familia, evaluando el papel que desempeñan las pautas de crianza, la estructura familiar, el orden de nacimiento de los hijos, los roles de género y los patrones de interacción familiar. En tercer lugar, las investigaciones epidemiológicas deberán incluir más muestras comunitarias, teniendo en cuenta también la población latinoamericana, y realizar estudios longitudinales para obtener datos más válidos y fiables sobre la caracterización, prevalencia y curso de los trastornos. Es importante también que tanto la evaluación epidemiológica como clínica incluya no sólo a los niños y adolescentes, sino a sus padres, para establecer plenamente la validez en la obtención de los datos.

Finalmente, a nivel de tratamiento, deberán reforzarse las estrategias cognitivo-conductuales y familiares para acompañar la intervención farmacológica en el TP y, además, con base en los hallazgos sobre predisposición genética, deberán diseñarse estrategias preventivas de tipo educativo con las familias en las cuales se detecte tempranamente dicha condición.

## REFERENCIAS

- Alessi, N. E. y Magen, J. (1988): Panic disorder in psychiatrically hospitalized children. *American Journal of Psychiatry*, 145, 145-152.
- Alessi, N. E., Robbins, D. R. y Disalver, S. C. (1987): Panic and depressive disorders among psychiatrically hospitalized adolescents. *Psychiatry Research*, 20, 275-283.
- American Psychiatric Association (APA) (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3.<sup>a</sup> ed. (DSM-III). Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (APA) (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3.<sup>a</sup> ed. revisada (DSM-III-R). Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (APA) (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.<sup>a</sup> ed. (DSM-IV). Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (APA) (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.<sup>a</sup> ed. Texto revisado (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: Autor
- Barlow, D. H. (1988): *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford.
- Barrett, P., Rapee, R. M. y Dadds, M. (1996): The family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Beidel, D. C. (1991): Determining the reliability of psychophysiological assessment in childhood anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 139-150.
- Berstein, G. A. (1991): Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinical sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 43-50.
- Berstein, G. A. y Borchardt, C. M. (1991): Anxiety disorders in childhood and adolescence. A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 519-532.
- Biederman, J. (1987): Clonazepam in the treatment of prepubertal children with panic-like symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 38-42.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Chaloff, J. y Kagan, J. (1995): Behavioral inhibition as a risk factor for anxiety disorders. En J. S. March (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Black, B. (1995): Separation anxiety disorder and panic disorder. En J. S. March (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Black, B. y Robbins, D. R. (1990): Panic disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 36-44.
- Bradley, S. J. y Hood, J. (1993): Psychiatrically referred adolescents with panic attacks: presenting symptoms, stressors and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 826-829.
- Brady, E. U. y Kendall, P. C. (1992): Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Cantwell, D. P. y Baker, L. (1989): Stability and natural history of DSM-III childhood diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 691-700.
- Clark, D. B., Smith, M. G., Neighbors, B. D., Skerlec, L. M. y Randall, J. (1994): Anxiety disorders in adolescence: characteristics, prevalence and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 4, 113-137.
- Eisen, A. R. y Silverman, W. K. (1993): Should I relax or change my thoughts? A preliminary examination of cognitive therapy, relaxation training and their combinations with overanxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 7, 265-280.
- Eysenck, H. J. (1967): *The biological basis of personality*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, M. W. (1985): *Personality and individual differences*. Nueva York: Plenum.
- Gittelman, R. y Klein, D. F. (1971): Controlled imipramine treatment of school phobia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 252-256.
- Gittelman, R. y Klein, D. F. (1984): Relationships between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology*, 17, 56-65.
- Gray, J. A. (1970): The psychophysiological nature of introversion-extraversion. *Behaviour Research and Therapy*, 8, 249-266.
- Hayward, C., Killer, J. D. y Taylor, C. B. (1989): Panic attacks in young adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1061-1062.
- Kagan, J., Reznick, J. S. y Gibbons, J. (1989): Inhibited and uninhibited types of children. *Child Development*, 60, 838-845.
- Kagan, J., Reznick, J. S. y Snidman, N. (1987): Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.

- Kashani, J. y Orvaschel, H. (1988): Anxiety disorders in mid-adolescence: a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kashani, J. y Orvaschel, H. (1990): A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 149, 121-135.
- Kearney, C. A., Albano, A. M., Eisen, A. R., Allan, W. D. y Barlow, D. H. (1997): The phenomenology of panic disorder in youngsters: an empirical study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 49-62.
- Kendall, P. C. y Chansky, T. E. (1991): Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 167-185.
- Kendall, P. C. y Warman, M. J. (1996): Anxiety disorders in youth: diagnostic consistency across DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 453-463.
- Kutcher, S., Reiter, S. y Gardner, D. (1995): Pharmacotherapy: approaches and applications. En J. S. March (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Last, C. G. y Beidel, D. C. (1991): Anxiety. En L. Lewis (dir.), *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Finkelstein, R. y Strauss, C. C. (1987): Comparison of DSM-III separation anxiety and overanxious disorders: demographic characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 527-531.
- Last, C. G. y Strauss, C. C. (1989): Panic disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 87-95.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Secley, J. R. y Andrews, J. A. (1993): Adolescent psychopathology I. Prevalence and incidence of depression and others DSM-III disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Macaulay, J. L. y Kleinknecht, R. A. (1989): Panic and panic attacks in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 221-241.
- March, J. S. (dir.) (1995): *Anxiety disorders in children and adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Marks, I. M. (1996): Genetics of fear and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 149, 406-418.
- Mc Lead, C. y Mathews, A. (1988): Anxiety and allocation of attention to threat. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40, 653-670.
- Nelles, W. B. y Barlow, D. H. (1988): Do children panic? *Clinical Psychology Review*, 8, 359-372.
- Ollendick, J. H., Mattis, S. G. y King, N. J. (1994): Panic in children and adolescents: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 113-134.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992): *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginebra: Autor.
- Perugi, G., Dellito, G., Soriani, A., Musetti, L., Petracca, A., Nisita, C., Maremmanni, I. y Cassano, G. B. (1988): Relationships between panic disorder and separation anxiety with school phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 98-107.
- Reiss, S. (1991): Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Richman, H., Salle, F. R. y Folley, P. (1991): Personality differences between anxious within a dimensional framework. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 87-94.
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. E. y Minichiello, W. E. (1981): Age of onset phobic disorders: a evaluation. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 545-553.
- Silverman, W. K. (1991): Diagnostic reliability of anxiety disorders in children using structured interviews. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 105-124.
- Silverman, W. K. y Gisburg, G. S. (1995): *Specific phobia and generalized anxiety disorders in children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- Silverman, W. K. y Kurtines, W. M. (1996): *Anxiety and phobic disorders. A pragmatic approach*. Nueva York: Plenum.
- Simeon, J. y Ferguson, B. (1987): Alprazolam effects in children with anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 570-574.
- Strauss, C. C. (1990): Overanxious disorder in childhood. En M. Hersen y C. G. Last (dirs.), *Handbook of child and adult psychopathology: a longitudinal perspective*. Nueva York: Pergamon.
- Strauss, C. C., Last, C. G., Hersen, M. y Kazdin, A. E. (1988): Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 56-78.
- Strauss, C. C., Lease, C. A., Last, C. G. y Francis, G. (1988): Overanxious disorder: an examination of developmental differences. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 433-443.
- Suomi, S. J. (1986): Anxiety like disorders in young non-human primats. En R. Gittelman (dir.), *Anxiety disorders of childhood*. Nueva York: Guilford.

- Vasey, M. W., Deleiden, E. L., Williams, L. L. y Brown, L. M. (1995): Biased attention in childhood anxiety disorders: a preliminary study. *Journal of Abnormal Psychology*, 23, 267-279.
- Walker, L. S. y Greene, J. W. (1989): Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety and depression than other patient families? *Journal of Pediatric Psychology*, 14, 231-243.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rappaport, J., Kalikow, K., Walsh, B. T., Davies, M., Braidman, S. y Dolinsky, A. (1990): Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non referred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 487-496.
- Zats, S. y Chassin, L. (1985): Cognitions of test-anxious children under naturalistic test-taking conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 393-401.
- LECTURAS RECOMENDADAS**
- Clark, D. B., Smith, M. G., Neighbors, B. D., Skerlec, L. M. y Randall, J. (1994): Anxiety disorders in adolescence: characteristics, prevalence and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 4, 113-137.
- Kearney, C. A., Albano, A. M., Eisen, A. R., Allan, W. D. y Barlow, D. H. (1997): The phenomenology of panic disorder in youngsters: an empirical study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 49-62.
- March, J. S. (dir.) (1995): *Anxiety disorders in children and adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Silverman, W. K. y Kurtines, W. M. (1996): *Anxiety and phobic disorders. A pragmatic approach*. Nueva York: Plenum.

# Psicopatología y tratamiento del trastorno por estrés postraumático

LAURA HERNÁNDEZ<sup>1</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

La violencia, los accidentes, los desastres y otros sucesos traumáticos son comunes a todas las sociedades humanas, conociéndose su efecto nocivo sobre la salud psicológica. Una persona, en el curso de su vida, puede exponerse una o más veces a un suceso traumático. No obstante, el término «estrés postraumático» se desconocía hasta antes de la publicación del DSM-III (APA, 1980). Precedido por otros términos como «neurosis por trauma psíquico», «neurosis traumática», «síndrome post-Vietnam», «reacción extrema por estrés», el Trastorno por estrés postraumático (TEPT), una vez reconocido con una nomenclatura psiquiátrica y aceptado por la comunidad científica, ha sido objeto de investigaciones que intentan arrojar luz sobre su etiología, incidencia, evaluación y tratamiento. Poco se conoce acerca del TEPT en niños, ya que principalmente los estudios que abordan el trastorno se refieren a adultos. Sólo recientemente ha crecido el interés por su manifestación en los niños. En algunos casos, ha sido a partir de los datos disponibles con población adulta de donde se han extraído conclusiones a la niñez. El concepto se encuentra aún en evolución y han surgido nuevas categorías, como el TEPT complejo o Trastorno por estrés extremo, a partir de observaciones clínicas. En la literatura de investigación, por otra parte, predomina la exploración de los efectos del trauma en vete-

ranos y prisioneros de guerra y, más recientemente, en víctimas de ataque sexual, no quedando claro aún si estos resultados son generalizables a otras poblaciones como la infantil.

## 2. DESCRIPCIÓN

A diferencia de los demás trastornos de ansiedad descritos en el DSM-IV-TR (APA, 2000), el diagnóstico del TEPT requiere de la identificación de un suceso provocador: la exposición a un estímulo estresante traumático. Los sucesos traumáticos asociados con el TEPT no son experiencias adversas comunes. Dada su intensidad y naturaleza, producen miedo, terror y desamparo extremos. Referidas unánimemente como horribles, destacan porque, generalmente, son imprevisibles e incontrolables. El TEPT se presenta no sólo cuando se ha vivido una experiencia traumática extrema; en algunos casos, es suficiente con ser testigo de un acontecimiento horrendo o tener conocimiento de una amenaza seria o daño a personas cercanas. Los sucesos estresantes que producen este trastorno incluyen desastres naturales (tales como inundaciones, avalanchas y terremotos), accidentes aéreos y automovilísticos con heridas físicas graves, incendios, el colapso de estructuras físicas o el daño causado deliberadamente, como bombas, violencia física, ataques sexuales, tortura, secuestros, etc.

La reexperimentación persistente del acontecimiento traumático y la evitación sistemática de

<sup>1</sup> Universidad Nacional Autónoma de México (México).

estímulos asociados al trauma, son otros elementos importantes que completan la definición del TEPT. El problema puede iniciarse en cualquier edad, incluyendo la infancia.

La sintomatología relativa al TEPT incluye perturbaciones psicológicas intensas cuando la persona se expone a estímulos o sucesos parecidos al acontecimiento traumático (que lo simbolizan o recuerdan), tales como aniversarios de éste, haciendo esfuerzos deliberados por evitarlo. Se reexperimenta el trauma y se observa un vacío emocional que no estaba presente antes.

La reactividad disminuida al mundo externo («embotamiento psíquico»), o el vacío emocional, también llamado anestesia emocional, normalmente comienzan justo después del trauma, aunque también llegan a presentarse en forma demorada. La persona refiere sentirse desapegada o alejada de otras personas, haber perdido interés en actividades que anteriormente le agradaban, y no sentir emociones, especialmente aquellas asociadas con intimidad y ternura.

Los síntomas persistentes de aumento de la activación, no presentes antes del trauma, incluyen la dificultad para iniciar y mantener el sueño, pesadillas recurrentes durante las cuales el acontecimiento traumático se revive, hipervigilancia y respuesta de sobresalto exagerada. Algunos presentan dificultad para concentrarse o para terminar tareas y, finalmente, muchos refieren agresividad, que en los casos leves adquiere la forma de irritabilidad con miedo a perder el control. En las formas más graves se presentan explosiones inesperadas de conducta agresiva.

La determinación precisa del trastorno en niños ha recurrido a las descripciones del mismo en adultos y carece aún de suficientes datos de investigación. Terr (1979) realizó una de las primeras descripciones sistemáticas, después del secuestro de un grupo de niños en California, en 1976. Los síntomas que describió en los niños eran parecidos a los de los adultos, pero con características propias. Observó tendencias en los niños a reexperimentar o revivir el acontecimiento por medio de formas estereotipadas y repetitivas de juego. Estos niños no exhibían escenas retrospectivas instantáneas (*flash-*

*backs*) ni amnesia psicogénica, pero sí comportamiento regresivo muy marcado: pérdida de habilidades ya adquiridas, es decir, regreso a etapas del desarrollo ya superadas. Documentó, asimismo, otros trastornos cognitivos, como la colocación de acontecimientos en la secuencia equivocada o la identificación retrospectiva de presagios del acontecimiento traumático, niños que decían haber soñado antes del suceso lo que ocurriría.

Se ha observado estrés postraumático en niños a partir de desastres naturales o causados por el ser humano, conflictos bélicos, ataques violentos, quemaduras graves, accidentes fatales y por presenciar un asesinato o la violación de un ser querido. Se han referido casos de mutismo en niños, o de negación a discutir el trauma, lo que no necesariamente significa incapacidad para recordar lo ocurrido. En niños más pequeños, los sueños perturbadores con el trauma pueden, dentro de las semanas subsiguientes a éste, convertirse en pesadillas generalizadas acerca de monstruos, de rescates de otras personas o de amenazas de muerte para sí mismos o para otros. Pueden presentar también síntomas físicos como dolor abdominal, de cabeza y otros síntomas específicos de activación aumentada, así como síntomas de depresión y ansiedad, que a menudo pueden ser lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico separado de trastorno de ansiedad o de depresión. Un estudio realizado en México reveló regresión en el comportamiento, trastornos del sueño, juego repetitivo y quejas psicósomáticas en niños sobrevivientes del terremoto de 1985 en la ciudad de México (Hernández-Guzmán y Sánchez Encalada, 1987).

El DSM-IV-TR (APA, 2000) clasifica al TEPT como un trastorno de ansiedad, siendo esencial para su diagnóstico que la persona haya sido expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido los dos siguientes aspectos (Criterio A):

1. La persona ha experimentado, presenciado o se ha enfrentado a un(os) acontecimiento(s) que entrañan peligro real, amenaza de muerte o lesiones serias, o constituye una amenaza para la propia integridad física o la de los otros.

2. La respuesta del sujeto debe incluir terror, desamparo u horror intensos. En el caso de los niños, esto puede expresarse por medio de un comportamiento desorganizado agitado (Criterio A).

B) El suceso traumático se reexperimenta de forma persistente por medio de una o más de las siguientes formas:

1. En niños mayores, recuerdos recurrentes e intrusos del suceso que malestar, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones. En niños pequeños, juego repetitivo en el que se expresen temas o aspectos del trauma.
2. Sueños terroríficos sin contenido reconocible.
3. El individuo actúa o siente como si estuviese teniendo lugar de nuevo el acontecimiento traumático. En niños pequeños puede ocurrir una reescenificación específica del suceso traumático.
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerden algún aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerden algún aspecto del suceso traumático.

C) Evitación persistente de estímulos asociados con el trauma y embotamiento de la reactividad general (ausente antes del trauma), indicada por tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma.
2. Esfuerzos por evitar actividades, lugares y gente que activen los recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Disminución acusada del interés o participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Afecto restringido (por ejemplo, incapacidad para mostrar sentimientos de amor).
7. Sensación de que su vida no durará tanto como para llegar a ser adulto.

D) Presencia de síntomas persistentes de aumento de la activación (ausentes antes del trauma), indicados por dos (o más) de los siguientes:

1. Dificultad para iniciar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultad para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuesta de sobresalto exagerada.

E) La duración de estas perturbaciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolonga más de un mes.

F) El trastorno causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, escolar, etc.

Se considera *agudo* cuando la duración de los síntomas es menor de tres meses y *crónico* cuando es de tres o más. Asimismo, se debe diagnosticar de *inicio demorado* cuando han pasado por lo menos seis meses entre el suceso traumático y la aparición de los síntomas. Se diagnostica TEPT parcial si se cumple el criterio A) y el de duración, pero se identifican cinco o menos síntomas de los criterios B), C) y D) en conjunto.

Una contribución importante del DSM-IV (Classen, Koopman y Spiegel, 1993) es la distinción que hace entre TEPT, trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés extremo. El patrón sintomático del trastorno por estrés agudo debe ocurrir y resolverse dentro de las cuatro semanas subsecuentes a la ocurrencia del suceso traumático y, dentro del criterio B), presentar síntomas disociativos.

De la misma manera, y como respuesta a diferencias detectadas entre los efectos de un único suceso traumático discreto (Tipo I) y traumas sucesivos o uno prolongado (Tipo II), que sugerían que la adaptación a un trauma tipo II produce síntomas asociados con trastornos de personalidad límite y múltiple, el DSM-IV propone el trastorno por estrés

extremo. El estudio de víctimas de trauma prolongado y grave (tales como supervivientes de abuso físico y sexual, mujeres golpeadas, supervivientes de campos de concentración o rehenes) revelaban toda un área de síntomas que el diagnóstico del TEPT no abarcaba. El diagnóstico del trastorno por estrés extremo demanda la identificación de síntomas de disminución de la regulación de la activación afectiva, disociación y amnesia, somatización, alteraciones de la percepción de sí mismo y de otros, y alteraciones de los sistemas de significado. El presente capítulo se referirá únicamente al TEPT, quedando el tratamiento del trastorno por estrés agudo y los trastornos por estrés extremo para trabajos futuros.

### 3. EPIDEMIOLOGÍA

Las personas expuestas a un mismo acontecimiento estresante grave pueden diferir significativamente entre sí en términos de su respuesta ante éste, desarrollando el trastorno sólo una minoría. Aparentemente, las diferencias individuales explican las grandes variaciones entre los datos acerca de la prevalencia del TEPT. La prevalencia del TEPT a lo largo de la vida en personas adultas es de un 8 por 100 aproximadamente en los Estados Unidos, no teniendo apenas datos de otros países (APA, 2000).

El estrés postraumático en niños era, hasta 1991, un problema de salud que había pasado desapercibido y, aún hoy día, no se cuenta con datos precisos de su prevalencia. Tanto en el caso de la población adulta como de la infantil, la prevalencia de TEPT se ha estimado a partir de la ocurrencia de acontecimientos tales como desastres, accidentes, actos violentos, etc. De ahí, se calcula que 3/4 partes de la población se ha expuesto a acontecimientos que podrían causar el TEPT. De los expuestos, únicamente una tercera o una cuarta parte termina por desarrollarlo (Green, 1994). Los estudios sobre individuos de riesgo (es decir, grupos expuestos a incidentes traumáticos específicos) producen hallazgos variables, encontrándose las tasas más elevadas (que van desde 1/3 hasta más de la mitad de los sujetos expuestos) entre supervivientes de vio-

laciones, prisioneros y participantes de guerras, y genocidios o internamientos por razones políticas o étnicas (APA, 2000). Anualmente, se registra un promedio de aproximadamente 300 desastres naturales a nivel mundial. Por otra parte, la violencia familiar y social parece ir en aumento en muchos países y, así, solamente de las estadísticas de actos violentos, se calcula que en un 20 por 100 de ellos hubo un niño como víctima o testigo. Obviamente, se trata de estimaciones y no de datos extraídos directamente.

A pesar de que se ha intentado relacionar la respuesta con la intensidad y magnitud del acontecimiento estresante en adultos, no se ha podido establecer una relación clara. Por el contrario, los escasos estudios que han explorado la prevalencia de TEPT en niños sí refieren asociaciones entre la intensidad y magnitud del trauma con la sintomatología del trastorno. Nader, Pynoos, Fairbanks y Frederick (1990) encontraron TEPT en un 74 por 100 de los niños directamente expuestos a una experiencia traumática catorce meses después del suceso y tasas proporcionalmente menores en niños no directamente involucrados con el suceso.

### 4. TEORÍAS

La gran diversidad de reacciones a los acontecimientos traumáticos ha dado lugar a múltiples teorías que pretenden explicar el TEPT. Los modelos biológicos se fundamentan en las respuestas fisiológicas propias de éste, que incluyen la activación del sistema nervioso simpático, hiperresponsividad simpática a estímulos que recuerdan el suceso estresante e hipofunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical. Por consiguiente, sus explicaciones lo atribuyen al agotamiento de neurotransmisores en situaciones que no permiten escape o a cambios funcionales del sistema límbico. Estas propuestas biológicas intentan explicar los síntomas de hiperamnesia, respuestas exageradas de sobresalto y ataques de ira, en términos de una sobrereactividad noradrenérgica ante estímulos relacionados con el trauma. La disminución de los niveles de noradrenalina en el sistema nervioso central explicaría la presencia de síntomas



como la anhedonia y la evitación social (Van der Kolk, 1994). Otros modelos biológicos (McGaugh, 1990) han tratado de responsabilizar del TEPT a posibles alteraciones de las vías neuronales producidas por la estimulación excesiva propia de los sucesos traumáticos. En general, los modelos biológicos no contestan una pregunta fundamental sobre el TEPT: ¿por qué no todo el que se expone a un acontecimiento traumático desarrolla el trastorno?

Desde la perspectiva puramente cognitiva, se han propuesto modelos constructivos narrativos (Meichenbaum y Fitzpatrick, 1993) o basados en esquemas (McCann y Pearlman, 1990). La perspectiva constructivista narrativa se basa en la noción de que la persona construye activamente su realidad personal, la cual influye sobre su percepción de lo que le ocurre. De acuerdo con ésta, la forma en que la víctima del TEPT construye sus explicaciones determina y afecta su forma de afrontamiento. Por otra parte, la explicación basada en los esquemas propone que la experiencia de un suceso traumático produce un cambio permanente en la perspectiva vital del individuo, promoviendo creencias de que los acontecimientos vitales son aleatorios, incontrolables e imprevisibles.

En la medida en que se acumulan más datos de investigación en torno al TEPT, los sistemas explicativos se vuelven más amplios, intentando integrar diversas posturas que parten principalmente del modelo conductual.

#### 4.1. Teorías conductuales y cognitivo-conductuales

Las teorías conductuales y cognitivo-conductuales abordan tanto la etiología como la expresión y curso del TEPT. De hecho, éste es uno de los trastornos psiquiátricos más fácilmente explicable utilizando constructos psicológicos, especialmente aquéllos referidos a procesos de condicionamiento y cambios en el comportamiento como resultado de la experiencia.

De acuerdo con Sutker, Uddo-Crane y Allain (1991), los modelos explicativos conductuales del TEPT han partido de la teoría bifactorial del apren-

dizaje de Mowrer, quien postuló que un primer factor responsable de la adquisición de las emociones aversivas está dado por mecanismos de condicionamiento clásico. El segundo factor es la respuesta de evitación o escape del individuo ante estímulos condicionados asociados con el suceso traumático. Así, los síntomas del TEPT son el resultado del condicionamiento clásico, en el que cualquier estímulo asociado con el acontecimiento traumático puede adquirir las propiedades del trauma original (Keane, Zimering y Caddell, 1985). Por ejemplo, el olor a gasolina y la oscuridad producían en una niña violada sufrimiento psicológico y recuerdos muy claros del suceso. La generalización y el condicionamiento de segundo orden explican por qué otros estímulos, previamente neutros, indirectamente relacionados con el trauma, provocan también respuestas de escape y evitación. En el caso de la niña violada, citado arriba, el crepúsculo, los automóviles y las estaciones de gasolina ocasionaban también síntomas de TEPT. La persistencia de los síntomas de ansiedad se apoya en la resistencia a la extinción de estas respuestas, mantenidas mediante el refuerzo negativo que define la evitación y el escape. El condicionamiento de segundo orden en la generalización del estímulo da cuenta del empeoramiento de los síntomas con el transcurso del tiempo, al aumentar el número de estímulos condicionados evocadores del suceso traumático y de la activación fisiológica. Los casos de TEPT de inicio retardado son el resultado del empeoramiento gradual dado por el condicionamiento de segundo orden hasta alcanzar un punto crítico de manifestación del trastorno.

Los tratamientos fundamentados en la teoría bifactorial de Mowrer siguen siendo los más extendidos y estudiados, y aquellos cuya eficacia se ha documentado con datos de investigación sobre resultados. Las concepciones teóricas más recientes han acomodado dentro de este esquema factores cognitivos (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989), proponiendo que los sucesos traumáticos crean grandes redes de terror, especialmente complejas, activables fácilmente debido al gran número de interconexiones formadas mediante condicionamiento y generalización. Dentro de este contexto, sobresalen el modelo de Creamer, Burgess y Pattison (1992), por un lado, y el de

Jones y Barlow (1992), por el otro. Los primeros postulan cinco estadios en el desarrollo del proceso cognitivo propio del TEPT: 1) exposición al estímulo estresante; 2) formación de la red de estímulos, con intervención de percepciones y significados subjetivos de la experiencia traumática; 3) activación de la red, en un intento por procesar y resolver los recuerdos; 4) evitación y escape, como respuestas de afrontamiento, y 5) proceso de resolución de la red. La variabilidad en la sintomatología postraumática se ha explicado por la participación interactiva de diversos factores, tales como antecedentes en la crianza que afectan a las propias características de la víctima, predisposiciones, estatus social, nivel de apoyo social, apreciación subjetiva del suceso por parte de la víctima y sus recursos sociales.

Jones y Barlow (1992) incorporan al modelo conductual la vulnerabilidad biológica, la predisposición heredada para responder ante el estrés, y algunas otras condiciones con las que el individuo y su ambiente social contribuyen a la interacción entre factores.

## 5. EVALUACIÓN

A pesar de los diferentes intentos por incorporar en un solo instrumento de autoinforme todos los elementos que deban considerarse, tanto para diagnosticar el TEPT con cierto grado de confianza como para facilitar la planificación del tratamiento, no existe por el momento un instrumento válido y fiable para evaluar el TEPT en niños. En principio, los que cubren en su totalidad los criterios propuestos por el DSM-IV y DSM-IV-TR (Silverman y Albano, 1996) serían suficientes para diagnosticar eficientemente el TEPT. Sin embargo, se han documentado serias limitaciones inherentes al diagnóstico del TEPT que desalientan el empleo de un único instrumento aplicado al niño: 1) los niños no siempre pueden o desean describir sus experiencias traumáticas; 2) como los acontecimientos estresantes varían de víctima a víctima, los instrumentos existentes indagan sobre algún tipo de estímulo estresante en particular, y no son utilizables universalmente para cualquier suceso traumático, y 3) el

TEPT comparte síntomas con la depresión, otros trastornos de ansiedad, o con traumatismo craneal, por lo que es importante diferenciarlo, evaluando éstos por separado si es necesario.

Mientras no se disponga de datos de investigación que apoyen la construcción de instrumentos válidos y fiables, la evaluación diagnóstica del TEPT deberá basarse en medidas múltiples. Éstas permiten no sólo la convalidación de una a otra, sino la detección de síntomas que una sola no identifica, principalmente en el caso de los niños en los que el mero autoinforme no es definitivo.

### 5.1. Entrevistas semiestructuradas (E)

La entrevista semiestructurada, basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TEPT, no puede faltar. Se dirige al niño, principalmente, a sus padres y a sus profesores, si es posible, para corroborar y completar la información que el niño no esté en condiciones de proporcionar. Se ha sugerido que es más conveniente entrevistar directamente a los niños, pues los padres y maestros suelen subestimar el sufrimiento infantil (McNally, 1991). No obstante, para explorar algunos síntomas como la disminución del interés por actividades anteriormente gratificantes, irritabilidad y comportamiento regresivo, o el embotamiento de sentimientos y afectos, es necesario, por lo general, recurrir a las observaciones de padres y/o maestros. La entrevista semiestructurada ofrece flexibilidad en cuanto a las referencias del suceso traumático y a la adaptación de las preguntas al lenguaje infantil. Además de la información pertinente a los criterios diagnósticos, es recomendable recabar en la entrevista información acerca de traumas previos y la posible historia psiquiátrica tanto del niño como de sus padres. El conocimiento del suceso traumático desde la perspectiva del paciente, sus sensaciones y reacciones a éste, pensamientos relacionados, atribuciones causales asociadas con desesperanza aprendida, así como situaciones o estímulos evocadores del trauma, es fundamental tanto para establecer un diagnóstico adecuado como para planificar el tratamiento. Un último factor que resulta

importante explorar durante la entrevista se refiere a las estrategias de afrontamiento que haya utilizado el paciente hasta ese momento.

## 5.2. Medidas psicofisiológicas (F)

La investigación con adultos ha arrojado datos que apoyan la utilización de medidas psicofisiológicas (Blanchard, 1991; Orr, 1994; Pitman y Orr, 1993; Shalev, Orr y Pitman, 1993; Shalev y Roger-Fuchs, 1993) para un diagnóstico diferencial del TEPT. La investigación con niños, aunque ha sido más escasa (Ornitz y Pynoos, 1989), apunta en la misma dirección. Mediante imaginación guiada, se presentan escenas relativas al suceso traumático previamente preparadas, mientras se miden la frecuencia cardíaca y las respuestas electrogalvánica y electromiográfica. Es posible también presentar estimulación neutra intensa para valorar la respuesta de sobresalto en los niños.

## 5.3. Tarea de Stroop (S)

Esta medida se ha diseñado para cuantificar la cognición intrusa, y puede emplearse con niños que ya puedan leer. Se presentan palabras escritas cada una con un color diferente y se pide al paciente que indique el color ignorando el significado de la palabra. Debe observarse una demora al verbalizar el color de aquellas palabras relacionadas con el suceso traumático, en comparación con palabras neutras, lo que se interpreta como una interferencia. Con niños más pequeños que conozcan los colores, pueden utilizarse ilustraciones, cada una impresa en un color diferente, en vez de palabras.

## 5.4. Observación directa del comportamiento (O)

Otra herramienta útil para corroborar el diagnóstico del TEPT es la observación directa del comportamiento infantil, ya sea durante juego libre o bajo situaciones estructuradas que permitan valorar

las respuestas del niño a estímulos y situaciones que le recuerden el suceso. La estructura de estas situaciones planificadas debe basarse en la descripción dada por el paciente del suceso traumático y de los estímulos o situaciones asociados con éste.

La aplicación de algunas de estas medidas longitudinalmente permite valorar el progreso del paciente durante el tratamiento y facilitar la toma de decisiones relativas a la duración de éste. La evaluación es también importante para planificar el tratamiento, decidir cómo reorientarlo y retroalimentar al paciente acerca del progreso alcanzado. La tabla 4.1 muestra los aspectos a considerar en la evaluación del TEPT en forma de preguntas. Las preguntas representan aquí una guía para el terapeuta, quien decidirá a qué medición recurrir en cada caso. A la derecha de cada pregunta aparece la inicial de la(s) medida(s) propuesta(s) para contestarla: E = Entrevista, ya sea al niño o a los padres, cuidadores y/o profesores; F = Medida psicofisiológica; O = Observación del comportamiento; S = Tarea de «*stroop*». Es tarea del terapeuta adaptar las preguntas al lenguaje infantil, tomando en cuenta las propias descripciones de los niños y las palabras que empleen, en los casos en los que decida contestarlas mediante la entrevista al niño. Para un diagnóstico de TEPT deben cumplirse los criterios del DSM-IV-TR: mínimo un total de seis síntomas de los criterios B) 1), C) 3) y D) 2) durante más de un mes y causar malestar clínicamente significativo o deterioro social o escolar.

## 6. TRATAMIENTO CONDUCTUAL Y COGNITIVO-CONDUCTUAL

### 6.1. Bases empíricas del tratamiento

La exposición, tanto en la imaginación como en vivo, es el tratamiento por excelencia para el TEPT. Se ha documentado su eficacia principalmente con pacientes adultos (Fairbank y Keane, 1982; Falsetti y Resnick, 1995; Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991; Haynes y Mooney, 1975; Keane, Fairbank, Caddell y Zimering, 1989; Resick y Schnicke, 1993; Veronen y Kilpatrick, 1983). Los escasos trabajos con niños corroboran la eficacia de esta técnica.

TABLA 4.1

*Principales aspectos a considerar en la evaluación del TEPT*

Síntomas	Meses de duración		Apareció cuántos meses después del suceso				Gravedad del malestar generado		
	1	3	0	1	3	6	Mucho	Regular	Nada
<p>(CRITERIO A1) El suceso traumático:</p> <p>¿Claramente identificable? E</p> <p>¿Entrañó peligro de muerte? E</p> <p>¿Entrañó daño grave al paciente? E</p> <p>¿Entrañó daño o amenazó a otros? E</p> <p>(CRITERIO A2) El (la) niño(a):</p> <p>¿Presenta conducta desestructurada? E/O</p> <p>¿Presenta conducta agitada? E/O</p> <p>(CRITERIO B) El (la) niño(a):</p> <p>¿Juega a temas sobre el trauma? E/O</p> <p>¿Juega a lo mismo una y otra vez? E/O</p> <p>¿Reescenifica el trauma en el juego? E/O</p> <p>¿Se despierta aterrado o gritando? E</p> <p>¿Refiere sueños horribles? E</p> <p>¿Tiene pesadillas? E</p> <p>¿Muestra gran malestar al enfrentarse a estímulos que le recuerdan el suceso? E/O/S</p> <p>¿Aumenta la frecuencia cardíaca al evocarle estímulos asociados con el suceso? E/F</p> <p>¿Presenta lecturas altas en respuesta electrogalvánica? F</p> <p>¿Presenta lecturas altas en actividad electromiográfica? F</p> <p>(CRITERIO C) El (la) niño(a):</p> <p>¿No responde o cambia la conversación cuando se le habla del trauma? O</p> <p>¿Evita pensar en el suceso? E</p> <p>¿Rehúsa visitar lugares asociados al suceso? E</p> <p>¿Rehúsa realizar actividades que evoquen el trauma? E/O</p> <p>¿Rehúsa ver gente que evoque el trauma? E</p> <p>¿No recuerda aspectos importantes del suceso? E/O</p> <p>¿Evita el contacto con hermanos y/o compañeros de juego? E</p> <p>¿Parece muy ocupado con algún objeto durante mucho tiempo? E/O</p> <p>¿Muestra poco interés por actividades que antes disfrutaba? E/O</p> <p>¿Parece ausente? E/O</p> <p>¿Permanece inmóvil, se ve triste, poco reactivo? E/O</p> <p>¿No se deja abrazar o acariciar? E/O</p> <p>¿Muestra desapego a personas cercanas? E</p> <p>¿Piensa que no llegará a ser adulto? E</p>									

TABLA 4.1 (continuación)

Síntomas	Meses de duración		Apareció cuántos meses después del suceso				Gravedad del malestar generado		
	1	3	0	1	3	6	Mucho	Regular	Nada
<p>(CRITERIO D) El (la) niño(a):</p> <p>¿Tarda en conciliar el sueño? E</p> <p>¿Despierta a menudo durante la noche? E</p> <p>¿Hace berrinche por cualquier cosa? E</p> <p>¿Pelea con sus hermanos o amigos? E</p> <p>¿Se comporta agresivamente? E/O</p> <p>¿Presenta brotes de ira? E</p> <p>¿Se distrae fácilmente? E/O</p> <p>¿Prefiere dormir con la luz encendida? E</p> <p>¿Está pendiente de cualquier ruido? E</p> <p>¿Llora constantemente, gime, solloza? E/O</p> <p>¿Se sobresalta ante ruidos fuertes o estímulos repentinos? E/O/F</p> <p>¿Tiene miedos que parecen no relacionarse con el suceso traumático? E</p> <p>¿Se aferra a otra persona u objeto? E/O</p> <p>Una o más respuestas positivas a las preguntas anteriores, ¿Se asocia con:</p> <p>No querer ir a la escuela? E</p> <p>Bajo rendimiento académico? E</p> <p>Quejas de los profesores de que se distrae? E</p> <p>Quejas de los profesores de que desobedece? E</p> <p>Quejas de los profesores de que molesta a sus compañeros? E</p> <p>Pérdida de amistades? E</p> <p>Aislamiento o rechazo de los compañeros de juego? E</p> <p>Preguntas adicionales:</p> <p>¿Ha pasado esto antes? Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo ocurrió? E</p> <p>¿Alguna vez ha recibido tratamiento psiquiátrico el niño? E</p> <p>¿Los padres? E</p> <p>¿Cómo describe el paciente el suceso traumático? E</p> <p>¿Cómo describen los padres el suceso traumático? E</p> <p>¿Qué siente? ¿Qué piensa? ¿Qué hace? E</p> <p>¿Cómo explica el paciente lo que ocurrió? E</p> <p>¿Qué estímulos o situaciones le recuerdan lo ocurrido? E</p> <p>¿Qué hace para sentir alivio? E</p>									

ca (Albano, Miller, Zarate, Coté y Barlow, 1995). A pesar de que la exposición es un elemento común a los diversos protocolos de tratamiento del TEPT, se emplea con otras técnicas como el entrenamien-

to en relajación y algunas estrategias cognitivas.

Se plantea aquí la utilización de varios componentes propuestos por diversos autores (Albano et al., 1995; Keane, 1995, 1997; Keane et al., 1989; Saigh,

1992). No existe un acuerdo explícito acerca de la duración del tratamiento. Las propuestas varían entre 8 y 16 sesiones, sin contar la evaluación diagnóstica que dura aproximadamente entre 6 y 8 horas dividida en varias sesiones. La decisión respecto a cuándo dar por terminado el tratamiento depende de factores como la gravedad y duración del suceso traumático, el número de situaciones o estímulos que provocan respuestas emocionales, trastornos psicológicos previos, traumas previos, el apoyo social y familiar con el que cuente el paciente y la comorbilidad. No obstante, el resultado de las evaluaciones durante el tratamiento, dependiendo de la mejoría observada, es el criterio más importante para darlo por terminado. Foa y Rothbaum (1998), después de nueve sesiones de 90 minutos cada una, sugieren tres sesiones más en caso de no haberse logrado una mejoría sustancial, dada por la reducción de los síntomas y de su gravedad; aunque no recomiendan más de 12 en total. Por su parte, Falsetti (1997) propone diversas fases, cada una con objetivos concretos. El logro de esos objetivos puede ayudar en la toma de decisiones sobre si seguir adelante o regresar a pasos previos. En promedio, el tratamiento de un paciente expuesto a un acontecimiento estresante tipo I, como el que se discute en este capítulo, puede llevar nueve sesiones si el progreso es satisfactorio y no hay comorbilidad.

Por supuesto, no existe una regla definida y el terapeuta deberá aplicar su conocimiento y experiencia tanto para identificar los factores que hayan contribuido al fracaso, como para prescribir estrategias alternativas. En general, si el TEPT está interactuando con otros trastornos, tales como depresión o los ataques de pánico, se recomienda tratar cada uno por separado. Los niños más pequeños pueden necesitar más sesiones, ya que para ellos la duración de éstas no debe exceder de 45 minutos. Igualmente, en algunos casos, debido a experiencias difíciles entre sesiones, es necesario retomar pasos ya superados.

## 6.2. Programa estructurado de tratamiento

Al igual que la evaluación, se recomienda que el tratamiento se conduzca teniendo en cuenta en todo momento el desarrollo psicológico del paciente

infantil. Habrá niños que puedan leer y escribir, y otros para los que se deba recurrir a dibujos y fotografías, aunque incluso los niños mayores pueden encontrar más interesante dibujar o discutir una fotografía o un recorte de periódico. Cuando la dificultad de una tarea sea elevada para un paciente, deberá adecuarse hasta lograr que éste la comprenda y la efectúe con facilidad. Lo mismo con el lenguaje que se utilice, siempre habrá que buscar la comunicación óptima. A lo largo del tratamiento, el terapeuta debe reforzar en todo momento al niño por intentar o realizar las diversas actividades, describiendo lo que llevó a cabo correctamente.

## 6.3. El papel de los padres o cuidadores

Los padres u otras personas encargadas del cuidado infantil juegan un papel fundamental en todo momento. En la evaluación, los padres proporcionan información sobre la presencia de determinados síntomas. A lo largo del tratamiento, la comunicación terapeuta-padres (cuidadores) facilita la consecución de las tareas, la adherencia terapéutica y el fortalecimiento de las habilidades adquiridas en la terapia. Es por ello que, a lo largo del tratamiento, será indispensable programar sesiones periódicas informativas y formativas con padres y/o cuidadores, destinadas a promover prácticas parentales congruentes con la recuperación del paciente. Si, por ejemplo, los padres y los demás familiares hacen sentirse al niño avergonzado o rechazado por manifestar miedo y ansiedad, la recuperación se verá obstaculizada. La familia juega también un papel preponderante en el mantenimiento de los efectos del tratamiento, convirtiéndose en un apoyo cuando el niño lo requiera. Recurrir a los padres o cuidadores está contraindicado si uno o ambos presentan trastornos psiquiátricos, o se detecta disfunción familiar y/o problemas de pareja entre ellos (Craine, Hanks y Stevens, 1992).

## 6.4. El papel del terapeuta

A lo largo del proceso de evaluación y tratamiento el terapeuta debe mostrar tranquilidad y evi-

tar reacciones de sorpresa o indignación, independientemente de lo dramática que pueda resultar la descripción del trauma. Es importante que se muestre conocedor del TEPT y sus efectos, así como confiado en la eficacia del tratamiento. En ningún momento debe expresar juicios de valor acerca del comportamiento del paciente. La creatividad y la imaginación del terapeuta, inventando actividades y juegos atractivos, cuadernos para colorear, películas, marionetas, muñecos, etc., y la aplicación de refuerzo social positivo, permitirán interesar al niño en el tratamiento y que cumpla las tareas.

## 6.5. Sesiones 1 y 2

Los objetivos principales de éstas son: *a*) educar al paciente acerca del trastorno, y *b*) estabilizarle. Cada sesión se divide en una serie de apartados, presentándose al inicio de cada uno el rango promedio sugerido en minutos.

*15' a 20'.* Se le explica al sujeto que sus reacciones son las que resultan de forma natural por la exposición a acontecimientos que ponen en peligro la integridad personal. No se trata de que el terapeuta instruya al niño y éste escuche pasivamente. Se recomienda proceder realizando preguntas acerca de cómo reacciona una persona cuando siente miedo ante un peligro real. Cómo funcionan las alarmas, qué sucede cuando una alarma es verdadera, cuando una alarma es falsa, y cómo puede parecerse esto a las reacciones ante estímulos que recuerdan el acontecimiento traumático, pero que no son el suceso traumático. Pueden usarse figuras del cuerpo humano donde el niño marque en dónde siente miedo, dolor, entumecimiento, cosquilleo, etc. Deben repetirse las propias palabras del niño al preguntarle. Se recomienda también elaborar historietas que ilustren las respuestas comunes ante el trauma. Las preguntas se orientan a ¿qué siento?, ¿qué pienso?, ¿qué hago?

*3' a 8'.* *Ejercicios respiratorios.* Se promueve la respiración diafragmática, modelando al niño cómo respirar. Se pide al niño que imagine que su estómago es un globo y que lo infle con una única inhalación, y lo desinfe soplando lentamente hasta

vaciarlo completamente. Conforme domine la respiración profunda, se aumenta la dificultad pidiéndole que sostenga la respiración hasta contar 4 segundos. Se deben permitir descansos, para evitar la hiperventilación.

*10' a 15'.* *Ejercicio de relajación.* Se induce relajación muscular profunda procediendo de la cabeza a los pies. Si es posible, desde la primera sesión el paciente deberá traer un casete de audio en el cual se graben las instrucciones de relajación durante el ejercicio de relajación mismo.

*5' a 10'.* *Asignación de tareas para casa.* Realizar los ejercicios de respiración y relajación en casa, escuchando el casete. Autorregistro, que se plantea como jugar a detectives y descubrir los sucesos que le hacen sentir miedo: ¿qué siento?, ¿qué pienso?, ¿qué pasó (qué vi, qué oí, qué recordé) justo antes de sentirlo?, ¿qué hice? Dependiendo del desarrollo psicológico del niño, puede trabajarse con figuras humanas sin cara, donde el niño dibuje la cara de cómo se sintió cada día entre una sesión y otra, y marque dónde sintió miedo. Puede pedírsele también que dibuje lo que le produzca miedo. En niños mayores que lean y escriban, esta tarea consiste en escribirlo en un formato sencillo que el terapeuta le proporcione. Se trabaja con el niño un ejemplo de la tarea asignada.

## 6.6. Sesiones 3 y 4

Los objetivos de estas sesiones son: *a*) identificar por medio del autorregistro sensaciones, pensamientos y formas de afrontamiento, así como los estímulos y situaciones que provocan esas reacciones; *b*) establecer habilidades de relajación profunda, y *c*) comenzar a trabajar la imaginación guiada, para que el paciente vaya adquiriendo una sensación de control y eficacia.

*10' a 15'.* *Revisión de lo sucedido desde la sesión anterior.* Recordar las reacciones comunes ante el suceso traumático. ¿Cuánto logró relajarse? Se sugiere que el paciente se autoasigne una calificación: ¿qué nuevos descubrimientos hizo el detective? Se pregunta sobre los dibujos o los registros escritos. Si hubo algún progreso, debe reforzarse,

así como cualquier intento por realizar la tarea. Se discute también y se elabora conjuntamente una jerarquía de estímulos y situaciones evocadores del trauma. Si está utilizando alguna habilidad de afrontamiento, discutirla juntos.

*5' a 10'. Ejercicio de relajación*

*15' a 20'.* Dos ensayos, por lo menos, de *práctica encubierta* evocando situaciones estándar, neutras, no amenazantes, sobre las que el paciente hubiera manifestado dominio. Un ejemplo es pedirle que se imagine a sí mismo comiendo o realizando cualquier actividad. Es recomendable dejarle ver durante la imaginación guiada que sabe perfectamente qué hacer y que tiene el dominio de la situación (se graba un ensayo).

*5' a 10'.* Asignación de tareas para casa: realizar los ejercicios de relajación y de imaginación guiada en casa, escuchando el casete. Autorregistro.

## 6.7. Sesión 5

Los objetivos de esta sesión son: *a)* identificar por medio del autorregistro sensaciones y pensamientos comunes, y formas de afrontamiento a las que recurrió desde la sesión anterior; *b)* establecer habilidades de relajación profunda, y *c)* mostrarle, utilizando imaginación guiada, el manejo de la ira o enojo.

*10' a 15'.* *Revisión de lo sucedido desde la sesión anterior.* ¿Cuánto logró relajarse?, ¿qué nuevos descubrimientos hizo el detective? Preguntas sobre los dibujos o los registros escritos, orientadas hacia lo que sintió y pensó.

*10' a 15'.* *Relajación e imaginación guiada* evocando situaciones que le produzcan ira o enojo. Se le pide que se imagine a sí mismo deteniendo en voz alta el pensamiento que le produce enojo (¡ALTO!) e, inmediatamente después, que respire profundamente y se relaje. Grabación del casete durante esta sesión.

*5' a 10'.* Un ensayo de *práctica encubierta* evocando situaciones estándar, neutras, no amenazantes, sobre las que el paciente hubiera manifestado dominio.

*5' a 10'.* *Asignación de tareas para casa.* Realizar los ejercicios de relajación en casa, escuchando el

casete. Autorregistro. Pedirle recortes de periódico del acontecimiento (si se documentó periódicamente) o un dibujo.

## 6.8. Sesión 6

Los objetivos de esta sesión son: *a)* mantener habilidades de relajación profunda; *b)* exponer al paciente, mediante imaginación guiada, a estímulos o situaciones que le recuerden el acontecimiento traumático, con base en la jerarquía elaborada en la tercera y/o cuarta sesiones, y *c)* promover la utilización de las habilidades de afrontamiento recién adquiridas y las que ya poseía durante su funcionamiento cotidiano.

*15' a 20'.* *Revisión de las tareas* y discusión acerca de la importancia de las habilidades que haya adquirido hasta el momento, prestando especial atención a cómo pueden aplicarse a situaciones cotidianas.

*15' a 25'.* Mínimo de dos ensayos de *imaginación guiada* evocando estímulos o situaciones que le recuerden el acontecimiento traumático. Se describe verbalmente, utilizando un folleto previamente preparado, el estímulo o situación inferior en la jerarquía, procediendo hacia estímulos o situaciones más adversas, dependiendo del progreso que muestre el paciente. Es importante que domine cada paso antes de proseguir con el siguiente. Al final de cada paso en la jerarquía, inducir que el paciente se felicite o se elogie a sí mismo, ya sea por el esfuerzo o por el control logrado. Se graba un ensayo por estímulo o situación en la jerarquía, en orden.

*5'.* Discutir lo que sintió y pensó durante la imaginación guiada haciendo referencia al dibujo y los recortes que trajera.

*5' a 10'.* *Asignación de tareas para casa.* Realizar los ejercicios de imaginación guiada en casa, escuchando el casete. Se instruye al paciente para que, dependiendo de cómo se sienta, escuche el ensayo que mejor crea poder controlar. Autorregistro: ocasiones en su vida diaria en las que aplicó sus habilidades de afrontamiento, número de veces que escuchó el casete y hasta dónde llegó en la jerarquía.



## 6.9. Sesiones 7 y 8

Los objetivos de las sesiones son: *a)* exponer al paciente, mediante imaginación guiada, al acontecimiento traumático, y *b)* anticipar las recaídas, dotando al paciente de habilidades que le permitan anticiparse al fracaso.

*10' a 15'*. *Revisión de las tareas* y discusión acerca de las sensaciones y pensamientos que le haya evocado el escuchar la grabación de la sesión anterior en casa: ¿cuánto éxito tuvo?, ¿qué dificultades enfrentó?, ¿cómo intentó resolverlas?, ¿a qué atribuye el éxito (o fracaso)?, ¿por qué es posible fracasar, y qué hacer en esos casos? Igualmente, se prepara al paciente para los ensayos de exposición en la imaginación al acontecimiento traumático. Aquí es importante explicarle que recordará todo lo que vivió durante éste y por qué es importante revivirlo: 1) Le ayudará a aprender que pensar en el suceso no es peligroso. 2) Le ayudará a conocer mejor las emociones que siente. 3) Le ayudará a reducir la ansiedad. 4) Mejorará su autocontrol y competencia.

*25' a 30'*. Tres ensayos de *imaginación guiada*, bajo relajación profunda, evocando el acontecimiento traumático tal y como lo describió el paciente durante la evaluación. Se basa esta descripción en folletos previamente preparados, en los que el paciente revive el acontecimiento traumático. A lo largo del procedimiento se anima al paciente, pidiéndole que mantenga la imagen de lo que se le está describiendo, que el recuerdo es doloroso y/o le produce miedo, que está haciendo un excelente trabajo reteniéndolo en su imaginación, que está a salvo, por lo que debe tratar de imaginar el suceso lo más parecido a como ocurrió. Al final de cada sesión, se pide al paciente que describa lo que se imaginó, incluyendo sensaciones y pensamientos nuevos para ensayos futuros. Se graba un ensayo por sesión.

A lo largo del procedimiento se van reduciendo también las señales de seguridad que había utilizado el paciente (dormir con la luz encendida, dormir en la misma habitación de los padres, estar siempre con un adulto presente, etc.).

*5'*. *Ejercicio de relajación profunda*.

*10'*. *Asignación de tareas para casa*. Escuchar el casete en casa, resaltando la importancia de que lo escuche varias veces antes de la siguiente sesión. Si piensa que no tendrá la oportunidad de hacerlo sin interferencias y en privado, no deberá llevarlo. Autorregistro: número de veces que lo escuchó, ¿cuánto éxito tuvo recordando el suceso y manteniéndolo en su memoria?, ¿qué dificultades enfrentó?, ¿cómo intentó resolverlas?, ¿a qué atribuye el éxito (o fracaso)?, ¿por qué es normal fracasar y qué hacer en esos casos?

## 6.10. Sesión 9

Objetivos: *a)* anticipar las recaídas, y *b)* transferir la responsabilidad del tratamiento al paciente (los padres u otros cuidadores). En esta sesión se invita a los padres, a partir de la discusión de logros, para que retomen la dirección de la recuperación de su hijo.

*10' a 15'*. *Revisión de las tareas* y discusión acerca de la aplicación dentro de su funcionamiento cotidiano de las habilidades que haya adquirido hasta el momento.

*10' a 15'*. *Presentación de fotografías o película* del acontecimiento o de un desastre similar, si es el caso, o de accidentes, dependiendo del suceso, promoviendo revivir las reacciones experimentadas. Al final, práctica de relajación profunda acompañada de refuerzo.

*15' a 20'*. *Discusión de los logros*. Se conduce realizando preguntas al niño y dejando que él hable, principalmente. Se subraya la capacidad de control del niño y se le hace ver que el terapeuta sólo le ayudó. Se promueve que el niño explique a sus padres ¿cuánto éxito tuvo?, ¿qué dificultades enfrentó?, ¿cómo intentó resolverlas?, ¿a qué atribuye el éxito (o fracaso)?, ¿por qué es normal fracasar y qué hacer en esos casos?, ¿por qué sentirse bien está en sus manos? Se planifican sesiones más espaciadas de seguimiento (cada mes, cada tres o seis meses), y conjuntos de sesiones en momentos que se anticipen difíciles (aniversario del acontecimiento traumático, visita al sitio donde ocurrió, etc.) o transiciones importantes para el paciente (inicio del año escolar, cambio de escuela, naci-

miento de un hermano, etc.). Se especifica también cuándo buscar la ayuda del terapeuta. Algunos autores, como Albano (comunicación personal, 4 de abril de 1998), recomiendan grabar en vídeo al niño al término del tratamiento, describiendo la(s) fuente(s) de ansiedad (acontecimiento traumático y estímulos que lo recuerdan) y de todo lo que ha aprendido para afrontar con éxito la situación.

## 7. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

Por encontrarse aún en desarrollo el concepto mismo de TEPT, hace falta desarrollar diversas líneas de investigación que aporten datos que contribuyan a un mejor diagnóstico, a tratamientos más eficaces y a la prevención de recaídas.

Respecto a aspectos de importancia de cara al diagnóstico, se ha sugerido que los estudios futuros sobre prevalencia no sólo se dediquen a contar casos, sino que describan con más precisión las características propias del trastorno y exploren a fondo síntomas en los niños y adolescentes: ¿en qué medida diferentes acontecimientos traumáticos producen la misma sintomatología observada hasta ahora?, ¿en qué grado los perfiles de síntomas varían de una etapa de desarrollo a otra?, ¿es congruente la agrupación de los síntomas de los niños, mediante análisis factorial, con los criterios diagnósticos comúnmente aceptados? Por ejemplo, los criterios del DSM-IV-TR surgen fundamentalmente de observaciones clínicas y no de una investigación empírica que los valide. El análisis factorial de los síntomas en adultos, realizado por Foa, Riggs y Gershuny (1995), arrojó conglomerados que no coinciden con la agrupación de criterios del DSM-IV-TR.

El desarrollo de instrumentos fiables, debidamente validados, es una necesidad imperiosa. Tanto instrumentos de autoinforme, como otras modalidades, flexibles y universales en cuanto a la diversidad de sucesos traumáticos, deberán desarrollarse próximamente teniendo en cuenta los resultados de la investigación sobre validación de la sintomatología del TEPT y la edad del paciente. Por ejemplo, los niños más pequeños muestran mayor confusión

y expresan los recuerdos del acontecimiento más en conductas que en palabras. Estas observaciones subrayan la importancia de utilizar diferentes modalidades de evaluación en los diversos momentos del desarrollo de los niños. Situaciones de juego estandarizadas (en las que se someta a los niños a arreglos ambientales, en los que se observen directamente sus respuestas), la evaluación psicofisiológica de la imaginación postraumática y las tareas de *stroop* diseñadas para cuantificar la cognición intrusa, son modalidades que no se basan en el autoinforme y, por tanto, evitan algunas de las imprecisiones propias de los métodos subjetivos, por lo que merecen investigarse más a fondo. Finalmente, la posible relación del TEPT con medidas endocrinas abre nuevas líneas de investigación que, algún día, podrían modificar sustancialmente su diagnóstico. Aunque todavía se requiere más investigación que corrobore los cambios neuroendocrinos que se asocian con la exposición a sucesos traumáticos, se ha sugerido medir la tasa de noradrenalina, el cortisol y aplicar la prueba de supresión de la dexametasona (véase Davidson y Baum, 1994).

Con referencia al tratamiento y a la prevención de recaídas, aún hace falta corroborar los datos de la investigación sobre resultados realizada con adultos sobre la eficacia de los diversos tratamientos. Además de los estudios que ponderen la contribución relativa de los diferentes componentes de un tratamiento determinado, la investigación con niños y adolescentes tendrá que indagar sobre la eficacia de los tratamientos, y de sus componentes de más peso, en diferentes etapas del desarrollo psicológico. Los datos de las investigaciones dirigidas a identificar los tratamientos más eficaces, no sólo promoviendo mejoría, sino manteniéndola a lo largo del tiempo y previniendo recaídas, serán de suma utilidad para el terapeuta consciente de su obligación de ofrecer a los usuarios de sus servicios la mejor atención. Todavía quedan muchas preguntas por contestar relativas al estrés postraumático, particularmente sobre su manifestación en los niños y los posibles tratamientos. Es mucho lo que falta por esclarecer, desarrollando las diversas líneas de investigación, para realmente afrontar el problema y contribuir a la construcción de sistemas explicativos más sólidos.

## REFERENCIAS

- Albano, A. M.; Miller, P. P.; Zarate, R.; Coté, G. y Barlow, D. H. (1997): Behavioral assessment and treatment of PTSD in prepubertal children: attention to developmental factors and innovative strategies in the case study of a family. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 254-262.
- American Psychiatric Association (APA) (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3.<sup>a</sup> ed. (DSM-III). Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (APA) (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.<sup>a</sup> ed. (DSM-IV). Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (APA) (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.<sup>a</sup> ed. *Texto revisado* (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: Autor.
- Blanchard, E. B.; Kolb, L. C. y Prins, A. (1991): Psychophysiological responses in the diagnosis of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 97-101.
- Classen, C.; Koopman, C. y Spiegel, D. (1993): Trauma and dissociation. *Bulletin of Menninger Clinic*, 57, 178-194.
- Craine, M. H.; Hanks, R. y Stevens, H. (1992): Mapping family stress: the application of family adaptation theory to post-traumatic stress disorder. *The American Journal of Family Therapy*, 20, 195-203.
- Creamer, M.; Burgess, P. y Pattison, P. (1992): Reaction to trauma: a cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 43, 453-459.
- Davidson, I. M. y Baum, A. (1994): Psychophysiological aspects of chronic stress following trauma. En R. J. Ursano, B. G. McCaughey y C. S. Fullerton (dirs.), *Individual and community responses to trauma and disaster*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Fairbank, J. A. y Keane, T. M. (1982): Flooding for combat related disorders: assessment of anxiety reduction across traumatic memories. *Behavior Therapy*, 13, 499-510.
- Falsetti, S. A. (1997): The decision-making process of choosing treatment for patients with civilian trauma-related PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 99-121.
- Falsetti, S. A. y Resnick, H. S. (1995): *Multiple channel exposure therapy for PTSD and panic attacks: preliminary findings*. Paper presented at the Anxiety Disorders Association of America, Pittsburgh, PA.
- Foa, E. B.; Riggs, D. S. y Gershuny, B. S. (1995): Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152, 116-120.
- Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. (1998): *Treating the trauma of rape. Cognitive-behavior therapy for PTSD*. Nueva York: Guilford.
- Foa, E. B.; Rothbaum, B. O.; Riggs, D. S. y Murdock, T. B. (1991): Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foa, E. B.; Steketee, G. y Rothbaum, B. O. (1989): Behavioral-cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Green, B. (1994): Traumatic stress and disaster: mental health effects and factors influencing adaptation. En F. Liehmac y C. Nadelson (dirs.), *International review of psychiatry* (Vol. II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Haynes, S. N. y Mooney, D. K. (1975): Nightmares: etiological, theoretical, and behavioral treatment considerations. *Psychological Record*, 25, 225-236.
- Hernández-Guzmán, L. y Sánchez Encalada, L. (1988): Evaluación experimental del manual *La Salud Mental de Menores en Situaciones de Desastre*. *Revista Mexicana de Psicología*, 5, 88-92.
- Jones, J. C. y Barlow, D. H. (1992): A new model of post-traumatic stress disorder: implications for the future. En P. A. Saigh (dir.), *Posttraumatic stress disorder*. Nueva York: Macmillan.
- Keane, T. M. (1995): The role of exposure therapy in the psychological treatment of PTSD. *National Center for PTSD Clinical Quarterly*, 5, 2-6.
- Keane, T. M. (1997): Psychological and behavioral treatments of post-traumatic stress disorder. En P. Nathan y J. Gorman (dirs.), *Treatments that work*. Londres: Oxford University Press.
- Keane, T. M.; Fairbank, J. A.; Caddell, J. M. y Zimering, R. T. (1989): Implosive (flooding) therapy reduce symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.
- Keane, T. M.; Zimering, R. T. y Caddell, J. M. (1985): A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam Veterans. *Behavior Therapist*, 8, 9-12.
- McCann, L. y Pearlman, L. A. (1990): Constructivist self-development theory as a framework for assessing and treating victims of family violence. En S. Stita,

- M. Williams y K. Rosen (dirs.), *Violence hits home*. Nueva York: Springer.
- McGaugh, J. L. (1991): Significance and remembrance: the role of neuromodulatory systems. *Psychological Science*, 1, 15-25.
- McNally, R. J. (1991): Assessment of post-traumatic stress disorder in children. *Psychological Assessment*, 3, 531- 537.
- Meichenbaum, D. y Fitzpatrick, D. (1993): A constructionist narrative perspective on stress and coping. Stress inoculation applications. En L. Goldberger y S. Breznitz (dirs.), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. Nueva York: Free Press.
- Nader, K.; Pynoos, R.; Fairbanks, L. y Frederick, C. (1990): Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1526-1530.
- Ornitz, E. M. y Pynoos, R. S. (1989): Startle modulation in children with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 866-870.
- Orr, S. P. (1994): An overview of psychophysiological studies of PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 5, 1-6.
- Pitman, R. y Orr, S. P. (1993): New test for PTSD. *Psychiatric News*, 14.
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1993): *Cognitive processing therapy for rape victims: a treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.
- Saigh, P. A. (1992): *Posttraumatic Stress Disorder: behavioral assessment and treatment*. Elmsford, N.Y.: Maxwell Press.
- Shalev, A. Y., Orr, S. y Pitman, R. (1993): Psychophysiological assessment of traumatic imagery in Israeli civilian patients with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 620-624.
- Shalev, A. Y. y Roger-Fuchs, Y. (1993): Psychophysiology of the posttraumatic stress disorder: from sulfur fumes to behavioral genetics. *Psychosomatic Medicine*, 55, 413-423.
- Silverman, W. K. y Albano, A. M. (1996): *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Version*. Nueva York: The Psychological Corporation.
- Sutker, P. B.; Uddo-Crane, M. y Allain, Jr., A. N. (1991): Clinical and research assessment of posttraumatic stress disorder: a conceptual overview. *Psychological Assessment*, 3, 520-530.
- Terr, L. C. (1979): Children of Chowchilla: a study of psychic trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 34, 547- 623.
- Van der Kolk, B. A. (1994): The body keeps the score: memory and the envolving psychology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- Veronen, L. J. y Kilpatrick, D. G. (1983): Stress management for rape victims. En D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (dirs.), *Stress reduction and prevention*. Nueva York: Plenum.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Kendall, P. C. (1991): *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*. Nueva York: Guilford.
- Nezu, C. M. y Nezu, A. M. (1995): Critical decision making in everyday practice: the science in the art. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 5-25.
- Ollendick, T. H. y Prinz, R. J. (dirs.) (1998): *Advances in clinical child psychology* (Vol. 20). Nueva York: Plenum.
- Saylor, C. F. (dir.) (1993): *Issues in clinical child psychology: children and disasters*. Nueva York: Plenum.
- Silverman, W. K. y Ollendick, T. H. (dirs.) (1998): *Developmental and clinical issues in the treatment of children*. Boston: Allyn and Bacon.

**PARTE TERCERA**  
**Estado de ánimo depresivo**



# Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia

# 5

FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ  
JOSÉ OLIVARES  
MARÍA CARMEN ROS<sup>1</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

La depresión en la infancia ha sido cuestionada durante muchos años. Como señala Del Barrio (1997), la creencia popular y ciertos planteamientos teóricos confluyeron en el rechazo de este trastorno antes de la pubertad. La infancia feliz es un mito forjado por el deseo adulto, que, desafortunadamente, la evidencia empírica contradice con regularidad. Las ideas de que la tristeza y las preocupaciones infantiles siempre son leves y pasajeras, o que el niño no presenta sentimientos de culpabilidad intensos porque carece de responsabilidades importantes, constituyen falacias que no han ayudado a promover el conocimiento científico en este campo.

Históricamente, la naturaleza de la depresión infantil ha sido objeto de polémica en psicopatología<sup>2</sup>. Autores psicoanalistas negaron su existencia. Rie (1966) razonó esta postura señalando que en la infancia no está formado el yo ni interiorizado el superyó y, por tanto, no se produce pérdida de autoestima ni autoinculpación. Posteriormente, Lefkowitz y Burton (1978) expusieron el punto de vista de que la depresión no podía conceptualizarse como entidad nosológica en la infancia. Sus síntomas característicos, como llanto o apetito pobre, son muy comunes durante el desarrollo y remiten espontáneamente con el paso del tiempo.

La teoría de la *depresión enmascarada* supuso un avance en el reconocimiento de la depresión infantil (Cytryn y McKnew, 1972). La observación de un estado de ánimo irritable o disfórico en numerosos problemas propios de la infancia y la adolescencia, como dificultades en el aprendizaje escolar, hiperactividad, conducta antisocial, ansiedad de separación, anorexia nerviosa, etc., condujo a algunos autores a hipotetizar que la depresión era un trastorno latente que se manifestaba de diferentes formas. Por otro lado, los fármacos antidepressivos constituyen el tratamiento biológico de elección en la enuresis y se emplean también en casos de rechazo escolar, por lo que estos problemas se consideraron equivalentes a la depresión.

En los años setenta empezó a variar el estado de la cuestión (Jiménez, 1995). En 1971 se celebró en Estocolmo el IV Cuarto Congreso Europeo de Paidopsiquiatría, cuyo tema central fueron los estados depresivos en el niño y en el adolescente. En 1975, el influyente National Institute of Mental Health (NIMH) defendió la existencia de la depresión infantil. En 1976 el Group for the Advancement of Psychiatry incluyó el trastorno en su sistema diagnóstico. Este *zeitgeist* condujo a la American Psychiatric Association (APA) a reconocer formalmente en la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, publicada en 1980, la existencia de depresión en la infancia, precisando que «los síntomas esenciales del episodio depresivo mayor son similares en niños, adolescentes y adultos» (APA, 1983, p. 221).

<sup>1</sup> Universidad de Murcia (España).

<sup>2</sup> Véase, por ejemplo, Costello (1980) versus Lefkowitz y Burton (1978).

El DSM-III impulsó la investigación sobre depresión en la infancia, que ha experimentado un notable incremento en las dos últimas décadas. En nuestro país, el importante estudio epidemiológico dirigido por los profesores Aquilino Polaino-Lorente y Edelmira Domènech (véase el apartado 2.3) ha puesto de manifiesto la frecuencia de este trastorno, promoviendo estudios sobre diversos aspectos de la depresión infantil.

## 2. DESCRIPCIÓN CLÍNICA

La posición más extendida actualmente sostiene que la depresión infantil y adulta son semejantes, aunque la edad modula las características y las repercusiones negativas del trastorno.

### 2.1. Definición y caracterización

Varios autores han propuesto conjuntos de criterios operativos para diagnosticar específicamente la depresión en la infancia (por ejemplo, Poznanski, 1982). Probablemente, los de mayor impacto son los *criterios Weinberg* (Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik y Dietz, 1973) (véase tabla 5.1).

Internacionalmente han prevalecido los *criterios DSM* aplicables a los niños con ligeras matizaciones. Los síntomas de la tabla 5.2, excepto las cogniciones y las conductas suicidas, han de presentarse prácticamente a diario, al menos durante catorce días consecutivos. Para constatar la presencia de un síntoma es suficiente el informe del niño, excepto en la agitación o el enlentecimiento psicomotores, que tienen que resultar tan graves como para ser observables por los demás y no constituir únicamente una sensación subjetiva. Los síntomas representan un cambio respecto a la actividad previa, provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad. Se excluye el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios de un episodio mixto (maníaco y depresivo), si se deben a ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, pérdida significativa de peso ocasionada por una drástica reducción de la ingesta asociada a la idea delirante de que la comida está envenenada), a los efectos de una droga (por ejemplo, intoxicación por alcohol), de un medicamento (por ejemplo, corticoides), de una enfermedad (por ejemplo, hipotiroidismo), o si se explican mejor por la presencia de duelo (por ejemplo, inicio y remisión de síntomas

TABLA 5.1

*Síntomas de la depresión infantil (Weinberg et al., 1973)*

<b>Síntomas principales</b>	<p><b>I) Estado de ánimo disfórico (melancolía)</b></p> <p>a) Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.</p> <p>b) Cambios en el estado de ánimo, malhumor.</p> <p>c) Irritabilidad, se enfada fácilmente.</p> <p>d) Hipersensibilidad, llora fácilmente.</p> <p>e) Negativismo, resulta difícil de complacer.</p>
	<p><b>II) Ideación autodespreciativa</b></p> <p>a) Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (concepto negativo de uno mismo).</p> <p>b) Ideas de persecución.</p> <p>c) Deseos de muerte.</p> <p>d) Deseo de huir, de escaparse de casa.</p> <p>e) Tentativas de suicidio.</p>



TABLA 5.1 (continuación)

<b>Síntomas secundarios</b>	<p><b>III) Conducta agresiva (agitación)</b></p> <p>a) Dificultades en las relaciones interpersonales.                      b) Facilidad para riñas y pendencias.                      c) Poco respeto a la autoridad.                      d) Beligerancia, hostilidad, agitación.                      e) Discusión, peleas excesivas o ira súbita.</p>
	<p><b>IV) Alteraciones del sueño</b></p> <p>a) Insomnio inicial.                      b) Sueño inquieto.                      c) Insomnio tardío.                      d) Dificil despertar por la mañana.</p>
	<p><b>V) Cambios en el rendimiento escolar</b></p> <p>a) Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, pobre concentración, escasa memoria.                      b) Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares.                      c) Pérdida del interés habitual por actividades extraescolares.</p>
	<p><b>VI) Socialización disminuida</b></p> <p>a) Menor participación en grupo.                      b) Sociabilidad disminuida, menos simpático, menos agradable.                      c) Retraimiento social.                      d) Pérdida de los intereses sociales habituales.</p>
	<p><b>VII) Cambio de actitud hacia la escuela</b></p> <p>a) Pérdida de placer en actividades escolares.                      b) Negativa o rechazo a ir a la escuela.</p>
	<p><b>VIII) Quejas somáticas</b></p> <p>a) Cefalalgias no migrañosas.                      b) Algias abdominales.                      c) Mialgas.                      d) Otras preocupaciones o quejas somáticas.</p>
	<p><b>IX) Pérdida de la energía habitual</b></p> <p>a) Pérdida de interés por actividades y entrenamientos extraescolares.                      b) Disminución de la energía, fatiga física y/o mental.</p>
	<p><b>X) Cambios en el apetito y/o en el peso habituales</b></p>

TABLA 5.2

*Síntomas de un episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR (APA, 2000)*

<b>Síntomas principales</b>	<p><b>1. Estado de ánimo irritable o deprimido (disforia)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Estado de ánimo irritable o inestable: ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia.</li> <li>— Estado de ánimo triste, desesperanzado, desanimado, «como en un pozo».</li> <li>— Estado de ánimo «pasota», insensible o ansioso.</li> <li>— Quejas de molestias y dolores físicos.</li> </ul>
	<p><b>2. Disminución del interés o del placer en las actividades (anhedonia)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Disminución del interés por las aficiones, pérdida de interés general.</li> <li>— Disminución o pérdida de la capacidad para disfrutar con actividades anteriormente placenteras.</li> <li>— Aislamiento social.</li> <li>— Abandono de los jobs y entretenimientos; por ejemplo, un niño al que le gustaba el fútbol pone excusas para no practicarle.</li> </ul>
<b>Síntomas secundarios</b>	<p><b>3. Pérdida de apetito y fracaso en lograr los aumentos de peso esperables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Disminución del apetito, esfuerzos para comer.</li> <li>— Fracaso en la consecución del peso apropiado o pérdida de peso.</li> <li>— O, con menos frecuencia, aumento del apetito, preferencias alimentarias (por ejemplo, dulces).</li> <li>— O, con menos frecuencia, ganancia de peso.</li> </ul>
	<p><b>4. Alteraciones del sueño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Insomnio medio.</li> <li>— Insomnio tardío.</li> <li>— Insomnio inicial.</li> <li>— O, con menos frecuencia, hipersomnia.</li> </ul>
	<p><b>5. Alteraciones psicomotoras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Agitación motora observable, como, por ejemplo, incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto.</li> <li>— O enlentecimiento motor observable, como, por ejemplo, habla, discurso y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo.</li> </ul>
	<p><b>6. Pérdida de energía, cansancio y fatiga</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Fatiga persistente sin hacer ejercicio físico.</li> <li>— Requerimiento de grandes esfuerzos para realizar pequeños trabajos.</li> <li>— Eficacia reducida para la realización de tareas; por ejemplo, el niño se queja de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal.</li> </ul>

TABLA 5.2 (continuación)

<b>Síntomas secundarios (continuación)</b>	<p><b>7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Evaluación negativa no realista de la propia valía, interpretación de acontecimientos cotidianos neutros o triviales como prueba de defectos personales.</li> <li>— Preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados, sentimiento exagerado de responsabilidad con respecto a las adversidades.</li> <li>— Los sentimientos de inutilidad o de culpa pueden tener proporciones delirantes.</li> </ul>
	<p><b>8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Facilidad para distraerse, falta de concentración y de memoria.</li> <li>— Dificultad para pensar y para funcionar intelectualmente del mismo modo que antes.</li> <li>— Disminución del rendimiento académico.</li> <li>— Indecisión.</li> </ul>
	<p><b>9. Pensamientos de muerte, ideación suicida o tentativas de suicidio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Creencia consistente de que los demás estarían mejor si uno muriese.</li> <li>— Pensamientos transitorios (1 o 2 min), pero recurrentes (una o dos veces a la semana), sobre el hecho de suicidarse.</li> <li>— Planes específicos para cometer suicidio (por ejemplo, comprar una pistola, fijar el lugar y el momento en el que sabe que se encontrará solo).</li> <li>— Tentativas de suicidio.</li> </ul>

de intensidad leve en los dos meses inmediatamente posteriores a la pérdida de un ser querido).

Si se comparan las tablas 5.1 y 5.2 se constata una gran semejanza de síntomas, a pesar del tiempo transcurrido. La mayor diferencia radica en la sustitución de la ideación autodespreciativa por la anhedonia como síntoma principal. La tabla 5.3 es una comparación de los criterios Weinberg y DSM. La APA (2000) exige para el diagnóstico un síntoma más, fija un período de persistencia de los síntomas menor y detalla los criterios de exclusión.

La depresión se define como un problema psicológico complejo cuyas características principales son, por un lado, un estado de ánimo irritable y/o disfórico y, por otro, falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Se caracteriza también por alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente matutino, pobre concepto de uno mismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y/o de suicidio e intentos de suicidio. El

trastorno repercute negativamente a nivel personal (por ejemplo, malestar físico, sufrimiento psicológico), familiar (por ejemplo, deterioro de las relaciones padres-hijo), escolar, (por ejemplo, importante descenso del rendimiento académico) y/o social (por ejemplo, aislamiento). La naturaleza de las respuestas-problema y de las áreas afectadas varía con la edad. En la infancia predominan los sistemas psicofisiológicos y motores. Con el paso de los años adquiere relevancia el sistema cognitivo y aparecen dificultades en nuevos ámbitos como el sexual o el legal.

## 2.2. Clasificación

Los criterios propuestos para clasificar la depresión de los adultos son aplicables a niños y adolescentes. Las clasificaciones más usuales son:

- a) *Primaria versus secundaria*. La depresión bien es el trastorno principal o bien es con-

TABLA 5.3

*Diferencias entre los criterios Weinberg y DSM-IV-TR para el diagnóstico de depresión infantil*

	<b>Criterios Weinberg</b>	<b>Criterios DSM-IV-TR</b>
<b>Síntomas principales</b>	— Número de síntomas principales: 2 (disforia, ideación autodespreciativa). — <b>Criterio: 2 síntomas principales</b>	— Número de síntomas principales: 2 (disforia, anhedonia). — <b>Criterio: 1 o 2 síntomas principales</b>
<b>Síntomas secundarios</b>	— Número de síntomas secundarios: 8. — <b>Criterio: 2 síntomas secundarios como mínimo.</b>	— Número de síntomas secundarios: 7 — <b>Criterio: 3 o 4 síntomas secundarios como mínimo</b>
<b>Total síntomas</b>	— Número de síntomas en total 10. — <b>Criterio: 4 síntomas en total como mínimo.</b>	— Número de síntomas en total: 9 — <b>Criterio: 5 síntomas en total como mínimo.</b>
<b>Duración de síntomas</b>	— <b>Criterio: 4 semanas como mínimo.</b>	— <b>Criterio: 2 semanas como mínimo.</b>
<b>Exclusión</b>	— <b>Criterios: sin especificar.</b>	— <b>Criterios: especificados.</b>

secuencia de un problema médico (por ejemplo, enfermedad de Cushing) o psicológico (por ejemplo, drogadicción).

- b) *Unipolar versus bipolar*. Sólo episodios depresivos, o episodios depresivos más episodios (hipo)maníacos. Conviene señalar que en la niñez se presentan pocos casos de manía (Strober, 1995) y de trastornos bipolares (Carlson, 1987).
- c) *Depresión mayor versus distimia*. Se refiere a si cumple los criterios DSM-IV-TR para el trastorno, o bien el estado de ánimo es irritable (y/o disfórico), durante al menos un año, acompañado de otros síntomas depresivos, pero sin llegar a reunir los criterios diagnósticos. En la infancia existe una prevalencia mayor de distimia.
- d) *Endógena versus exógena*. La causa desencadenante es interna (por ejemplo, déficit funcional de noradrenalina) o bien se produce como reacción a un evento negativo claramente identificable (por ejemplo, una ruptura amorosa).

### 2.3. Epidemiología

La APA (1980) consideró conjuntamente la depresión infantil y adulta en la tercera edición

de su sistema clasificatorio. Este hecho promovió la investigación epidemiológica en la década de los ochenta, destacando la notable labor del grupo del doctor Javad H. Kashani, profesor de la Universidad de Missouri. La tabla 5.4 es un resumen de los estudios realizados con población infantil general.

En nuestro país, se ha llevado a cabo un amplísimo estudio para estimar la prevalencia de la depresión infantil (Domènech y Polaino-Lorente, 1990; Polaino-Lorente y Domènech, 1988). Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados, utilizando como unidad el aula, entre los alumnos de 4.º de EGB, que asistían en el curso 1985-1986 a colegios públicos y privados de Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia, Gerona (capital y provincia) y Santiago de Compostela (ciudad y área de influencia). Participaron en el estudio 6.432 escolares, 52 por 100 niños y 48 por 100 niñas, mayoritariamente de 9 (68 por 100) y 10 años (29 por 100). En la primera fase, todos rellenaron el CDI y el PNID. En la segunda fase, la muestra se redujo a 1.211 sujetos, de los que 471 habían obtenido una puntuación igual o superior a 19 en el CDI (posibles casos de depresión) y 740 sirvieron como controles. Esta submuestra fue evaluada por sus maestros (ESDM), por sus padres (CBCL) y por ellos mis-

TABLA 5.4

*Estudios sobre prevalencia de la depresión en población infantil general*

Estudio	Muestra			Evaluación		Prevalencia (%)
	Edad	N	Reclutamiento	Instrumentos <sup>a</sup>	Informantes <sup>b</sup>	
Kashani y Simonds (1979)	7-12	103	Niños nacidos en un hospital de Missouri (Estados Unidos) durante un año.	Entrevista clínica	P, N	1,9
Kashani et al. (1983)	9	641	Niños nacidos en el hospital obstétrico de Dunedin (Nueva Zelanda) entre abril de 1972 y marzo de 1973.	Listado de síntomas depresivos K-SADS-E Rutter Child Scales (RCS)	P, N, M	1,8
Kashani et al. (1986)	2,5-7	109	Niños de dos guarderías próximas de una ciudad del medio oeste americano.	Listado de síntomas depresivos Bateria de pruebas diversas	P, N	0,3
Anderson et al. (1987)	11	792	Ídem al estudio de Kashani et al. (1983).	DISC RCS	N, P, M	0,5
Boyle et al. (1987) Fleming et al. (1989)	6-16	2.852	Niños y adolescentes del censo de 1981 de la provincia de Ontario (Canadá).	Survey Diagnostic Instrument	P, M, A	5,9
Deykin et al. (1987) Levy y Deykin (1989)	16-19	424	Residentes de dos colegios públicos mayores (uno exclusivamente femenino).	Diagnostic Interview Schedule	A	8,3
Kashani et al. (1987a) Kashani et al. (1987b)	14-16	150	Adolescentes de colegios públicos de la misma ciudad.	DICA	A, P	4,7
Bird et al. (1988)	4-16	777	Niños y adolescentes de familias portorriqueñas.	CBCL DISC Clinical Global Assessment Scale	P, M, N, A	2,5-3,7
McGee y Williams (1988) Frost et al. (1989)	13	762	Ídem al estudio de Kashani et al. (1983).	DISC (modificada) Revised-BPC RCS	A, M	0,4

TABLA 5.4 (continuación)

Estudio	Muestra			Evaluación		Prevalencia (%)
	Edad	N	Reclutamiento	Instrumentos <sup>a</sup>	Informantes <sup>b</sup>	
Garrison et al. (1989)	11-17	677	Estudiantes de un instituto.	CES-D	A	4,4
Kashani et al. (1989)	8, 12, 17	210	Niños adolescentes de colegios públicos de un condado.	CAS	P, N, A	0,7-5,7

<sup>a</sup> Consúltense el apartado 4 para los instrumentos de evaluación.

<sup>b</sup> N: Niños. A: Adolescentes. P: Padres. M: Maestros.

mos (CDRS-R). La prevalencia obtenida fue de 1,8 por 100 de depresión mayor y 6,4 por 100 de distimia. El porcentaje de depresión infantil coincide con el hallado por Kashani et al. (1983) en niños de 9 años.

Uno de los hallazgos más consistentes es que la prevalencia de la depresión infantil se incrementa con la edad. Domènech, Subirà y Cuxart (1996) hallaron que el 4,2 por 100 de una muestra de 8.º de EGB, compuesta fundamentalmente por adolescentes de 13 (62 por 100) y 14 años (31 por 100), presentaba depresión mayor. Esta cifra es más del doble de la del estudio anterior realizado en cinco comunidades autónomas. Aunque existe gran dispersión en la metodología de las investigaciones y, por tanto, en los datos obtenidos, la revisión de la literatura muestra que la prevalencia puntual de la depresión mayor en la población infantil general no suele sobrepasar los siguientes valores: 0,5 por 100 para los menores de 6 años, 2,5 por 100 para los niños de 6 a 12 años y 6,5 por 100 para los adolescentes a partir de 13 años. Las investigaciones del grupo de Kashani, por ejemplo, arrojan los siguientes porcentajes: 0,3 por 100 para preescolares, 1,9 por 100 para escolares y 4,7 por 100 para adolescentes (Kashani y Schmid, 1995). Considerando el conjunto de datos disponibles, podemos concluir que la prevalencia de depresión en la infancia se sitúa en torno al 2 por 100 y, durante la adolescencia, aumenta progresivamente hasta alcanzar índices próximos a los de la vida adulta.

Se constata, además, un incremento de la depresión infantil y adolescente y un descenso en la edad de inicio (Campbell y Cueva, 1995). El DSM-IV-TR indica que el trastorno depresivo mayor antes de la pubertad afecta por igual a ambos sexos, pero en la adolescencia es dos veces más frecuente en mujeres que en varones (APA, 2000). Sin embargo, algunos estudios han encontrado mayor proporción de depresión prepuberal en los niños que en las niñas (Costello et al., 1988; Chen, Rubin y Li, 1995).

Existe evidencia a favor de tasas superiores de comorbilidad de la depresión en la infancia y adolescencia, hasta el punto de que Fleming y Offord (1990), tras revisar varios estudios, concluyeron que «la depresión “pura” en niños y adolescentes es una entidad rara» (p. 575). Esta afirmación, probablemente desproporcionada, refleja el hecho de que la prevalencia de la depresión es mayor en población clínica que en población infantil general. El diagnóstico comórbido más frecuente es la ansiedad, aunque también son comunes los problemas externalizantes (conducta antisocial, oposicionismo, hiperactividad, agresividad) y los relacionados con sustancias psicoactivas (alcohol, drogas). Rohde, Lewinsohn y Seeley (1991) encontraron, en una muestra de adolescentes con depresión, los siguientes porcentajes de trastornos asociados: 18 por 100 de ansiedad, 14 por 100 de abuso de sustancias psicoactivas y 8 por 100 de comportamientos perturbadores.

### 3. TEORÍAS ETIOLÓGICAS

La depresión infantil es un problema complejo que se origina por la interacción de factores ambientales, físicos y sociales, y factores personales, biológicos y psicológicos.

#### 3.1. Teorías psicológicas

En la actualidad, la mayoría de los autores sostiene que la depresión infantil es un trastorno similar al de los adultos, por lo que se han puesto a prueba con niños y adolescentes las explicaciones originariamente propuestas para explicar la génesis y mantenimiento del problema en la edad adulta. Las teorías psicológicas se sitúan en un continuo cuyos polos resaltan el peso de las contingencias y de los procesos cognitivos. Existen intentos integradores basados en el autocontrol que incorporan elementos conductuales y cognitivos.

##### 3.1.1. Modelo socioambiental

Destaca la importancia del medio en el origen de la depresión infantil. Skinner (1953) conceptualizó la depresión como un proceso de extinción operante, es decir, el cese del refuerzo produce la reducción de las conductas previamente reforzadas. Posteriormente Ferster, Costello y, sobre todo, Lewinsohn, elaboraron desarrollos teóricos más complejos partiendo de esta premisa básica.

Para Ferster (1966, 1973) las conductas que caracterizan el constructo «depresión» se distinguen cuantitativa, que no cualitativamente, de los comportamientos considerados «no deprimidos» o normales. Los niños con depresión se enrabietan, lloran o se quejan con mayor frecuencia, intensidad o duración que los que no están deprimidos. Por el contrario, los parámetros de las conductas adaptativas, como jugar, relacionarse con amigos o estudiar, están por debajo de lo esperado para su grupo de edad. La diferencia no es sólo topográfica, sino también funcional. Un adolescente puede andar despacio por la calle porque está disfrutando de un

agradable paseo (conducta *normal*) o porque le cuesta un terrible esfuerzo caminar (conducta *deprimida*).

En la depresión se constata un *exceso* de conductas para escapar de, o evitar, la estimulación aversiva y un *déficit* de comportamientos instrumentales para obtener refuerzo positivo. Estas alteraciones conductuales se producen por:

- a) *Repertorios de observación anómalos*. El niño con depresión infravalora sus aptitudes y sobrestima sus defectos. Estas pautas conducen a un comportamiento que es reforzado muy pocas veces.
- b) *Procesos de retroalimentación perniciosos*. La baja tasa de refuerzo origina un debilitamiento de la conducta que, a su vez, disminuye la probabilidad de obtener reforzadores y así sucesivamente.
- c) *Programas de refuerzo inadecuados*. Si la consecución de un reforzador exige una elevada cantidad de respuestas, la obtención del mismo va seguida de un prolongado período de inhibición conductual.
- d) *Cambios repentinos en el medio*. La pérdida brusca de fuentes de refuerzo y de estímulos discriminativos relevantes propicia la aparición de conductas depresivas.

Costello (1972) introduce un matiz importante. Frente a la pérdida de refuerzos destaca la *pérdida de eficacia de los reforzadores* disponibles, que se traduce en la pérdida de interés general (apetito, deseo sexual, etc.) que caracteriza a la depresión. Existen dos causas principales de este fenómeno:

- a) *Cambios bioquímicos y neurofisiológicos* (véase el apartado 3.2).
- b) *Rupturas de cadenas conductuales*. La eficacia de los reforzadores o de los estímulos incondicionados se potencia cuando éstos van precedidos por estímulos discriminativos o por estímulos condicionados. Esta sucesión de elementos forma una cadena conductual cuya ruptura produce una pérdi-

da de dicha eficacia. Así, un joven acostumbrado a ir a la discoteca con su novia, tras la ruptura amorosa, no le apetece bailar ni salir de copas, a pesar de que el local no sólo continúa abierto, sino que incluso ha aumentado su atractivo después de una amplia reforma (véase tabla 5.5).

Para Lewinsohn (1974) la causa principal de la depresión es la *baja tasa de refuerzo positivo* contingente<sup>3</sup> con la respuesta, que se explica por una o varias de estas razones:

- a) *Los potenciales eventos* reforzantes para el niño son escasos, poco intensos y/o variados.
- b) *La disponibilidad de refuerzos en el medio* es escasa.
- c) *Las habilidades del niño*, especialmente las sociales, para obtener refuerzos del medio son deficitarias (véase tabla 5.6).

Cuando se dan estas condiciones, aparecen las respuestas depresivas como disforia, fatiga y otros síntomas somáticos, o pasividad. El bajo nivel de

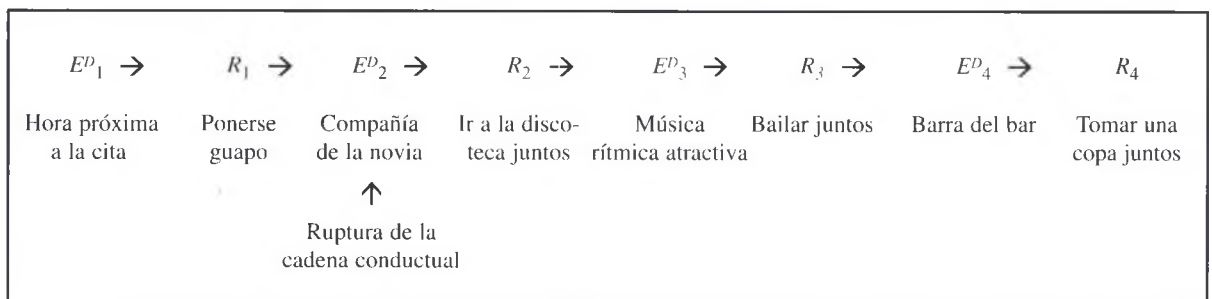
refuerzo positivo explica la poca actividad del niño con depresión, cuya conducta adaptativa está sometida a un programa de extinción. En una primera fase, los amigos, la familia y otras personas de su entorno social prestan mucha atención y proporcionan muestras de simpatía y apoyo al niño, reforzando socialmente el llanto, las quejas o sus expresiones verbales de autoculpa. El incremento de las conductas depresivas convierte la relación con el niño en aversiva, de modo que, en una segunda fase, las personas que lo rodean tienden a escapar o a evitarlo, retirándole el refuerzo social, con lo que la situación se torna aún más aversiva para el niño al encontrarse socialmente aislado y agrava su depresión, cerrando así un círculo vicioso.

Así pues, de las hipótesis enunciadas se deduce que:

1. La tasa de refuerzo positivo es menor en los niños con depresión que en los niños sin depresión.
2. La tasa de refuerzo positivo para un mismo niño es menor cuando presenta una depresión que cuando no la presenta.

TABLA 5.5

*La ruptura de una cadena conductual produce pérdida de eficacia de los reforzadores asociados a los eslabones de la cadena*



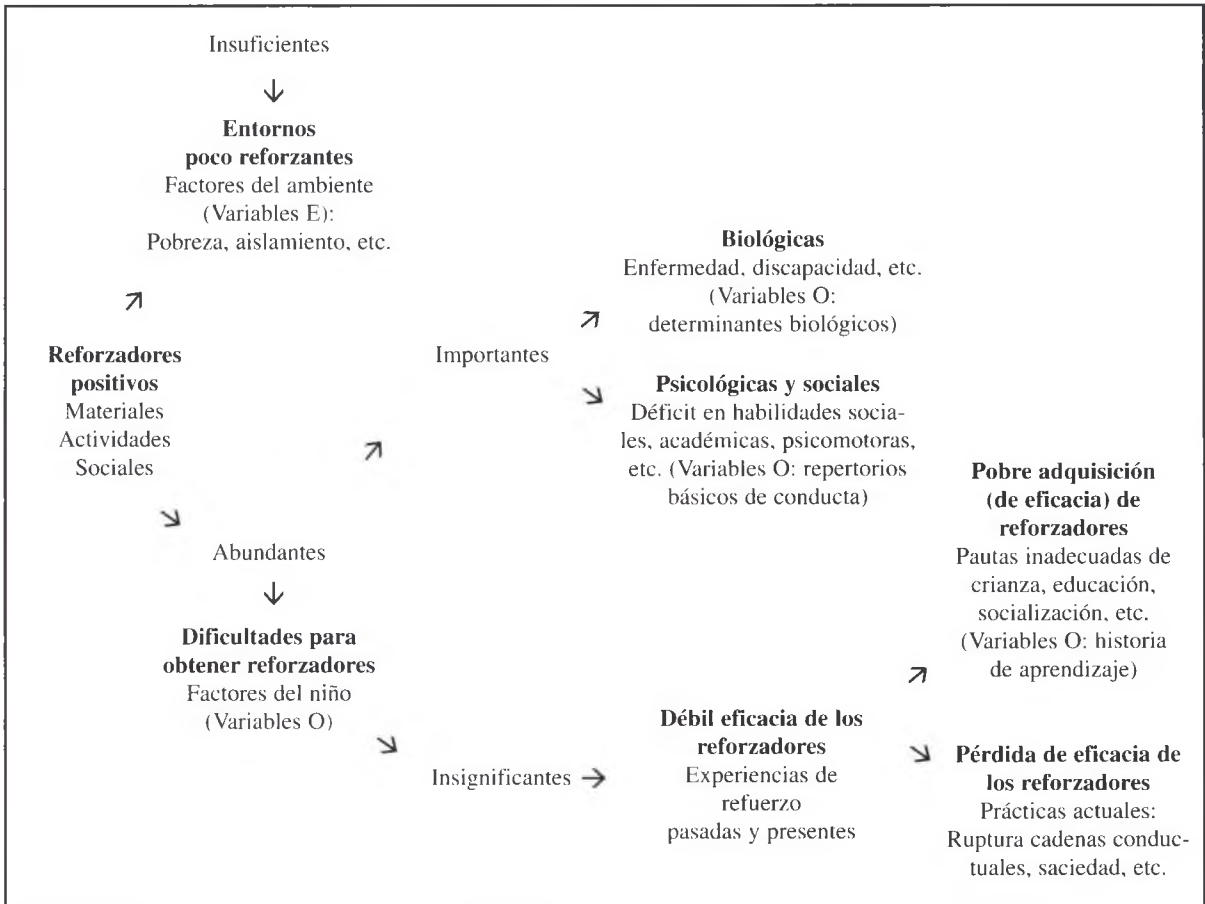
<sup>3</sup> En nuestra opinión, la expresión refuerzo contingente es redundante e inadecuada. La noción de refuerzo exige algún tipo de relación entre la respuesta y el estímulo que la sigue. La presentación aleatoria de estimulación placentera puede mejorar el estado de ánimo, pero no refuerza ninguna respuesta. El término «contingente» es una traducción literal del inglés poco afortunada.

Según la Real Academia Española (1992), *contingencia* es la «posibilidad de que una cosa suceda o no suceda» (p. 391). Es más apropiada *atingencia*, que significa «relación, conexión, correspondencia. *Tener un asunto ATINGENTE con otro*» (p. 157). Sin embargo, esta palabra, de uso común en Hispanoamérica, no se emplea en nuestro país.



TABLA 5.6

Mecanismos explicativos de la baja tasa de refuerzo positivo de un niño  
(reproducido, con permiso, de Méndez, 1998)



3. El inicio de una depresión coincide con una reducción significativa de la tasa de refuerzo positivo; un ejemplo de pérdida importante de refuerzo positivo es la muerte de uno de los padres.
4. La gravedad de la depresión varía en función del grado de disminución del refuerzo positivo.
5. La mejoría de la depresión coincide con un incremento significativo de la tasa de refuerzo positivo.

Aunque Lewinsohn resalta la importancia del bajo nivel de refuerzo positivo, también considera la *alta tasa de estimulación aversiva* un factor de génesis y mantenimiento de la depresión, de modo que enuncia las mismas predicciones para esta variable pero en sentido opuesto. La tabla 5.6 es un resumen del modelo socioambiental.

Varios estudios han contrastado las hipótesis conductuales. Simons y Miller (1987) encontraron que la depresión adolescente se asociaba a mayor rechazo materno y menor apoyo parental. En un

TABLA 5.7

## Esquema de análisis funcional de la depresión infantil

E	← →	O	← →	R Depresión	← →	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Ambientes físicos y sociales poco reforzantes*: pobreza, aislamiento social, etc.</li> <li>— Retirada de estímulos discriminativos y estímulos (in)condicionados apetitivos; muerte de un ser querido, cambio de colegio, ruptura amorosa, etc.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>— Determinantes biológicos: enfermedades incapacitantes, deficiencias sensoriales, motoras, mentales, etc.</li> <li>— Historia de aprendizaje: escasas asociaciones de estímulos neutros con reforzadores primarios.</li> <li>— Repertorios básicos de conducta limitados: déficit en habilidades sociales, académicas, deportivas, etc.</li> </ul>		<p><i>Déficit</i></p> <p>de conductas instrumentales adaptativas: sonreír, hablar, asearse, etc.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>— Baja tasa de refuerzo positivo.</li> <li>— Descenso brusco e importante de refuerzo positivo.</li> <li>— Pérdida de eficacia de los reforzadores: ruptura de cadenas conductuales, saciedad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Ambientes físicos y sociales muy aversivos: problemas psicológicos de los padres (esquizofrenia, alcoholismo, etc.), estilo educativo autoritario y punitivo, rechazo social, etc.</li> <li>— Aplicación de estímulos delta y estímulos (in)condicionados aversivos: fracaso escolar inesperado, violación, hambrunas, inundaciones, terremotos, guerras, etc.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>— Determinantes biológicos: enfermedades dolorosas, malestar físico, etc.</li> <li>— Historia de aprendizaje: abundantes asociaciones de estímulos incondicionados aversivos.</li> <li>— Repertorios básicos de conducta limitados: déficit en habilidades de relajación, autoinstrucción, etc.</li> </ul>		<p><i>Exceso</i></p> <p>de conductas de escape y de evitación: enrabietarse, quejarse, llorar, etc.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>— Alta tasa de estimulación aversiva.</li> <li>— Aumento brusco e importante de estimulación aversiva.</li> <li>— Ganancia de eficacia de la estimulación aversiva: sensibilización.</li> </ul>

\* A veces una misma situación implica tanto una disminución del refuerzo positivo como un aumento de estimulación aversiva. El divorcio de los padres puede conllevar menor disponibilidad de dinero y mayor tensión psicológica al presionar al hijo para arrebatar al otro progenitor la tutela.

estudio observacional, Cole y Rehm (1986) hallaron que los padres de los niños con depresión reforzaban verbalmente a sus hijos menos que los padres de niños normales o con problemas psicológicos pero sin depresión. Kazdin, Esveldt-Dawson, Sherick y Colbus (1985) constataron que la depresión infantil se relacionaba con un funcionamiento

social deficiente. Vosk, Forehand, Parker y Richard (1982) comprobaron que los niños con depresión eran evaluados como menos populares por sus compañeros. Kupersmidt y Patterson (1991) corroboraron los déficits en habilidades sociales y concluyeron que constituían un potente predictor de depresión en la preadolescencia. Shah y Morgan (1996) compa-

raron niños con altas (19 o más) y bajas (7 o menos) puntuaciones en el CDI, verificando que los sujetos con mayor sintomatología depresiva presentaban más problemas de competencia social.

### 3.1.2. Modelo de la indefensión aprendida

Según Seligman (1975), la secuencia que genera *indefensión aprendida* es la siguiente:

1. El niño está expuesto a *situaciones incontrolables*, o sea, cuando la probabilidad de obtener refuerzo si emite una respuesta operante es igual a la probabilidad de obtener refuerzo si no emite dicha respuesta operante:  $p(RF/R) = p(RF/\bar{R})$
2. Las experiencias de incontrolabilidad producen *expectativas de incontrolabilidad*, es decir, el niño predice que no tiene control sobre la situación, interfiriendo en aprendizajes adaptativos posteriores.
3. Las expectativas de incontrolabilidad originan los *déficits* característicos de la depresión:
  - a) *Motivacionales*. Disminución de la tasa de respuestas operantes y aumento de la latencia de respuestas operantes.
  - b) *Cognitivos*. Dificultad para aprender nuevas respuestas reforzadas.
  - c) *Emocionales*. Sentimientos de indefensión y desesperanza.

Sin embargo, no todos los sujetos expuestos a situaciones incontrolables y con expectativas de incontrolabilidad desarrollan depresión, por lo que Abramson, Seligman y Teasdale (1978) reformularon el modelo original recurriendo a la teoría de las atribuciones, que permite explicar las diferencias individuales.

1. *Atribución interna o externa*. La intensidad de la indefensión depende de esta dimensión. Si un estudiante y otras personas relevantes de su entorno, como, por ejemplo, los compañeros de clase, no saben resolver un

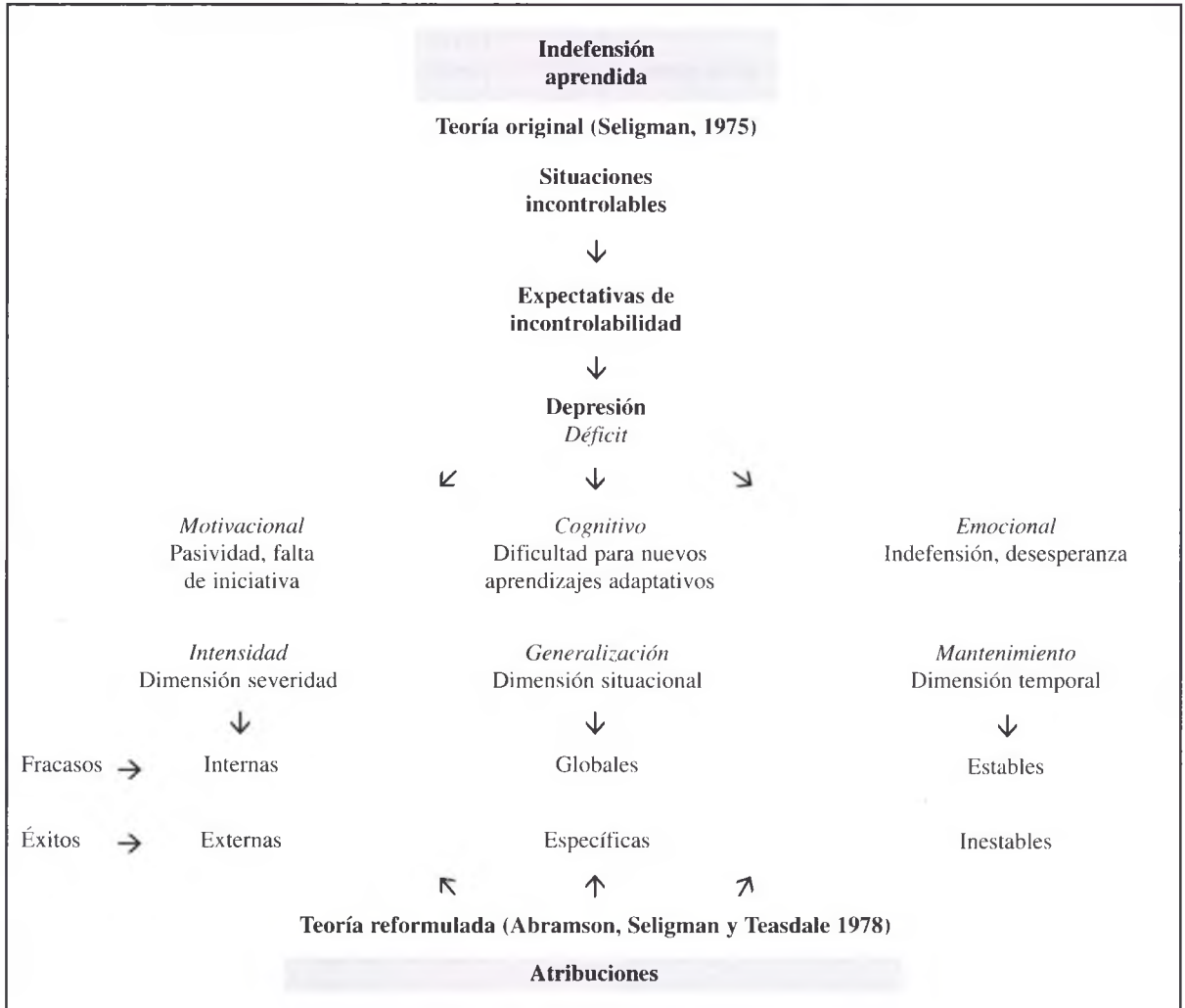
problema de matemáticas (indefensión universal), el escolar atribuirá su fracaso a un factor externo, como la elevada dificultad de la tarea, y no se resentirá su autoestima. Tampoco se verá afectada porque el maestro lo resuelva, ya que él no se compara con su profesor, es decir, en este contexto no es un «otro relevante». En cambio, si no soluciona el ejercicio pero sus compañeros sí (indefensión personal), atribuirá su fracaso a una causa interna, como, por ejemplo, un bajo nivel intelectual, debilitándose su autoestima.

2. *Atribución global o específica*. Esta dimensión explica la generalización de la indefensión. Si un estudiante atribuye su suspenso en matemáticas a una causa general, como la falta de inteligencia, entonces considerará que todas o casi todas las situaciones son incontrolables, o sea, esperará suspender la mayoría de las asignaturas. Por el contrario, si lo atribuye a un factor particular, como, por ejemplo, una dificultad específica en cálculo, entonces pensará que puede aprobar el resto de las asignaturas.
3. *Atribución estable o inestable*. El mantenimiento de la indefensión se debe a esta dimensión. Si el escolar atribuye su fracaso a una causa estable, como, por ejemplo, pensar que no es inteligente, entonces juzgará que su falta de control sobre el rendimiento académico es permanente, mientras que si lo atribuye a un factor inestable, como haber dormido poco la víspera del examen, entonces considerará que su falta de control de la situación ha sido pasajera y que puede elaborar un horario de estudio y de sueño para la próxima ocasión (véase tabla 5.8).

Según el modelo de indefensión aprendida reformulado, el individuo con depresión presenta, por un lado, *expectativas de daño*, es decir, espera que ocurra un evento aversivo o que no ocurra un evento deseado, y *expectativas de incontrolabilidad*, es decir, espera que ninguna respuesta de su repertorio cambie la probabilidad de un evento, y

TABLA 5.8

Teoría de la indefensión aprendida y posterior reformulación  
(reproducido, con permiso, de Méndez, 1998)



por otro, un *estilo atribucional* predominante, de modo que atribuye sus fracasos a factores internos, globales y estables y sus éxitos a factores externos, específicos e inestables (véase tabla 5.8).

Gladstone y Kaslow (1995) llevaron a cabo un metaanálisis con 28 trabajos originales que incluían 7.500 sujetos. Los criterios de inclusión fueron:

a) que el estudio estuviera publicado; b) que utilizara una medida de evaluación del estilo atribucional (CASQ, CASQ-R); c) que empleara un autoinforme de depresión (CDI, BDI, CDRS, CES-D); d) que las muestras, clínicas y no clínicas, estuvieran integradas por niños y adolescentes. Los resultados confirmaron las hipótesis de la teoría reformulada de

TABLA 5.9

*Clases de atribuciones ejemplificadas con el caso de un estudiante que suspende (Abramson et al., 1978)*

Atribuciones	Interna		Externa	
	Estable	Inestable	Estable	Inestable
<b>Global</b>	Falta de inteligencia.	Agotamiento.	El tribunal pone exámenes injustos.	Hoy es martes y 13.
<b>Específica</b>	Falta de habilidad en matemáticas.	Estoy harto de los problemas de matemáticas	El tribunal pone exámenes de matemáticas injustos.	El examen de matemáticas fue el día 13.

la indefensión aprendida. Los niveles más elevados de síntomas depresivos se asociaban significativamente con atribuciones internas, globales y estables para los resultados negativos, y externas, específicas e inestables para los resultados positivos.

### 3.1.3. Modelo cognitivo

Para Beck, Rush, Show y Emery (1979) las diferentes interpretaciones de una misma situación que realizan los sujetos se deben a sus estilos de pensar idiosincrásicos, determinados por las vivencias personales de la primera infancia. El individuo que desarrolla una depresión sufrió experiencias tempranas negativas, que generaron pautas de pensamiento irracionales o *esquemas cognitivos* inadecuados. Así, adolecer de un defecto físico o padecer una grave enfermedad puede originar el esquema «vivir equivale a sufrir». Posteriormente, los esquemas se activan en circunstancias similares y aparece la *tríada cognitiva* de la depresión, o visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, que causa los síntomas de la depresión: afectivos (disforia, ansiedad, etc.), motivacionales (poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.), cognitivos (indecisión, problemas de atención y memoria, etc.), motores (pasividad, dificultades en las relaciones sociales, etc.), fisiológicos (insomnio, pérdida de apetito, etc.) (véase tabla 5.10).

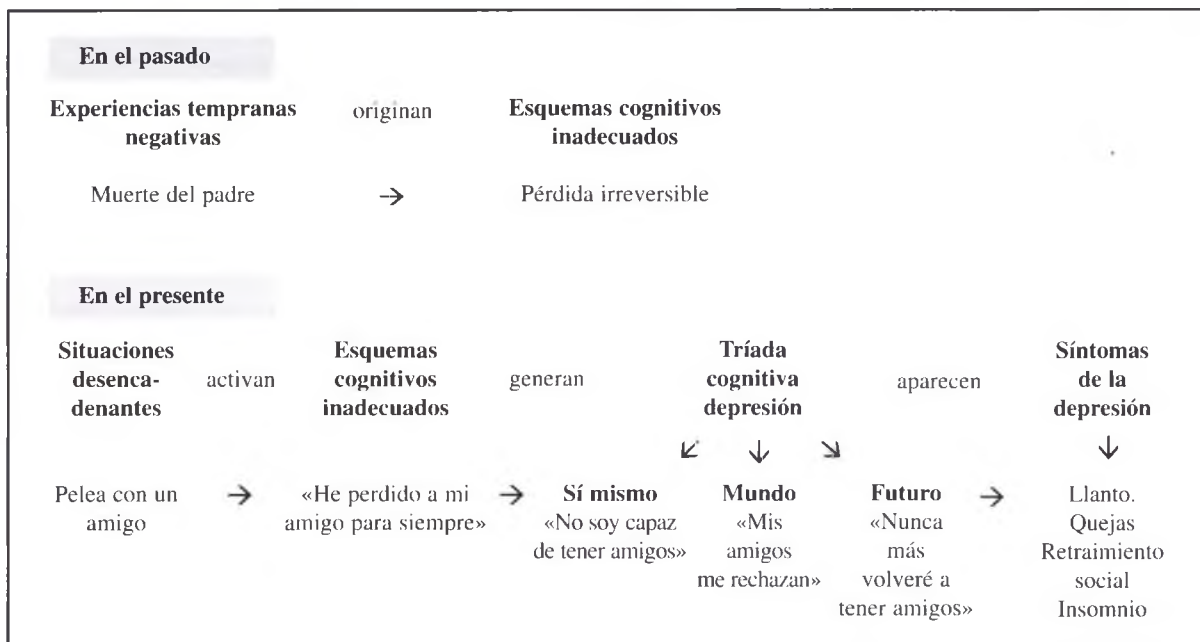
El joven con depresión no discute la validez de sus pensamientos negativos, a pesar incluso de evi-

dencias objetivas que los cuestionan, porque sistemáticamente comete *errores lógicos*:

1. *Inferencia arbitraria*. Extracción de conclusiones sin información suficiente o con datos en contra. Un niño ve en la calle a varios compañeros cuchicheando y sonriendo y piensa que se ríen de él. Un adolescente cree que no le cae bien a un colega, a pesar de que todos los fines de semana su amigo le invita a salir con él.
2. *Abstracción selectiva*. Focalización de la atención en detalles fuera de contexto, al mismo tiempo que se ignoran aspectos revelantes de la situación. Su novia se muestra muy contenta con el regalo, le besa, le da las gracias repetidamente, se deshace en elogios, exclama que la pulsera es preciosa, se la pone enseguida, se la enseña orgullosa a sus amigas; sin embargo, él se fija en la frase de cortesía «no tenías que haberte gastado tanto dinero» y se marcha pensando que no le ha gustado el obsequio.
3. *Sobregeneralización*. Elaboración de conclusiones generales a partir de hechos particulares o extrapolación de las conclusiones a situaciones sin relación alguna. Una chica declina su invitación a bailar y él concluye «nadie quiere bailar conmigo». Además, añade «ninguna chica me querrá», «nadie desea salir conmigo los fines de semana», etc.

TABLA 5.10

*Modelo cognitivo de la depresión (reproducido, con permiso, de Méndez, 1998)*



4. *Magnificación y minimización.* Errores opuestos, que consisten, respectivamente, en sobrestimar las dificultades o los fallos e infravalorar las propias habilidades o los éxitos. El joven efectúa un comentario intrascendente, al que no concede importancia su interlocutor, pero él rumia constantemente «no debería haberle dicho eso». Un estudiante es elegido por aclamación delegado de curso y felicitado por sus compañeros, pero él resta valor a este reconocimiento social y piensa «no tiene mérito, ya que he sido el único candidato que se ha presentado».
5. *Personalización.* Asunción de responsabilidad de los eventos negativos externos sin base objetiva para dicha atribución. El maestro entra al aula con semblante serio y el escolar se culpa del malhumor de su profesor.
6. *Pensamiento dicotómico.* Categorización de la experiencia en categorías opuestas, situándose el niño en el polo negativo. Esta pauta absolutista se denomina también pensamiento todo-o-nada; por ejemplo, mi comportamiento es ejemplar o soy un desastre.

La investigación ha puesto de manifiesto en la depresión infantil y adolescente una visión negativa de uno mismo (reflejada en baja autoestima), del mundo y del futuro (Asarnow y Bates, 1988; Asarnow, Carlson y Guthrie, 1987; Battle, 1987; Kaslow, Rehm y Siegel, 1984; McCauley, Mitchell, Burke y Moss, 1988).

### 3.1.4. Modelo de autocontrol

El postulado fundamental de esta teoría es que la depresión se debe a fallos en el proceso de autocontrol (Rehm, 1977, 1991).

### 1.<sup>a</sup> Fase del proceso de autocontrol: autoobservación

Los jóvenes con depresión, cuando observan su propia conducta, sus antecedentes y sus consecuencias, tienden a:

- a) *Atender selectivamente a los eventos negativos*, prestando menos atención o ignorando los eventos positivos; por ejemplo, se fijan más en su mal comportamiento que en su buena conducta.
- b) *Atender selectivamente a las consecuencias inmediatas*, prestando menor atención o ignorando las consecuencias demoradas, es decir, se fijan más en los efectos a corto plazo que en los efectos a medio y largo plazo.

El resultado de estos sesgos atencionales es una visión negativa y pesimista de la vida.

### 2.<sup>a</sup> Fase del proceso de autocontrol: autoevaluación

Valoran su comportamiento comparando la actuación autoobservada con estándares internos y realizan atribuciones opuestas en función del resultado de la autoevaluación. En esta etapa suelen:

- a) *Establecer criterios de valoración poco realistas*, por lo que en la mayoría de las ocasiones no alcanzan el objetivo y, al mismo tiempo, propenden a infravalorar sus resultados positivos y a sobrestimar sus resultados negativos.
- b) *Efectuar atribuciones incorrectas*, considerando que los éxitos se deben a causas externas, específicas e inestables y los fracasos a causas internas, globales y estables.

El resultado de esta autoevaluación inadecuada es una baja autoestima.

### 3.<sup>a</sup> Fase del proceso de autocontrol: autoadministración de consecuencias

Las consecuencias que se proporcionan a sí mismos dependen de la autoevaluación precedente. Como esta valoración a menudo es negativa, son proclives a:

- a) *Reforzarse pocas veces*, déficit que explica la pasividad y falta de iniciativa.
- b) *Castigarse con frecuencia*, exceso que origina hostilidad contra uno mismo; además, es muy común que el autocastigo se refuerce socialmente, ya que los adultos valoran positivamente que el adolescente se critique a sí mismo e intente controlar su mal comportamiento.

El modelo de autocontrol incorpora elementos de las restantes teorías, como el sesgo atencional, el estilo atributivo inadecuado o el déficit en autorrefuerzos y el exceso de autocastigos. Hay datos que prueban que los niños y adolescentes con depresión poseen menos autocontrol (Moyal, 1977; Mullins, Siegel y Hodges, 1985; Weisz et al., 1989) y se muestran más pesimistas (Haley, Fine, Marriage, Moretti y Freeman, 1985; Kaslow, Rehm, Pollack y Siegel, 1988).

## 3.2. Teorías biológicas

Se ha investigado si las alteraciones psicobiológicas y psicofisiológicas detectadas en los adultos con depresión están presentes también en la depresión infantil. A pesar de la evidencia sobre algunos marcadores biológicos, los resultados obtenidos con niños no son concluyentes. Un gran impulsor de la investigación en este terreno ha sido el español Joaquim Puig-Antich, profesor de la Universidad de Columbia en Nueva York.

### 3.2.1. Hallazgos bioquímicos

Schildkraut (1965) propuso la *hipótesis catecolaminérgica*, que relaciona la depresión con un

déficit funcional de noradrenalina. Dos observaciones apoyan este supuesto:

- a) La reserpina, empleada en el tratamiento de la hipertensión arterial por su efecto antiadrenérgico, provoca estados depresivos en el 15 por 100 de los pacientes a los que se les administra.
- b) Los fármacos que disminuyen el catabolismo de la noradrenalina cerebral, como la imipramina y los inhibidores de la monoamino oxidasa, son eficaces para tratar la depresión.

Una hipótesis complementaria sostiene que un déficit funcional de serotonina «permite» la aparición de un trastorno afectivo, aumentando la vulnerabilidad del sujeto. Si la actividad serotoninérgica disminuida se acompaña de un déficit noradrenérgico se desarrolla una depresión; por el contrario, si se asocia a un exceso de noradrenalina se presenta un trastorno maníaco. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina incrementan la disponibilidad de este neurotransmisor.

Cytryn, McKnew, Logue y Desai (1974) y McKnew y Cytryn (1979) encontraron una presencia significativamente menor de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol, principal metabolito de la noradrenalina, en la orina de 11 niños con depresión. Ryan et al. (1992) observaron una disfunción serotoninérgica al comparar 37 niños con trastorno depresivo mayor con 23 controles normales.

### 3.2.2. *Hallazgos neuroendocrinos*

Se han analizado varias alteraciones endocrinas en la depresión infantil, como la secreción nocturna de cortisol o bien en respuesta a la dexametasona y a la hormona liberadora de corticotropina (Birmaher et al., 1996), la secreción nocturna de la hormona del crecimiento o bien en respuesta a la insulina, a la desmetilimipramina, a la clonidina y a la hormona liberadora de la hormona del crecimiento (Ryan et al., 1994), la secreción de la hormona estimulante del tiroides en respuesta a la hormona

liberadora de tirotrina (Puig-Antich, 1987), la secreción de melatonina (Waterman et al., 1992) o la secreción de prolactina (Waterman et al., 1994). La escasez de estudios y la divergencia de los resultados obtenidos no permiten de momento extraer conclusiones sólidas.

Puig-Antich, Chambers, Halpern, Hanlon y Sachar (1979) comprobaron que niños con diagnóstico de depresión endógena presentaban un aumento significativo de la secreción de cortisol en comparación con niños controles no deprimidos. El análisis de las curvas de veinticuatro horas reveló más picos, mayor tiempo y mayor cantidad de secreción, especialmente desde el atardecer hasta la madrugada.

### 3.2.3. *Hallazgos polisomnográficos*

En los adultos con depresión endógena se ha encontrado una disminución del sueño de ondas delta, que no se detecta en niños y adolescentes. Algunos estudios corroboran diversas alteraciones del sueño observadas en la depresión adulta, mientras que otros no hallan diferencias entre los niños con depresión y los controles. Goetz, Hanlon, Puig-Antich y Weitzman (1985), tras estudiar durante dos noches consecutivas a 100 sujetos (6-22 años de edad), de los que 39 padecían depresión mayor, 19 se habían recuperado de una depresión, 14 tenían trastornos emocionales distintos de depresión, 19 eran neuróticos y 9 lo formaban controles normales, no encontraron diferencias significativas entre los grupos. Los hallazgos más frecuentes se refieren a un mayor número de despertares, latencia de sueño REM acortada y mayor densidad de sueño REM (Dahl et al., 1994).

## 4. EVALUACIÓN

La depresión infantil es un trastorno complejo, que incluye alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras, que difieren según los casos. El proceso de evaluación psicológica consiste en obtener información relevante, fiable y válida del niño y de otras personas que se relacionan con él. La cantidad y tipo de



datos, así como las técnicas para su obtención, varían en función de los objetivos. Los *estudios epidemiológicos* reclutan muestras de la población general o de poblaciones clínicas (problemas psicológicos, psicopedagógicos, médicos), evalúan grandes grupos, utilizan más frecuentemente instrumentos generales estandarizados, como entrevistas diagnósticas, se centran en la detección del trastorno, de otros problemas asociados y de variables de riesgo. Los *estudios de valoración de tratamientos* extraen las muestras de contextos escolares o clínicos, evalúan grupos más pequeños, suelen emplear baterías de autoinformes, se interesan principalmente por los resultados de la terapia y por las variables predictoras o moduladoras de la eficacia terapéutica. Los *estudios de caso* se llevan a cabo con sujetos clínicamente deprimidos, que son evaluados individualmente mediante una gama amplia de instrumentos (algunos, como los autorregistros o la observación natural, característicos de la terapia individual), con el fin de lograr una mejoría clínicamente significativa y el mantenimiento de las ganancias.

#### 4.1. Dificultades de la evaluación

La evaluación de la depresión infantil plantea tres inconvenientes principales. El primero es la disparidad de procedimientos, que complica la comparación de estudios. El segundo se deriva de la menor capacidad de autoevaluación de los niños pequeños. El último es específico de nuestro país y se refiere al reducido número de pruebas validadas con muestras españolas.

##### 1. Heterogeneidad de instrumentos normalizados

La revisión de la literatura científica revela que se han utilizado más de un centenar de pruebas para evaluar la depresión en la infancia y adolescencia. Esta dispersión se explica por diferentes motivos:

a) *Fuentes de información.* Aunque la evaluación se centra en el niño, suele incluir a otras personas. La «Lista de comportamientos

infantiles» (*Child Behavior Checklist, CBCL*), de Achenbach y Edelbrock (1983), es rellenado por los padres; la «Escala de evaluación emocional por el maestro» (*Teacher Affect Rating Scale, TRAS*), de Petti (1978), por los maestros; el «Inventario de depresión por nominación de los iguales» (*Peer Nomination Inventory of Depression, PNID*), de Lezkowitz y Tesiny (1980), por los compañeros.

- b) *Criterios diagnósticos.* El «Índice de depresión de Bellevue» (*Bellevue Index of Depression, BID*), de Petti (1978), se basa en los criterios Weinberg; el «Inventario para trastornos afectivos y esquizofrenia en los niños» (*Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, K-SADS*), de Puig-Antich y Chambers (1978), en los criterios RDC<sup>4</sup>; la «Escala de depresión infantil» (*Children's Depression Rating Scale, CDRS*), de Poznanski, Cook y Carroll (1979), en los criterios Poznanski; la «Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes» (*Diagnostic Interview for Children and Adolescent, DICA*), versión de Herjanic y Reich (1982), en los criterios DSM-III y versión de Reich, Shayka y Taibleson (1991; citado por Bragado y García-Vera, 1998), en los criterios DSM-III-R.
- c) *Perspectivas teóricas.* Existen adaptaciones para niños y adolescentes del «Inventario de acontecimientos agradables» (*Pleasant Events Schedule, PES*), de MacPhillamy y Lewinsohn (1982), utilizables en los programas de actividades agradables, así como múltiples pruebas para los déficits en habilidades sociales, como, por ejemplo, el «Inventario de Matson para la evaluación de las habilidades sociales en adolescentes» (*Matson Evaluation of Social Skills for Youths, MESSY*), de Matson, Rotatori y Helsel (1983). La «Escala de desesperanza para niños» (*Hopelessness Scale for*

<sup>4</sup> Research Diagnostic Criteria (Spitzer, Endicott y Robins, 1978).

- Children, HSC*), de Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson y Sherick (1983), identifica expectativas negativas, y el «Cuestionario de estilo atribucional para niños» (*Children's Attributional Style Questionnaire, CASQ*), de Seligman et al. (1984), las atribuciones que el niño formula. El «Cuestionario de sesgos cognitivos para niños» (*Cognitive Bias Questionnaire for Children, CBQ-C*), de Haley, Fine, Marriage, Moretti y Freeman (1985), evalúa la tendencia a elegir el pensamiento más negativo en situaciones hipotéticas, y el «Cuestionario de errores cognitivos negativos» (*Cognitive Negative Errors Questionnaire, CNEQ*), de Leitenberg, Yost y Carroll-Wilson (1986), los errores lógicos. El «Cuestionario de evaluación estimular, de Moyal» (*Moyal Stimulus Appraisal Questionnaire, MASQ*), de Moyal (1977), estima la tasa de autoculpación y autodesprecio, y la «Escala de actitudes de autorrefuerzo» (*Self-Reinforcement Attitudes Scale, SRAS*), de Heiby (1982), la frecuencia de autorrefuerzo.
- d) *Constructos relacionados.* El concepto negativo de uno mismo y la baja autoestima se han medido con numerosos autoinformes, como la «Escala de autoestima, de Rosenberg» (*Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES*), de Rosenberg (1965), la «Escala del autoconcepto académico» (*Academic Self-Concept Scale, ASCS*), de Reynolds, Ramirez, Magrina y Allen (1980), el «Inventario de autoestima de Coopersmith» (*Coopersmith Self-Esteem Inventory, SEI*), de Coopersmith (1981), el «Cuestionario sobre la imagen de uno mismo, de Offer» (*Offer Self Image Questionnaire, OSIQ*), de Offer, Ostrov y Howard (1982), la «Escala del concepto sobre uno mismo para niños, de Piers-Harris» (*Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*, Piers, 1984), la «Escala de autoestima de Warr-Jackson» (*Warr-Jackson Self-Esteem Scale, WJS*), de Warr y Jackson (1985), etc.
- e) *Problemas asociados.* La ansiedad se ha evaluado mediante el «Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo» (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI*), de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), el «Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños» (*State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC*), de Spielberger (1973), la «Escala de ansiedad manifiesta para niños-revisada» (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS*), de Reynolds y Richmond (1985), etc. Para la conducta social problemática se ha empleado el «Inventario de adaptación social para niños y adolescentes» (*Social Adjustment Inventory for Children and Adolescent, SAICA*), de John, Gammon, Prusoff y Warner (1987), la «Escala de comportamiento antisocial» (*Antisocial Behaviour Scale, ABS*), de Olweus (1989), etc.
- f) *Edad.* Algunos autores han desarrollado formas distintas de la misma prueba para niños y adolescentes, como la «Escala de depresión infantil, de Reynolds» (*Reynolds Child Depression Scale, RCDS*), de Reynolds (1989), y la «Escala de depresión adolescente, de Reynolds» (*Reynolds Adolescent Depression Scale, RADS*), de Reynolds (1986). Se han utilizado también con los niños mayores autoinformes originalmente elaborados para adultos y con los pequeños la adaptación correspondiente, como, por ejemplo, el «Inventario de depresión, de Beck» (*Beck Depression Inventory, BDI*), (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y el «Inventario de depresión para niños» (*Children's Depression Inventory, CDI*), (Kovacs y Beck, 1977). Finalmente algunos instrumentos de adultos se han usado directamente con los adolescentes, como la «Escala de evaluación de la depresión, de Hamilton» (*Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D*), de Hamilton (1960), o el «Inventario de síntomas depresivos» (*Inventory of Depressive Symptoms, IDS*), de Rush et al. (1986).
- g) *Revisiones y variantes.* Las versiones originales se han ido actualizando para adaptarse a los avances teóricos y técnicos, como la administración mediante ordenador, de

modo que las revisiones han reemplazado a las versiones más antiguas. Existen modificaciones posteriores del BID, como la de Petti (1985), o del DSRS (véase siguiente párrafo), como la de Asarnow y Carlson (1985). A veces se añade una R (revisado) para evitar confusiones, como, por ejemplo, la CDRS-R (Poznanski, Freeman y Mokros, 1985). En algunos casos, se dispone simultáneamente de distintas modalidades de la misma prueba, como versiones abreviadas (por ejemplo, el CDI de 10 ítems; Kovacs, 1992), o versiones para ser contestadas por diferentes colectivos, como la DICA-P o entrevista para padres, el CBCL-TRF o forma para maestros y el CBCL-YCL o forma para adolescentes. Finalmente, algunas pruebas combinan varios criterios. Existe la variante K-SADS-P (Present episode version), para la evaluación del episodio depresivo actual (Chambers et al., 1985), y la K-SADS-E (Epidemiological version), tanto para episodios presentes como pasados (Orvaschel y Puig-Antich, 1986); también hay sucesivas revisiones, siendo la última la K-SADS-III-R (Ambrosini, Metz, Prabucki y Lee, 1989).

h) *Grado de especificidad.* En la evaluación de la depresión infantil y adolescente se han utilizado inventarios de personalidad, como el «Inventario de Personalidad para niños» (*Personality Inventory for Children, PIC*), de Wirt, Lachar, Klinedist y Seat (1977), e incluso el «Inventario multifásico de personalidad, de Minnesota» (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI*), de Hathaway y McKinley (1951); entrevistas generales estructuradas, como la «Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes» (*Diagnostic Interview for Children and Adolescent, DICA*), (Herjanic y Campbell, 1977) y la «Entrevista diagnóstica para niños» (*Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC*), de Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas y Klaric (1984); entrevistas generales semiestructuradas, como el «In-

ventario de evaluación infantil» (*Child Assessment Schedule, CAS*), de Hodges, McKnew, Cytryn, Stern y Kline (1982), y la «Entrevista para niños» (*Interview Schedule for Children, ISC*), de Kovacs (1985); inventarios generales como la «Lista de problemas de comportamiento» (*Behavior Problem Checklist, BPC*), de Quay y Peterson (1983); escalas específicas, como la «Escala de depresión para niños» (*Children's Depression Scale, CDS*), de Lang y Tisher (1978), la «Escala de depresión-Centro de estudios epidemiológicos» (*Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, CES-D*), (Radloff, 1977) y la «Escala de autoevaluación de la depresión» (*Depression Self-Rating Scale, DSRS*), de Birlerson (1981).

i) *Nivel de difusión.* Junto a instrumentos de uso generalizado, como el CDI o el K-SADS, se han aplicado autoinformes mucho menos conocidos, como el «Inventario de depresión de validez aparente» (*Face Valid Depression Inventory, FDI*), de Mezzich y Mezzich (1979), el «Inventario de depresión en la edad escolar» (*School Age Depression Listed Inventory, SADLI*), de Petti y Law (1982) o el «Cuestionario sobre sentimientos y estado de ánimo» (*Mood and Feelings Questionnaire, MFQ*), de Angold, Costello, Pickles y Winder (1987).

## 2. Limitaciones con niños pequeños

Las pruebas de papel y lápiz, incluyendo los auto-registros, se utilizan a partir de los 6 años, que es cuando se aprende a leer y escribir. Kazdín y Petti (1982) consideran que el CDI resulta comprensible para los escolares de primer curso de primaria. Con los niños en edad preescolar, o en edad escolar que presentan problemas (retraso mental, dificultades lectoras, etc.), se recurre a la administración verbal de los inventarios, escalas, etc., a la colaboración estrecha de los adultos y de niños mayores en la recogida de datos y a la utilización de otras técnicas de evaluación, como la entrevista o la observación. Sin embargo, estas alternativas plantean a su vez problemas, como

la baja concordancia de los informantes o el elevado coste de los procedimientos.

Una alternativa original es el «Autoinforme de síntomas en la edad preescolar» (*Preschool Symptoms Self-Report, PRESS*), desarrollado por Martini, Strayhorn y Puig-Antich en 1990, que se aplica individualmente a pequeños de 3 a 6 años. Comprende 25 ítems, consistentes en dos dibujos paralelos, que representan la visión feliz o triste de una situación. El crío señala con el dedo la escena con la que se identifica. Existe la forma femenina y la masculina, donde el protagonista es una chica o un chico. También hay variantes para padres y maestros que incorporan, junto a los dibujos, textos a pie de página.

### 3. Escasez de pruebas en castellano

Un problema específico de nuestro país es el menor número de instrumentos disponibles en comparación con el mundo anglosajón. Afortunadamente esta insuficiencia tiende a resolverse. Existen pruebas elaboradas por autores españoles como la «Escala de Evaluación de la Depresión» (EED), de Del Barrio, Silva, Conesa-Peraleja, Martorell y Navarro (1993) o la «Escala de Sintomatología Depresiva para el Maestro» (ESDM), de Domènech, Monreal y Ezpeleta (1985). Estas escalas se describen en el apartado 4.2.2. También hay adaptaciones españolas de instrumentos desarrollados en otros países, como la DICA (Ezpeleta, 1995), el CDS (Seiseddos, 1997) y dos formas del CDI, el «Cuestionario Español de Depresión Infantil-I» (CEDI-I) para padres (u otras personas significativas) de niños de 5 a 10 años y el «Cuestionario Español de Depresión Infantil-II» (CEDI-II) para adolescentes de 11 a 16 años, (Rodríguez-Sacristán et al. 1984). Finalmente, se han publicado traducciones castellanas de numerosos instrumentos<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Ezpeleta, Domènech y Polaino (1988) ofrecen traducciones del CDI, CES-D, DSRs, PNID, BPC, PIC y CBCL. Se puede consultar una traducción del CASQ en las páginas 161-168 del libro de Seligman, MEP. (1998), *Aprenda optimismo: Haga de la vida una experiencia maravillosa*, Barcelona. Grijalbo. El RCDS (8-12 años) y el RADS (13-18 años) se pueden solicitar en inglés a Psymtec, C/ Alonso Cano, 66, 1.º 2E, 28003 Madrid.

## 4.2. Técnicas de evaluación

La información sobre el trastorno, sus determinantes, sus repercusiones negativas, la motivación y expectativas en relación con la terapia, se obtienen del niño, de sus padres, de sus maestros, de sus amigos y de otras personas que se relacionan con él (familiares, compañeros, etc.), por medio de entrevistas con distintos grados de especificidad y estructuración, cuestionarios, escalas e inventarios, observación en situaciones artificiales y naturales, autorregistros, registros psicofisiológicos y pruebas bioquímicas.

### 4.2.1. Entrevistas

Hay varias clases de entrevistas: generales estructuradas como la DICA y la DISC, generales semiestructuradas como la K-SADS, la CAS y la ISC, y específicas semiestructuradas como la BID. En la práctica profesional es común utilizar una pauta de entrevista directiva menos estructurada que los protocolos estandarizados. Méndez (1998) ofrece un guión con alrededor de 200 preguntas para entrevistar a padres de niños con depresión.

### 4.2.2. Cuestionarios, inventarios y escalas

Existen numerosos autoinformes para evaluar específicamente la depresión infantil. Nosotros recomendamos especialmente el CDI, por ser el más utilizado internacionalmente, el CDS, por la abundante información que proporciona, y el EED, por estar elaborado y validado en nuestro país (véase tabla 5.11).

Otra prueba construida por autores españoles es la ESDM, de Domènech, Monreal y Ezpeleta (1985). Consta de 16 ítems para que los maestros evalúen síntomas de depresión en sus alumnos, como problemas de atención, disminución del rendimiento académico o pobres relaciones con los compañeros. En cambio, se excluyen intencionalmente cuestiones como pérdida de apetito, difi-

TABLA 5.11

Ficha técnica de la Escala de Evaluación de la Depresión (EED), de Del Barrio et al. (1993)

<b>Referencia:</b>	
<b>Nombre</b>	<b>Escala de Evaluación de la Depresión (EED)</b>
<b>Autores</b>	Del Barrio, Silva, Conesa-Peraleja, Martorell y Navarro.
<b>Año</b>	1993.
<b>País</b>	España.
<b>Publicación española</b>	Silva, F. y Martorell, M. C. (1993).
<b>Aplicación</b>	
Administración	Individual (colectiva)
Edades	10-17 años.
Tiempo de aplicación	20-30 minutos.
Número de ítems	39.
Escala de puntuación	0 = nunca. 1 = alguna vez. 2 = a menudo. 3 = casi siempre.
Ejemplos de ítems	
— Subescala Depresión	Me cuesta levantarme (ítem 5)
— Subescala Felicidad	Me considero una persona feliz (ítem 22)
<b>Interpretación</b>	
Corrección	Plantilla
Rango de puntuación	Total: 0-111. Depresión: 0-72. Felicidad: 0-42.
Baremos	Centiles para las subescalas depresión, felicidad y total.
<b>Garantías psicométricas</b>	
— Fiabilidad	
Consistencia interna	0,78-0,89.
Estabilidad temporal	0,57-0,87.
— Validez	
Convergencia CDI	0,78.

TABLA 5.11 (continuación)

<b>Valoración</b>	
<b>Ventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Proporciona información sobre depresión y felicidad.</li> <li>— Construido específicamente para niños.</li> <li>— Elaborado con población española.</li> </ul>
<b>Inconvenientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Dificultad para comparar resultados a nivel internacional.</li> </ul>

cultades para dormir o ideas de suicidio, aspectos difíciles de observar para los profesores. Cada característica se valora mediante una escala de tres categorías: «casi siempre», «algunas veces», «casi nunca». Es aplicable de 6 a 12 años, cada ítem puntúa de 0 a 2 y el resultado total se interpreta de forma que a mayor puntuación corresponde mayor nivel de depresión.

#### 4.2.3. Autorregistros

Los autorregistros se emplean ampliamente en casos de depresión infantil y adolescente. Aunque no se analizan sus propiedades psicométricas, son útiles para valorar los cambios que se producen durante el tratamiento.

En terapia conductual se utilizan para valorar los programas de actividades agradables. Recogen tres informaciones básicas:

- a) Cantidad de actividades agradables, calculada por medio del número de actividades diferentes, frecuencia de cada una de ellas y tiempo invertido cada vez.
- b) Calidad de las actividades agradables, o grado de satisfacción obtenido durante su realización medido con una escala de estimación.
- c) Estado de ánimo, evaluado también con una escala de estimación.

En terapia cognitiva es muy conocido el auto-registro de las tres columnas.

- a) En la columna de la izquierda se detallan las situaciones desencadenantes.
- b) En la columna del centro se describen los pensamientos automáticos y su grado de credibilidad evaluado con una escala de estimación.
- c) En la columna de la derecha se anotan las emociones experimentadas y su intensidad, medida, asimismo, con una escala de estimación.

#### 4.2.4. *Observación*

Del Barrio (1997) revisa los procedimientos estandarizados de observación de la depresión infantil. Sin embargo, estos métodos son costosos, ya que el entrenamiento de los observadores y el rellenar los registros consumen tiempo y recursos. En el tratamiento de casos clínicos, el psicólogo a menudo solicita a las personas que conviven con el niño que observen diversas conductas; así, por ejemplo, pueden registrar cómo duerme o come (padres), cómo se comporta en el aula o en el patio del colegio (maestros) o cómo se relaciona socialmente (amigos). La tabla 5.12 es un registro para que los padres observen el sueño de su hijo.

#### 4.2.5. *Procedimientos psicofisiológicos y bioquímicos*

En el apartado 3.2 se exponen los parámetros biológicos de la depresión. Debido a las dificultades para su aplicación (algunos procedimientos requieren la hospitalización del niño) y a su escaso valor diagnóstico en la infancia, su uso se limita a investigaciones para confirmar los datos obtenidos con otras técnicas.

El test de supresión de la dexametasona es el marcador biológico más ampliamente investigado. Birmaher et al. (1992) administraron 1 mg de dexametasona a las once de la noche a 44 adolescentes, que reunían los criterios RDC de trastorno depresivo mayor, y a 38 controles normales. Al día siguiente les tomaron muestras de sangre cada hora, desde las ocho de la mañana hasta las once de la noche, para determinar la concentración de cortisol en plasma.

No hubo diferencias entre ambos grupos. Sólo seis sujetos con depresión (14 por 100) y un control (3 por 100) presentaron valores de cortisol superiores a 5 microgramos/dl, indicadores de no supresión. Yaylayan, Weller y Weller (1995) revisan los estudios con esta prueba y concluyen que su sensibilidad es superior en niños (70 por 100), que en adolescentes (47 por 100) y adultos (43 por 100).

## 5. TERAPIA

La evidencia acumulada sobre la eficacia de la terapia para la depresión infantil y adolescente es mucho menor (Beeferman y Orvaschel, 1994; Dujovne, Barnard y Rapoff, 1995). Los datos disponibles sugieren que los resultados del tratamiento psicológico son bastante similares a los obtenidos con adultos, pero que los psicofármacos son menos eficaces y producen más efectos secundarios en los niños.

### 5.1. Tratamientos psicológicos

No existe un protocolo terapéutico ampliamente extendido para el tratamiento psicológico de la depresión infantil. La tendencia actual es aplicar programas de amplio espectro que incluyan componentes conductuales (actividades agradables, habilidades sociales, relajación), cognitivos (reestructuración cognitiva, reatribución, solución de problemas) y de autocontrol, tanto en estudios de caso (Frame, Matson, Sonis, Fialkov y Kazdin, 1982; García y Rodríguez, 1998; Petti, Bornstein, Delamater y Connors, 1980; Reynolds, 1988), como en los estudios de valoración de tratamientos, algunos de los cuales se revisan a continuación.

Butler, Miezitis, Friedman y Cole (1980) pasaron una batería de depresión formada por cuatro autoinformes, entre ellos el CDI, a 562 escolares de quinto y sexto grado<sup>6</sup> de cinco colegios del área de Toronto. Utilizaron dos criterios para

<sup>6</sup> Corresponden a sexto curso de primaria y primer curso de ESO.

TABLA 5.12

Registro de observación del sueño infantil (reproducido, con permiso, de Méndez, 1998)

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Contestado por: Madre O Padre O Fecha: \_\_\_\_\_

*Instrucciones:* Por favor, observe diariamente cómo duerme su hijo. Si alguna casilla no la puede rellenar marque NO (No Observado); por ejemplo, se le olvidó entrar a la habitación de su hijo para comprobar si se había quedado dormido. Considerando todos los elementos de juicios posibles, horas dormidas, tiempo tardado en dormirse, despertares nocturnos, aspecto de la cama y del niño (sábanas revueltas, ojeras, etc.), asigne una nota de cero a diez en la casilla final. Añada en *observaciones* aquella información adicional que considere de interés (por ejemplo, «tuvo pesadillas»).

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

Hora a la que se acostó.	
Hora aproximada a la que se durmió (estaba con los ojos cerrados, sin moverse, respirando profunda y rítmicamente).	
Hora a la que se levantó.	
Número de veces que se despertó por la noche.	
¿Durmió la siesta?	Desde _____ horas A _____ horas
¿Dio cabezadas durante el día?	— viendo la TV O — estudiando O — otros O
Evaluación global de la calidad del sueño (0 = la peor noche, 10 = la mejor noche)	

**OBSERVACIONES:**

reclutar la muestra: a) superar la puntuación de cincuenta y nueve en la batería de depresión, y b) ser evaluados con síntomas depresivos por sus maestros. 56 sujetos, 21 (37,5 por 100) niñas y 35

(62,5 por 100) niños, fueron seleccionados y asignados a cada una de las cuatro condiciones. Los tratamientos, incluido el placebo, se desarrollaron en 10 sesiones, una por semana, de una hora de

duración, en dos subgrupos de siete sujetos (véase tabla 5.13).

Dos sujetos de control, uno de cada grupo, no fueron evaluados en el postest. Se obtuvo una mejora, tanto en medidas cuantitativas (batería de depre-

sión) como cualitativas (entrevistas a los maestros), en los grupos de entrenamiento en habilidades sociales y de reestructuración cognitiva, aunque la ganancia fue mayor en el grupo de entrenamiento en habilidades sociales.

TABLA 5.13

*Programas de tratamiento para la depresión infantil (Butler et al., 1980)*

	Grupos experimentales				Grupos de control			
	Habilidades sociales (n = 14)		Reestructuración cognitiva (n = 14)		Atención placebo (n = 13)		Sin tratamiento (n = 13)	
	Subgrupo 1 (n = 7)	Subgrupo 2 (n = 7)	Subgrupo 1 (n = 7)	Subgrupo 2 (n = 7)	Subgrupo 1 (n = 7)	Subgrupo 2 (n = 6)		
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Sensibilizar a los pensamientos y sentimientos personales y de los demás.</li> <li>— Adquirir habilidades que faciliten la interacción social.</li> <li>— Desarrollar una aproximación de solución de problemas para enfrentar situaciones estresantes.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>— Identificar y sustituir los pensamientos automáticos por alternativas racionales.</li> <li>— Mejorar las habilidades de escucha atenta.</li> <li>— Reconocer la relación entre pensamientos y sentimientos.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>— Resolver problemas de investigación en grupo.</li> </ul>			
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Ejercicios de calentamiento.</li> <li>— Revisión de la sesión anterior.</li> <li>— Primera situación-problema (por ejemplo, aceptación y rechazo de los compañeros).</li> <li>— Preparación del <i>role playing</i>.</li> <li>— Representación.</li> <li>— Discusión y sucesivas representaciones.</li> <li>— Segunda situación-problema (por ejemplo, soledad).</li> <li>— Ídem a la 1.ª situación-problema.</li> <li>— Discusión-resumen.</li> <li>— Tareas para casa.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>— Introducción y «ponerse en contacto»</li> <li>— Primer ejercicio</li> <li>— Discusión</li> <li>— Segundo ejercicio</li> <li>— Discusión</li> <li>— Tercer ejercicio</li> <li>— Discusión</li> <li>— Discusión-resumen</li> <li>— Tareas para casa</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>— Revisión de las tareas para casa.</li> <li>— Discusión del procedimiento de investigación.</li> <li>— Presentación del problema (por ejemplo, ¿cómo murió Ernest Hemmingway?).</li> <li>— Investigación en grupo</li> <li>— Tareas para casa.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>— Actividades escolares habituales en el aula.</li> </ul>	



Reynolds y Coats (1986), tras evaluar aproximadamente a 800 estudiantes, seleccionaron 30 sujetos, 19 chicas (63 por 100) y 11 chicos (37 por 100), con una edad media de 15,65 años, que cumplieran los siguientes requisitos: *a)* doce o más puntos en el BDI; *b)* setenta y dos o más puntos en el RADS; *c)* dieciocho o más puntos en el BID; *d)* no recibir tratamiento para la depresión; *e)* consentimiento para participar en el programa. Los adolescentes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de entrenamiento en autocontrol ( $n = 9$ ), a un grupo de entrenamiento en relajación ( $n = 11$ ) y a un grupo de lista de espera ( $n = 10$ ). Los grupos experimentales

se dividieron en dos pequeños subgrupos, que fueron tratados en 10 sesiones de 50 minutos, a razón de dos sesiones por semana (véase tabla 5.14).

La mortalidad experimental se cifró en seis y nueve casos en el postest y en un seguimiento a las cinco semanas respectivamente. Los sujetos de los entrenamientos en autocontrol y en relajación evolucionaron desde niveles moderados de depresión en el pretest a ausencia de depresión en el postest y en el seguimiento. También mejoraron significativamente en comparación con los controles en ansiedad y autoconcepto académico. En cambio, no se encontraron diferencias entre ambos grupos experimentales.

TABLA 5.14

*Programas de tratamiento para la depresión adolescente (Reynolds y Coats, 1986)*

Entrenamiento en autocontrol	Entrenamiento en relajación
<p><b>Sesión 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Presentación del programa.</li> <li>— Explicación de la lógica cognitivo-conductual.</li> <li>— Autoobservación y su influencia en el estado de ánimo.</li> <li>— Discusión del sesgo atencional a acontecimientos negativos.</li> <li>— Entrega de autorregistros diarios de actividades positivas y estado de ánimo.</li> <li>— Asignación de tareas para casa.</li> </ul>	<p><b>Sesión 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Presentación del programa.</li> <li>— Explicación de la lógica cognitivo-conductual.</li> <li>— Discusión de la relación entre estrés, tensión muscular y depresión.</li> <li>— Introducción a la autorrelajación.</li> <li>— Asignación de tareas para casa.</li> </ul>
<p><b>Sesión 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Revisión de las tareas para casa.</li> <li>— Breve repaso de la base lógica del tratamiento.</li> <li>— Discusión de la relación entre actividades agradables y estado de ánimo.</li> <li>— Práctica de confección de gráficos de actividades agradables y estado de ánimo.</li> <li>— Asignación de tareas para casa.</li> </ul> <p><b>Sesión 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Revisión de las tareas para casa.</li> <li>— Breve repaso de la base lógica del tratamiento.</li> <li>— Discusión del sesgo atencional hacia los efectos a corto plazo.</li> <li>— Ejercicio sobre efectos demorados frente a efectos inmediatos.</li> <li>— Asignación de tareas para casa.</li> </ul>	<p><b>Sesiones 2-5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Revisión de las tareas para casa.</li> <li>— Breve repaso de la base lógica del tratamiento.</li> <li>— Entrenamiento estándar de relajación muscular progresiva, mediante ejercicios de tensión-distensión de grandes grupos musculares.</li> <li>— Asignación de tareas para casa.</li> </ul>

TABLA 5.14 (continuación)

Entrenamiento en autocontrol	Entrenamiento en relajación
<p><b>Sesión 4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Revisión de las tareas para casa.</li> <li>— Breve repaso de la base lógica del tratamiento.</li> <li>— Discusión de la importancia de una autovaloración apropiada.</li> <li>— Análisis de la asignación de credibilidad, culpabilidad, o responsabilidad en los acontecimientos.</li> <li>— Asignación de tareas para casa.</li> </ul> <p><b>Sesión 5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Revisión de las tareas para casa.</li> <li>— Breve repaso de la base lógica del tratamiento.</li> <li>— Enseñanza de un plan de autocontrol: <i>a)</i> especificar el problema, <i>b)</i> recoger datos, <i>c)</i> descubrir antecedentes y consecuentes, <i>d)</i> establecer metas, <i>e)</i> elaborar un contrato, <i>f)</i> obtener refuerzo.</li> <li>— Asignación de tareas para casa.</li> </ul>	
<p><b>Sesión 6:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Revisión de las tareas para casa.</li> <li>— Breve repaso de la base lógica del tratamiento.</li> <li>— Ejercicio de establecimiento de metas realistas, subdividas en objetivos específicos dependientes del esfuerzo y habilidad del sujeto.</li> <li>— Asignación de tareas para casa.</li> </ul> <p><b>Sesión 7:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Revisión de las tareas para casa.</li> <li>— Breve repaso de la base lógica del tratamiento.</li> <li>— Presentación de los principios generales del refuerzo.</li> <li>— Discusión del exceso de autocastigo y del déficit de autorrefuerzo.</li> <li>— Elaboración de un menú de reforzadores.</li> <li>— Asignación de tareas para casa.</li> </ul> <p><b>Sesión 8:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Revisión de las tareas para casa.</li> <li>— Breve repaso de la base lógica del tratamiento.</li> <li>— Discusión del autocastigo y del autorrefuerzo encubiertos.</li> <li>— Práctica de autorrefuerzo encubierto.</li> <li>— Asignación de tareas para casa.</li> </ul> <p><b>Sesión 9:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Revisión de las tareas para casa.</li> </ul>	<p><b>Sesiones 6-9:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Revisión de las tareas para casa.</li> <li>— Breve repaso de la lógica del tratamiento.</li> <li>— Prácticas de generalización de las habilidades de autorrelajación adquiridas a situaciones generadoras de tensión según la información de los autorregistros.</li> <li>— Asignación de tareas para casa.</li> </ul>

TABLA 5.14 (continuación)

Entrenamiento en autocontrol	Entrenamiento en relajación
<p><b>Sesión 10:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Breve repaso de la base lógica del tratamiento.</li> <li>— Revisión del cumplimiento del programa.</li> <li>— Resolución de dificultades.</li> <li>— Repaso del programa.</li> <li>— Instigación para continuar con los procedimientos.</li> <li>— Entrega de autorregistros.</li> </ul>	<p><b>Sesión final:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Revisión de las tareas para casa.</li> <li>— Breve repaso de la base lógica del tratamiento.</li> <li>— Revisión del cumplimiento del programa.</li> <li>— Resolución de dificultades.</li> <li>— Repaso del programa.</li> <li>— Instigación para continuar con los procedimientos.</li> </ul>

Stark, Reynolds y Kaslow (1987) seleccionaron de una población de 375 escolares de un colegio situado en una zona semirural, 28 sujetos<sup>7</sup>, de 9 a 12 años ( $M = 11,17$ ), 12 (43 por 100) niñas y 16 (57 por 100) niños, moderada o gravemente deprimidos, con base en los siguientes criterios: *a*) puntuación en el CDI superior a dieciséis en el test y a doce en el retest; *b*) consentimiento de los padres y del niño, *c*) no presentar otros trastornos psicológicos graves. Los niños fueron asignados al azar a tres condiciones: actividades agradables + autocontrol ( $n = 9$ ), actividades agradables + solución de problemas ( $n = 10$ ) y lista de espera ( $n = 9$ ). Los grupos se dividieron en función de la edad en dos subgrupos (pequeños y mayores). Los tratamientos se desarrollaron en 12 sesiones, de 45 a 50 minutos, durante cinco semanas (véase tabla 5.15).

Ambos tratamientos alcanzaron mejorías estadísticamente significativas en el CDI y marginalmente significativas en el RCDS, en comparación con la condición de lista de espera. Los logros se mantenían en un seguimiento realizado ocho semanas después, donde el grupo de autocontrol obtuvo mejores resultados que el de solución de problemas en una entrevista semiestructurada.

Con posterioridad, Stark, Kaslow, Reynolds y Kelley (1990, citado en Stark, Brookman y Frazier, 1990) ampliaron el programa de actividades agrada-

bles + autocontrol, con relajación, entrenamiento en habilidades sociales y aserción, y reestructuración cognitiva, incluyendo la participación de los padres y sesiones de recuerdo. El tratamiento se desarrolló en 20 sesiones de la misma duración que en el estudio anterior, durante 12 semanas. El paquete de amplio espectro resultó clínica y estadísticamente superior al compararlo con un grupo de control que recibió atención terapéutica inespecífica.

Lewinsohn, Clarke, Hops y Andrews (1990) reclutaron 114 adolescentes mediante anuncios en los medios de comunicación y cartas a profesionales de la salud y orientadores escolares. 69 adolescentes presentaban depresión según criterios DSM-III o RDC. Diez sujetos no empezaron o abandonaron el tratamiento, por lo que los 59 restantes fueron asignados al azar a las siguientes condiciones: adolescentes sólo ( $n = 21$ ), adolescentes y padres ( $n = 19$ ), lista de espera ( $n = 19$ ). Los sujetos, 36 (61 por 100) chicas y 23 (39 por 100) chicos, tenían entre 14 y 18 años ( $M = 16,23$ ).

El tratamiento fue «The Coping with Depression Course-Adolescent Version» (CWD-A), de Clarke y Lewinsohn<sup>8</sup>, que incluye los siguientes componentes: autocontrol, habilidades sociales, actividades agradables, relajación, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación, negociación y solución

<sup>7</sup> Realmente fueron 29, pero un sujeto abandonó después de la segunda sesión porque era objeto de burla por parte de sus compañeros.

<sup>8</sup> Los materiales, programas de ordenador, publicaciones y videocintas del «Pleasant Events Schedule» (PES) y del «Coping with Depression Course-Adolescent Version» (CWD-A) se pueden solicitar a: Castalia Publishing Co., P. O. Box 1587, Eugene, Oregon 97440, USA.

TABLA 5.15

Programas de tratamiento para la depresión infantil (Stark et al., 1987)

<b>Actividades agradables</b> + <b>Entrenamiento en autocontrol</b>	<b>Actividades agradables</b> + <b>Solución de problemas</b>
<b>Sesiones 1-4:</b> — Explicación conductual del desarrollo y tratamiento de la depresión. — Programa de actividades agradables: a) Discusión de la relación entre el estado de ánimo y la frecuencia de actividades agradables. b) Planificación de actividades agradables. c) Elogios y recompensas por cumplimentar autorregistros diarios de actividades agradables.	
<b>Sesiones 5-12:</b> — Focalización de la atención en los efectos demorados en lugar de en los efectos inmediatos. — Reentrenamiento atribucional. — Establecimiento de criterios generales de actuación y de objetivos específicos realistas. — Potenciación del autorrefuerzo. — Debilitamiento del autocastigo.	— Modelado de los terapeutas de habilidades de solución de problemas para aumentar las actividades agradables y disminuir las desagradables. — Actividades para mejorar la autoestima y aprender cómo la propia conducta afecta a la de los demás. — Ilustración de la solución de problemas y de su aplicación a la vida diaria por medio de historias. — Solución de problemas en grupo para aumentar las actividades agradables. — Elaboración de planes para las vacaciones de verano. — Práctica de solución de problemas hipotéticos. — Narración de una historia de final abierto para ilustrar la forma de enfrentarse al rechazo social. — Repaso general.

de problemas, tareas para casa. Los adolescentes recibieron el curso en 14 sesiones de dos horas y los padres en siete sesiones de dos horas, ambos durante siete semanas. Los resultados mostraron que los sujetos tratados mejoraron significativamente de su depresión en comparación con los controles y que las ganancias se mantenían dos años después. Aunque se constató una fuerte tendencia a la superioridad del grupo de adolescentes y padres sobre el de adolescentes sólo, únicamente una comparación resultó estadísticamente significativa.

Posteriormente, Lewinsohn, Clarke y Rohde (1994) utilizaron el curso CWD-A con 96 adolescentes que reunían los criterios DSM-III-R de depresión mayor o distimia, para investigar el papel de las sesiones de apoyo. En contra de lo esperado

las tasas de recuperación y de recaídas no difirieron al año ni a los dos años en función de haber recibido o no sesiones de fortalecimiento.

Kahn, Kehle, Jenson y Clark (1990) llevaron a cabo un extenso proceso de evaluación de octubre a diciembre con 1.293 estudiantes de un instituto ubicado en un área suburbana de clase media. Sesenta y ocho sujetos, 35 (51 por 100) chicas y 33 (49 por 100) chicos, de 10 a 14 años, fueron seleccionados por presentar un grado de sintomatología depresiva de moderado a grave. Los requisitos fueron: a) puntos de corte de setenta y dos en el RADS y de quince en el CDI en un test-retest celebrado en el intervalo de un mes; b) punto de corte de veinte en el BID; c) consentimiento de los padres y del muchacho; d) no estar recibiendo ningún tratamiento.

to para la depresión ni para otro problema psicológico. Se asignaron al azar 17 escolares a cada una de las cuatro condiciones: cognitivo-conductual, relajación progresiva, automodelado y lista de espera. Los dos tratamientos primeros se desarrollaron en 12 sesiones de 50 minutos durante 6-8 semanas, en pequeños grupos de 2 a 5 miembros. La terapia cognitivo-conductual consistió en una versión abreviada del CWD-A excluyendo la relajación. El entrenamiento en relajación incluyó varias modalidades de relajación progresiva (tensión-distensión, evocación, conteo, condicional) y respiración. El programa de automodelado fue el más novedoso. En esta condición el tratamiento se aplicó individualmente en sesiones breves de 10-12 minutos, dos por semana, durante 6-8 semanas (véase tabla 5.16).

Los resultados mostraron que, en comparación con la lista de espera, los tres tratamientos produjeron una mejoría significativa al concluir la terapia y un mes después, puesta de manifiesto en una disminución de las

medidas de depresión y en un aumento de la autoestima. Las proporciones de sujetos sin depresión en el postest oscilaron, según los autoinformes y la entrevista, entre: 1) tratamiento cognitivo-conductual (88 por 100-76 por 100); 2) entrenamiento en relajación progresiva (76 por 100-65 por 100), y 3) programa de automodelado (70 por 100-59 por 100).

## 5.2. Tratamientos biológicos

Existe abundante evidencia sobre el tratamiento farmacológico de la depresión en la edad adulta. Sin embargo, son menos concluyentes los datos relativos a la infancia, tanto en seguridad como en eficacia. Se han descrito casos en los que la medicación produjo graves efectos secundarios. Giesler, Reeve, y Borchart (1991) refieren una taquicardia severa (170 pulsaciones/min) en una adolescente de dieciséis años con depresión mayor, incluso con bajas dosis de nortriptilina y desipramina. Heimann y March (1996) describen el caso de un adolescente de quince años en el que la sertralina indujo manía. Venkataraman, Naylor y King (1992) informan de cinco chicas, de 14 a 16 años, que desarrollaron manía durante el tratamiento con fluoxetina. Por otro lado, Pliszka (1991) señala en su revisión que «a pesar de los informes de respuesta positiva de los niños deprimidos a los antidepresivos en ensayos abiertos, los estudios controlados de estas drogas generalmente han sido negativos» (p. 313). Parafraseando a Bellack y Hersen (1985), se distinguen dos terapias farmacológicas de la depresión infantil, una descrita por los investigadores en las publicaciones y otra practicada por los profesionales en las consultas. La medicación antidepresiva es el tratamiento biológico más empleado en casos de depresión infantil. En los Estados Unidos se expidieron de 4 a 6 millones de prescripciones de desipramina para menores de 18 años durante 1992 (Goleman, 1993). No obstante, la revisión de la literatura científica plantea dos interrogantes sobre su utilización en la infancia.

TABLA 5.16

*Programa de automodelado para la depresión infantil y adolescente (Kahn et al., 1990)*

- Grabación en vídeo de las conductas depresivas del sujeto durante el período de línea de base.
- Explicación de la lógica y del procedimiento de automodelado.
- Instrucciones verbales para comportarse de forma incompatible con las conductas depresivas.
- Ensayo de las conductas-objetivo:
  - Contacto ocular.
  - Sonrisa.
  - Gestos.
  - Postura corporal.
  - Tono de voz agradable.
  - Expresiones verbales de autoatribuciones prosociales en las áreas personales, familiar, escolar y social.
- Grabación en vídeo de las nuevas conductas del sujeto incompatibles con las depresivas.
- Observación durante 3 minutos de la videocinta en la que el propio sujeto exhibe las conductas positivas.

### 1.<sup>a</sup> cuestión: ¿Son seguros los fármacos antidepressivos para tratar la depresión infantil?

En 1990 Abramovicz informó de la muerte súbita de tres niños, dos varones de ocho años y otro de nueve, que estaban siendo tratados con desipramina (Norpramin ®), un metabolito adrenérgico de la imipramina pero sin sus propiedades serotoninérgicas. Tres años después, Riddle, Geller y Ryan (1993) comunicaron un nuevo caso de muerte súbita, una niña de doce años, en tratamiento con el mismo fármaco. Estas muertes originaron un debate sobre la prescripción de desipramina a niños<sup>9</sup>.

Las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas relacionadas con la edad explican que la respuesta de los niños a la medicación sea distinta. Vitiello y Jensen (1995) constatan que los incrementos de la presión arterial diastólica y las taquicardias producidas por los tricíclicos son mucho más comunes en niños que en adultos.

### 2.<sup>a</sup> cuestión: ¿Son eficaces los fármacos antidepressivos para tratar la depresión infantil?

Rosenberg, Holttum y Gershon (1994) advirtieron que «los estudios controlados han fracasado en demostrar que los antidepressivos tricíclicos son superiores al placebo en el tratamiento de la depresión infantil y adolescente» (p. 60). Como se aprecia en la tabla 5.17 la medicación fue superior al placebo sólo en una investigación. Además conviene precisar que Preskorn, Weller, Hughes, Weller y Bolte (1987) encontraron diferencias significativas en la «Clinical Global Impressions Scale» (NIMH, 1976) y en el CDRS, pero no en el CDI. Kye et al. (1996) concluyen que «no se puede hacer ninguna recomendación definitiva con relación al uso de antidepressivos tricíclicos en el tratamiento del trastorno de depresión mayor ado-

lescente sobre la base de estudios actuales o anteriores» (p. 1143).

Tradicionalmente, los fármacos prescritos para tratar la depresión unipolar de niños y adolescentes han sido los tricíclicos: imipramina, desipramina, amitriptilina y nortriptilina. Más tarde aparecieron los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): sertralina, paroxetina, fluvoxamina y fluoxetina, que se prescriben con frecuencia por sus menores efectos secundarios. También se ha empleado con jóvenes los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO), especialmente en casos en que la depresión va acompañada de ansiedad, y el carbonato de litio para tratar trastornos bipolares, aunque hay mucha menos evidencia sobre el uso de los IMAO y el litio en la infancia (Sommers-Flanagan y Sommers-Flanagan, 1996).

#### 5.2.1. Antidepressivos tricíclicos y tetracíclicos

Para algunos psiquiatras la *imipramina* continúa siendo el mejor tratamiento médico disponible para la depresión infantil. Mejora el estado de ánimo del niño, que está menos triste, juega más y tiene menos ideas de suicidio. La mayoría prescribe dosis de 3,5-5 mg por kilogramo de peso y por día, distribuidas en tres tomas. Como norma general se recomienda no sobrepasar 250 mg de dosis diaria total. La duración del tratamiento debe ser de varios meses. En cualquier caso es aconsejable una duración mínima de seis semanas, ya que la acción de la imipramina es lenta. La introducción y retirada del fármaco ha de realizarse de forma gradual. Se suele empezar con dosis de 25 o 50 mg/día, aumentando progresivamente a un ritmo de veinticinco miligramos cada tres o cuatro días hasta alcanzar la dosis total prevista. Una vez completado el tratamiento es conveniente retirarlo paulatinamente en el plazo de dos semanas, porque una supresión brusca puede ocasionar un efecto rebote colinérgico con la aparición de vómitos, dolores de cabeza, insomnio y otras molestias.

La imipramina produce importantes efectos secundarios. Como precoces o agudos pueden apare-

<sup>9</sup> Véase la polémica Werry versus Biederman et al. en el número 9 del volumen 34 del *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* y el debate en el número 2 del volumen 184 del *Journal of Nervous and Mental Disease*.

TABLA 5.17

*Estudios de doble ciego, con grupo de control placebo, para valorar la eficacia de los antidepresivos en niños y adolescentes*

Estudio	Sujetos					Tratamiento			Resultados		
	Reclutados	Descartados	Abandonos	Muestra final	Edad	Fármaco	Dosis diaria (mg)	Semanas	Medicación activa	Placebo inerte	p
<b>Niños</b>											
Preskon et al. (1987)	—	—	—	22	6-12	IMI	25-150	6	38%	26%	0,025
Puig-Antich et al. (1987)	53	11	4	38	8 <sup>a</sup>	IMI	136,8 <sup>a</sup>	5	56%	68%	n.s.
Geller et al. (1989)	72	12	10	50	6-12	NOR	10-140	8	31%	17%	n.s.
Hughes et al. (1990)	31	—	4	27	6-12	IMI	—	6	46%	54%	n.s.
<b>Adolescentes</b>											
Kramer y Feiguine (1981)	—	—	—	20	13-17	AMI	200	6	80%	60%	n.s.
Geller et al. (1990)	52	17	4	31	12-17	NOR	10-140	8	8%	21%	n.s.
Simeon et al. (1990)	40	—	10	30	13-18	FLU	20-60	6	66%	66%	n.s.
Boulos et al. (1991)	52	9	13	30	15-20	DES	200	6	50%	33%	n.s.
Kutcher et al. (1994)	70	10	18	42	15-19	DES	200	6	48%	35%	n.s.
Kye et al. (1996)	—	—	9	22	12-17	AMI	5/kg	8	—	—	n.s.

<sup>a</sup> Medias aritméticas.

cer reacciones cutáneas de tipo alérgico, como eritemas, o bien alucinaciones y otros efectos neurotóxicos. Sin embargo, los más serios afectan al sistema cardiovascular y, en menor medida, al sistema nervioso central. Su uso está contraindicado en niños que padezcan trastornos cardiovasculares, puesto que origina hipotensión y taquicardia. También hay que ser muy precavidos con las anomalías en el electroencefalograma, como epilepsia o lesiones cerebrales,

ya que puede facilitar la aparición de convulsiones o agravarlas. Otros efectos secundarios menores se deben al efecto anticolinérgico de la imipramina, entre ellos, sequedad de boca, visión borrosa debida a alteraciones de la acomodación pupilar, elevación de la tensión ocular, cuestión a tener en cuenta en casos de glaucoma, estreñimiento y retención de orina. A nivel psicológico se ha observado agresividad, oposicionismo e irritabilidad.

La *maprotilina* es uno de los tetracíclicos más usados con niños. Las dosis eficaces oscilan entre 150 y 300 mg/día. Sus efectos secundarios son similares a los de los tricíclicos, destacando la frecuencia con que desencadena convulsiones.

### 5.2.2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Recientemente se ha introducido esta clase de antidepresivos con la ventaja de la ausencia de efectos secundarios cardiotóxicos. El más empleado es la *fluoxetina* que posee propiedades estimulantes. La dosis eficaz varía entre 20 y 40 mg/día. Logra una eficacia similar a la imipramina únicamente después de un mes de tratamiento. En este sentido hay que señalar que la fluoxetina y los restantes nuevos antidepresivos no han superado el techo de eficacia de los fármacos más antiguos y clásicos como la imipramina.

### 5.2.3. Inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO)

La eficacia de los IMAO es inferior. Por tanto, se reservan para cuando no se han obtenido resultados positivos con los tricíclicos. Poseen un efecto ansiolítico, por lo que están indicados en niños que experimentan niveles elevados de ansiedad, como, por ejemplo, depresión más fobias. Son superiores a los tricíclicos en el tratamiento de depresiones atípicas.

El IMAO más utilizado con niños y adolescentes es la *fenelzina*. Se absorbe rápidamente, de modo que sus efectos aparecen a los treinta minutos. Se suele comenzar por dosis de 15 mg/día, que se incrementan en 15 mg/día cada tres o cuatro días hasta llegar a la dosis idónea, que se sitúa entre 30 y 90 mg/día. Su administración implica ciertas restricciones en alimentos ricos en tiramina, porque su interacción puede causar crisis hipertensivas. El niño debe abstenerse de comer queso, ahumados, hígado, habas, etc., y de beber alcohol; tampoco ha de abusar de chocolate, yogur, nata, crema pasteleira, anchoas, picantes y bebidas de cola. Sus efectos

secundarios, como sequedad de boca, mareo o hipotensión, no son importantes.

### 5.2.4. Carbonato de litio

Se utiliza como profiláctico o agente preventivo en los trastornos bipolares. También se emplea como tratamiento específico de episodios o fases agudas de manía. Su efecto terapéutico tarda en aparecer entre una y dos semanas. La dosis habitual varía entre 600 y 1200 mg/día. Por debajo de esas cantidades su eficacia es dudosa y por encima sus efectos son bastantes tóxicos, especialmente en adolescentes con problemas cardíacos, renales o tiroideos.

## 5.3. Programa emoción-actividad-cognición

El programa emoción-actividad-cognición (PEAC) es un tratamiento integrado para la depresión infantil y adolescente elaborado por Méndez (1998), quien describe pormenorizadamente la terapia. En este apartado exponemos sus características principales.

### 5.3.1. Estructura y objetivos

El PEAC se desarrolla en tres fases, con objetivos específicos para cada una de ellas. A pesar de que el procedimiento sigue una secuencia estructurada, las fases se solapan. Así, la educación emocional, con la que se inicia el tratamiento, continúa indirecta o intermitentemente a lo largo de la terapia.

#### a) Fase educativa

Objetivo 1. Enseñar a valorar las emociones.

- 1.1. Enseñar a identificar las emociones.
- 1.2. Enseñar a tasar la intensidad de las emociones.

Objetivo 2. Enseñar a relacionar las emociones con sus antecedentes.

- 2.1. Enseñar a relacionar emociones-conductas-situaciones.



- 2.2. Enseñar a relacionar emociones-cogniciones-situaciones.

### **b) Fase de aplicación**

Objetivo 3. Modificar los repertorios básicos del niño.

- 3.1. Modificar sus repertorios conductuales.
- 3.2. Modificar sus repertorios cognitivos.

Objetivo 4. Modificar el ambiente del niño.

- 4.1. Aumentar la estimulación placentera.
- 4.2. Disminuir la estimulación aversiva.

### **c) Fase de consolidación**

Objetivo 5. Promover la generalización.

Objetivo 6. Promover el mantenimiento.

#### **5.3.2. Componentes**

El PEAC comprende tres elementos básicos para el cambio terapéutico: educación emocional, actividades agradables, reestructuración cognitiva y otros elementos complementarios: habilidades sociales, relajación, higiene de sueño, reatribución. También incluye elementos dirigidos a la generalización y mantenimiento de los logros terapéuticos: tareas para casa, solución de problemas, entrenamiento en autocontrol.

##### **5.3.2.1. Educación emocional**

El reconocimiento y discriminación de emociones se realiza por medio de juegos, como el «Vocabulario emocional», las «Charadas emocionales», la «Contra-seña emocional», las «Estatuas de emociones», el «Pictionary emocional» o la «Expresión de emociones», propuestos por Stark (1990), y de fichas de trabajo, como «Los cestos de manzanas», «Las piedras no comen pizzas», «Cada oveja con su pareja», «Adivina, adivinanza», «La tarta de los sentimientos» o «Termina la frase», elaborados por Méndez (1998). Las tareas para casa

consisten en autorregistros y en ejercicios específicos, como «La moviola», el «Análisis de ánimo» o los «Reactivos emocionales».

La autoevaluación de la intensidad de las emociones se efectúa mediante escalas de estimación numéricas (tres, cinco u once puntos), y gráficas (línea horizontal o vertical, triángulo horizontal o vertical, diagrama de barras o escala de grises, termómetro o barómetro, caras, semáforo).

##### **5.3.2.2. Actividades agradables**

El plan se lleva a cabo en seis pasos:

- Explicación de la lógica del procedimiento terapéutico con ayuda de símiles, como los efectos vitamina, antídoto y psicotropeo de las actividades agradables.
- Identificación de las actividades agradables para el niño mediante entrevistas, observación, autorregistros y menú de actividades reforzantes.
- Facilitación de la práctica de las actividades agradables seleccionadas, recurriendo a estrategias como la persuasión, la gradación, la motivación y la colaboración de otras personas significativas.
- Realización de actividades agradables en forma de tareas para casa.
- Autoobservación y autorregistro de la cantidad y calidad de las actividades agradables y del estado de ánimo.
- Concienciación de la relación positiva de las actividades agradables con el estado de ánimo, mediante ejercicios como el «Interrogatorio anímico», «Las vías del tren», «Noche y día» o «El superdía».

##### **5.3.2.3. Reestructuración cognitiva**

La terapia cognitiva incluye siete tareas:

- Exposición del modelo cognitivo A-B-C (adversidad, balance cognitivo, consecuencia), a través de explicaciones verbales y ejercicios escritos, como el «Interrogatorio

de la inspectora Pesquisas». los «Tréboles de pensamientos y sentimientos», la «Mente en blanco», «Pienso, luego siento» o «Un picasso de sentimientos».

- Descripción del funcionamiento mental en la depresión, ilustrando la forma y el contenido de los pensamientos y razonamientos depresivos.
- Detección de los pensamientos automáticos, los errores lógicos (atribuciones)<sup>10</sup> y los esquemas cognitivos depresógenos, utilizando el autorregistro de tres columnas y fichas de trabajo, como «Revisar el día», «Preguntar a bote pronto», «Redactar» o «Escribir postales».
- Cuestionamiento de los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas cognitivos depresógenos, apoyándose en textos breves, como «Los mellizos Holmes», de Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham (1995), y en grabaciones magnetofónicas, como «La historia del lotero», de Méndez (1998).
- Sustitución de los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas cognitivos depresógenos por modos de pensar adaptados y realistas, empleando como herramienta fundamental la discusión y generación de alternativas, que se centra en el análisis de la información suministrada por los autorregistros y se promueve mediante ejercicios específicos como «Divide y vencerás», «Esta es tu vida», «Figuras históricas y personajes famosos», «Agua pasada no mueve molino», «La experiencia es la madre de la ciencia» o «La Real Academia de la Lengua».

<sup>10</sup> Las atribuciones características del trastorno se consideran un fallo más del razonamiento depresivo y se tratan como otro tipo de error lógico.

<sup>11</sup> Se puede consultar este procedimiento en Botella, C. (dir.) (1985), *Aportaciones a la psicoterapia* (pp. 127-164). Valencia: Promolibro.

<sup>12</sup> Se puede consultar esta técnica en Bonet, T. (dir.) (1992), *Problemas psicológicos en la infancia: Programas de intervención* (pp. 127-164). Valencia: Promolibro, o en Krumboltz, J. D., y Thoresen, C. E. (dirs.) (1981), *Métodos de consejo psicológico* (pp. 198-205). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Es preferible la primera referencia.)

- Rellenar el autorregistro de cinco columnas (situación, pensamiento automático, emoción negativa, pensamiento racional, emoción menos negativa o positiva), y de la discusión denominada «Balance en frío» como tareas para casa.
- Superación de dos dificultades frecuentes: a) la incredulidad ante los argumentos refutatorios del terapeuta se trata con *experimentos conductuales*, como los de «El laboratorio del profesor Sinoloveo Nolocreo», y b) la persistencia de los pensamientos automáticos se aborda con la técnica de *detención del pensamiento* y con prácticas como las de «Mastica que mastica, machaca que machaca».

#### 5.3.2.4. Elementos adicionales

En la mayoría de los casos, el PEAC incorpora uno o varios de los siguientes:

- *Habilidades sociales y aserción*. Se pueden adaptar los programas publicados en castellano para niños en edad preescolar (Álvarez, Álvarez-Monteserín, Cañas, Jiménez y Petit, 1990), en edad escolar (Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1983; Monjas, 1993), y para adolescentes (Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1980).
- *Relajación muscular*. Consúltese en este manual el subapartado homónimo del capítulo sobre miedos, fobias y ansiedades (Méndez, Olivares y Bermejo, 2001).
- *Higiene de sueño*. Se aplican estrategias de control de estímulos y pautas de actuación para reeducar el hábito del sueño (véase el capítulo sobre trastornos del sueño en este manual, Caballo, Navarro y Sierra, 2001; Estivill y Béjar, 1998).
- *Solución de problemas*. Se emplea el método de solución de problemas para niños de Kendall y Braswell (1993), la resolución de problemas interpersonales de Spivack y Shure (1974)<sup>11</sup> o la técnica de la tortuga de Schneider y Robin (1973)<sup>12</sup>, que incluye además relajación.

- *Autocontrol*. Véanse las tablas y las revisiones de Fantuzzo y Polite (1990) y de Grossman y Hughes (1992).
- Otros elementos. *Autoinstrucciones e inoculación de estrés* de Meichenbaum (1985), *entrenamiento en control de la ira* (Morganett, 1990), *métodos para la mejora de la autoestima* (McKay y Fanning, 1991; Pope, McHale y Craighead, 1988), etc.

### 5.3.3. Participación de los padres

La colaboración de los padres es fundamental. El PEAC les asigna un doble papel:

- Como coterapeutas, ya que poseen un elevado grado de control sobre los antecedentes y consecuentes de la conducta de su hijo. Su implicación es fundamental, especialmente en la depresión prepuberal, para organizar la agenda infantil: hábitos de sueño y alimentarios, supervisión del tiempo libre, administración de reforzadores, etc. El programa incluye el *entrenamiento a padres* en principios de modificación de conducta y en terapia cognitivo-conductual de la depresión. El procedimiento es similar al empleado por Stark y colaboradores (Stark y Kendall, 1996; Stark, Kendall, McCarthy, Stafford, Barron y Thomeer, 1996; Stark, Swearer, Kurowski, Sommer y Bowen, 1996).
- Como sujetos de terapia, puesto que algunas veces su comportamiento inadecuado contribuye a mantener inadvertidamente el problema del hijo. Una situación común en la depresión adolescente son las relaciones conflictivas padres-hijos. El programa comprende también *entrenamiento en negociación y solución de conflictos* (Lewinsohn, Clarke, Rohde, Hops y Seeley, 1996).

Aunque los padres son los principales agentes del enriquecimiento del ambiente infantil, el PEAC promueve también la cooperación de otras personas del entorno del niño, como familiares, maestros y amigos.

### 5.3.4. Psicofármacos

En principio, el PEAC no prevé medicación para tratar la depresión infantil por varias razones:

- Es menos eficaz que en la depresión adulta.
- Produce importantes efectos secundarios no deseados, incluso más serios que con los adultos.
- No mejora algunos déficits o áreas de funcionamiento, como, por ejemplo, las relaciones con los compañeros.

Sin embargo, los psicofármacos pueden ser un complemento útil o imprescindible del PEAC en casos con riesgo de suicidio, en determinadas clases de depresión, como las endógenas, las que presentan sintomatología psicótica o las que forman parte de un trastorno bipolar, y en depresiones cuya gravedad impide llevar a cabo el tratamiento psicológico porque el niño no presenta los requisitos mínimos (por ejemplo, le resulta muy difícil mantener la atención durante las explicaciones del terapeuta). Actualmente, algunos psiquiatras prefieren prescribir para la depresión adolescente los ISRS por sus menores efectos secundarios.

### 5.3.5. Duración

La duración del tratamiento oscila en función de la edad del niño, de la gravedad del trastorno, de los problemas asociados y de otras variables como la situación familiar, el rendimiento académico o el funcionamiento social. Como pauta orientadora, el PEAC se desarrolla durante 6 meses en sesiones de 50-60 minutos<sup>13</sup>. En el primer mes, se celebran dos sesiones por semana, en los meses intermedios una sesión por semana y en el último mes una sesión cada dos semanas. También se incluyen seis sesiones de apoyo para prevenir recaídas, distribuidas de la siguiente forma: tres en el primer trimestre de seguimiento, a razón de una por mes, una en el

<sup>13</sup> También se puede aplicar con el formato de curso intensivo a grupos pequeños en sesiones de 90-120 minutos durante 3 meses.

segundo trimestre y sendas sesiones más en los dos semestres posteriores.

### 5.3.6. Eficacia

Actualmente la única evidencia disponible sobre la eficacia del PEAC para tratar la depresión infantil y adolescente procede de estudios de caso utilizando diseños A-B, en los que el tratamiento consiguió una mejoría clínicamente significativa, que se mantenía en seguimientos posteriores, y de un estudio piloto con una muestra análoga. Se precisan, por tanto, estudios de grupo con muestras clínicas para valorar y depurar el programa terapéutico.

## 6. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS

A pesar de los avances conseguidos en los últimos veinte años, la depresión infantil y adolescente es un campo con importantes cuestiones pendientes. Algunas de las líneas de investigación psicológica para el futuro inmediato serían:

- Perfilar y refinar las explicaciones teóricas, como la reformulación y la teoría integradora propuesta por Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985).
- Prestar mayor atención a grupos específicos, como los adolescentes con depresión y riesgo de suicidio (Brent et al., 1996; Polaino-Lorente, 1996).
- Diseñar intervenciones preventivas, como el «School-based Prevention Program», de Lewinsohn y colaboradores (Clarke et al., 1995; Lewinsohn, Clarke, Rohde, Hops y Seeley, 1996), para adolescentes de riesgo, o el «Penn Prevention Program», de Seligman y colaboradores (Jaycox, Reivich, Gillham y Seligman, 1994; Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham, 1995), para estudiantes de primaria y secundaria.
- Mejorar el tratamiento cognitivo-conductual, como la adaptación de la terapia cognitiva para la depresión adolescente, que ha evolucionado

desde el planteamiento inicial de Wilkes y Rush (1988) a desarrollos más elaborados (Wilkes, Belsher, Rush y Frank, 1994).

- Contrastar otros tratamientos, como la terapia interpersonal (Mufson, Moreau y Weissman, 1996).

A pesar de los aspectos pendientes de investigación señalados anteriormente y de otros muchos que podrían resaltarse, creemos que la perspectiva conductual o cognitivo-conductual está teniendo un papel central en la formulación, evaluación y tratamiento de la depresión infantil.

## REFERENCIAS

- Abramovicz, M. (1990): Sudden death in children treated with a tricyclic antidepressant. *The Medical Letter on Drugs and Therapeutics*, 32, 53.
- Abramson, L. Y.; Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. (1978): Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983): *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Álvarez, A.; Álvarez-Monteserín, M. A.; Cañas, A.; Jiménez, S. y Petit, M. A. (1990): *Desarrollo de las habilidades sociales en niños de 3-6 años: Guía práctica para padres y profesores*. Madrid: Visor.
- Ambrosini, P. J.; Metz, C.; Prabucki, K. y Lee, J. C. (1989): Videotape reliability of the third revised edition of the K-SADS. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 723-728.
- American Psychiatry Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatry Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4.ª ed. Texto revisado): Washington, DC: Autor
- Anderson, J. C.; Williams, S.; McGee, R. O. y Silva, P. A. (1987): DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Angold, A.; Costello, E. J.; Pickles, A. y Winder, F. (1987): *The development of a questionnaire for use in*

- epidemiological studies of depression in children and adolescents*. Londres: Medical Research Council Child Psychiatry Unit.
- Asarnow, J. R. y Bates, S. (1988): Depression in child psychiatric inpatients: Cognitive and attributional patterns. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 601-615.
- Asarnow, J. R. y Carlson, G. A. (1985): Depression self-rating scale: Utility with child psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 491-499.
- Asarnow, J. R.; Carlson, G. y Guthrie, D. (1987): Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 361-366.
- Battle, J. (1987): Relationship between self-esteem and depression among children. *Psychological Reports*, 60, 1187-1190.
- Beck, A. T. (1967): *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Nueva York: Harper and Row.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. y Emery, G. (1979): *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J. E. y Erbaugh, J. K. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beeferman, D. y Orvaschel, H. (1994): Group psychotherapy for depressed adolescents: A critical review. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44, 463-475.
- Bellack, A. S. y Hersen, M. (1985): General considerations. En M. Hersen y A. S. Bellack (dirs.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. Nueva York: Plenum.
- Bernstein, A. D. y Borkovec, T. D. (1973): *Progressive relaxation training*. Champaign, IL: Research Press. (Traducción castellana: *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao, Descleé de Brouwer, 1983, 2.ª ed.)
- Bird, H. R.; Canino, G.; Rubio-Stipeck, M.; Gould, M. S.; Ribera, J.; Sesman, M.; Woodbury, M.; Huertas-Goldman, S.; Pagan, A.; Sánchez-Lacay, A. y Moscoto, M. (1988): Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- Birleson, P. (1981): The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 73-88.
- Birmaher, B.; Dahl, R. E.; Perel, J.; Williamson, D. E.; Nelson, B.; Stull, S.; Kaufman, J.; Waterman, G. S.; Rao, U.; Nguyen, N.; Puig-Antich, J. y Ryan, N. D. (1996): Corticotropin-releasing hormone challenge in prepubertal major depression. *Biological Psychiatry*, 39, 267-277.
- Birmaher, B.; Dahl, R. E.; Ryan, N. D.; Rabinovich, H.; Ambrosini, P.; Al-Shabbout, M.; Novacenko, H.; Nelson, B. y Puig-Antich, J. (1992): The dexamethasone suppression test in adolescent outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1040-1045.
- Boulos, C.; Kutcher, S. P.; Marton, P.; Simeon, J.; Ferguson, B. y Roberts, N. (1991): Response to desipramine treatment in adolescent major depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 27, 59-65.
- Boyle, M. H.; Offord, D. R.; Hofmann, H. G.; Catlin, G. P.; Byles, J. A.; Cadman, D. T.; Crawford, J. W.; Links, P. S.; Rae-Grant, N. I. y Szatmari, P. (1987): Ontario Child Health Study: I. Methodology. *Archives of General Psychiatry*, 44, 826-831.
- Bragado, C. y García-Vera, M. P. (1998): Trastornos emocionales en niños y adolescentes. En M. A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. II): Madrid: Dykinson.
- Brent, D. A.; Roth, C. M.; Holder, D. P.; Kolko, D. J.; Birmaher, B.; Johnson, B. A. y Schweers, J. A. (1996): Psychosocial interventions for treating adolescent suicidal depression: A comparison of three psychosocial interventions. En E. D. Hibbs y P. S. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Butler, L.; Miezitis, S.; Friedman, R. y Cole, E. (1980): The effect of two school-based intervention programs on depressive symptoms in preadolescents. *American Educational Research Journal*, 17, 111-119.
- Caballo, V. E.; Navarro, F. y Sierra, J. C. (2001): Psicopatología y tratamiento de los trastornos del sueño en la infancia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Campbell, M. y Cueva, J. E. (1995): Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: A review of the past seven years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1262-1271.
- Carlson, G. A. (1987): Trastornos afectivos bipolares en la infancia y la adolescencia. En D. P. Cantwell y

- G. A. Carlson (dirs.), *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Clarke, G. N.; Hawkins, W.; Murphy, M.; Sheeber, L. B.; Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1995): Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321.
- Cole, D. y Rehm, L. P. (1986): Family interaction patterns and childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 297-314.
- Coopersmith, S. (1981): *Coopersmith Self-Esteem Inventory manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Costello, A. J., Edelbrock, C. S.; Dulcan, M. K. y Kalas, R. (1984): *Testing of the NIMH Interview Schedule for Children (DISC) in a clinical population. Final report to the Center for Epidemiological Studies, National Institute of Mental Health*. Pittsburg: University of Pittsburg.
- Costello, C. G. (1972): Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? *Behavior Therapy*, 3, 240-247.
- Costello, C. G. (1980): Childhood depression: The basic questionable assumption in the Lefkowitz and Burton critique. *Psychological Bulletin*, 87, 24-29.
- Costello, E. J.; Costello, A. J.; Edelbrock, C.; Burns, B. J.; Dulcan, M. K.; Brent, D. y Janiszewski, S. (1988): Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1107-1116.
- Cytryn, L. y McKnew, D. H. Jr. (1972): Proposed classification of childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, 129, 149-155.
- Cytryn, L.; McKnew, D. H. Jr.; Longue, M. y Desai, R. B. (1974): Biochemical correlates of affective disorders in children. *Archives of General Psychiatry*, 31, 659-661.
- Chambers, W. J.; Puig-Antich, J.; Hirsch, M.; Paez, P.; Ambrosini, P.; Tabrizi, M. y Davies, M. (1985): The assessment of affective disorders in children and adolescents: Test-retest reliability of the Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for school-age children. Present episode version. *Archives of General Psychiatry*, 42, 696-702.
- Chen, X.; Rubin, K. H. y Li, B. (1995): Depressed mood in Chinese children: Relation with school performance and family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 938-947.
- Dahl, R. E.; Ryan, N. D.; Perel, J. M.; Birmaher, B.; Al-Shabbout, M.; Nelson, B. y Puig-Antich, J. (1994): Cholinergic REM induction test with arecoline in depressed children. *Psychiatry Research*, 51, 269-282.
- Del Barrio, V. (1997): *Depresión infantil: Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, V.; Silva, F.; Conesa-Peraleja, C. D.; Martorell, M. C. y Navarro, A. M. (1993): Escala de Evaluación de la Depresión (EED): En F. Silva y M. C. Martorell (dirs.), *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil (EPIJ)*. Madrid: MEPSA.
- Deykin, E. Y.; Levy, J. C. y Wells, V. (1987): Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *American Journal of Public Health*, 77, 178-182.
- Domènech, E.; Monreal, P. y Ezpeleta, L. (1985): *Escala de depresión infantil para maestros ESDM*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, Unidad de Psicopatología Infantil.
- Domènech, E. y Polaino-Lorente, A. (dirs.) (1990): *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs.
- Domènech, E.; Subirà, S. y Cuxart, F. (1996): Trastornos del estado de ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En J. Buendía (dir.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Dujovne, V. F.; Barnard, M. U. y Rapoff, M. A. (1995): Pharmacological and cognitive-behavioral approaches in the treatment of childhood depression: A review and critique. *Clinical Psychology Review*, 15, 589-611.
- Estivill, E. y Béjar, S. de (1998): *Duérmete, niño: Cómo solucionar los problemas del sueño infantil* (4.ª ed.) Barcelona: Plaza & Janés.
- Ezpeleta, L. (1995): La Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (DICA): *Text-Context*, 12, 34-38.
- Ezpeleta, L.; Domènech, E. y Polaino-Lorente, A. (1988): Escalas de evaluación de la depresión infantil. En A. Polaino-Lorente (dir.), *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Fantuzo, J. W. y Polite, K. (1990): School-based behavioral self-management: A review and analysis. *School Psychology Quarterly*, 5, 180-198.
- Ferster, C. B. (1966): Animal behavior and mental illness. *Psychological Record*, 16, 345-356.
- Ferster, C. B. (1973): A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.

- Fine, S.; Forth, A.; Gilbert, M. y Haley, G. (1991): Group therapy for adolescent depressive disorder: A comparison of social skills and therapeutic support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 79-85.
- Fine, S.; Gilbert, M.; Schmidt, L.; Haley, G.; Maxwell, A. y Forth, A. (1989): Short term group therapy with depressed adolescent outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 97-102.
- Fleming, J. E. y Offord, D. R. (1990): Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Fleming, J. E.; Offord, D. R. y Boyle, M. H. (1989): The Ontario Child Health Study: Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. *British Journal of Psychiatry*, 155, 647-654.
- Frame, C.; Matson, J. L.; Sonis, W. A.; Fialkov, M. J. y Kazdin, A. E. (1982): Behavioral treatment of depression in prepubertal child. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 239-243.
- Frost, L. A.; Moffitt, T. E. y McGee, R. O. (1989): Neuropsychological correlates of psychopathology in an unselected cohort of young adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 307-313.
- García, J. y Rodríguez, J. (1998): Depresión en la adolescencia: Presentación de un caso. En F. X. Méndez y D. Macià (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: Libro de casos*, 6.<sup>a</sup> ed., Madrid: Pirámide.
- Garrison, C. Z.; Schluchter, M. D.; Schoenbach, V. J. y Kaplan, B. K. (1989): Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 343-351.
- Geller, B.; Cooper, T. B.; Graham, D. L.; Marsteller, F. A. y Bryant, D. M. (1990): Double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in depressed children using a «fixed plasma level» design. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 85-90.
- Geller, B.; Cooper, T. B.; McCombs, H. G., Graham, D. y Wells, J. (1989): Double-blind, placebo-controlled study of nortriptyline in depressed children using a «fixed plasma level» design. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 101-108.
- Giesler, J.; Reeve, E. y Borchart, C. M. (1991): Low dose tricyclic tachycardia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 151.
- Gladstone, T. R. G. y Kaslow, N. J. (1995): Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 597-606.
- Goetz, R. R.; Hanlon, C.; Puig-Antich, J. y Weitzman, E. D. (1985): Signs of REM prior to the first REM period in prepubertal children. *Sleep*, 8, 1-10.
- Goldstein, A. P.; Sprafkin, R. P.; Gershaw, N. J. y Klein, P. (1980): *Skillstreaming the adolescent: A structured learning approach to teaching prosocial skills*. Champaign, IL: Research Press.
- Goleman, D. (1993, 15 diciembre): Use of antidepressants in children at issue. *The New York Times*, p. 17.
- Grossman, P. B. y Hughes, J. N. (1992): Self-control interventions with internalizing disorders: A review and analysis. *School Psychology Review*, 21, 229-245.
- Haley, G.; Fine, S.; Marriage, K.; Moretti, M. y Freeman, R. (1985): Cognitive bias and depression in psychiatrically disturbed children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 535-537.
- Hamilton, M. (1960): A rating scale for depression. *Journal of Neurology and Neurosurgery*, 23, 56-62.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1951): *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual*. Nueva York: Psychological Corporation.
- Heiby, E. M. (1982): A self-reinforcement questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 347-401.
- Heiman, S. W. y March, J. S. (1996): SSRI-induced mania. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 4.
- Herjanic, B. y Campbell, W. (1977): Differentiating psychiatrically disturbed children: The internal structure of a structured interview. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 51, 127-134.
- Herjanic, B. y 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.
- Hodges, K.; McKnew, D. H. Jr.; Cytryn, L.; Stern, L. y Kline, J. (1982): The child assessment schedule diagnostic interview: A report on reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 468-473.
- Hughes, C. W.; Preskorn, S. H.; Weller, E.; Weller, R.; Hassanein, R. y Tucker, S. (1990): The effect of comorbid disorders in childhood depression on predicting treatment response. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 235-238.

- Jaycox, L.; Reivich, K.; Gillham, J. y Seligman, M. E. P. (1994): Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 801-816.
- Jiménez, M. (1995): Depresión infantil: Aspectos clínicos. En M. Jiménez (dir.), *Psicopatología infantil*. Archidona, Málaga: Aljibe.
- John, K.; Gammon, G.; Prusoff, B. y Warner, V. (1987): The Social Adjustment Schedule for Children and Adolescent (SAICA): Testing of a new semi-structured interview. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 26, 898-911.
- Kahn, J. S.; Kehle, T. J.; Jenson, W. R. y Clark, E. (1990): Comparison of cognitive-behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle-school students. *School Psychology Review*, 19, 196-211.
- Kashani, J. H.; Beck, N. C.; Hooper, E. W. y Fallahi, C. (1987a): Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 584-589.
- Kashani, J. H.; Carlson, G. A.; Beck, N. C. y Hooper, E. W. (1987b): Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 931-933.
- Kashani, J. H.; Holcomb, W. R. y Orvaschel, H. (1986): Depression and depressive symptomatology in preschool children from general population. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1138-1143.
- Kashani, J. H.; McGee, R. O.; Clarkson, S. E.; Anderson, J. C.; Walton, L. A.; Williams, S.; Silva, P. A.; Robins, A. J.; Cytryn, L. y McKnew, D. H. Jr. (1983): Depression in a sample of 9-year-old children. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1217-1223.
- Kashani, J. H.; Orvaschel, H.; Rosenberg, T. K. y 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.
- Kashani, J. H. y Schmid, L. S. (1995): Epidemiología y etiología de los trastornos depresivos. En M. Shafii y S. L. Shafii (dirs.), *La depresión en niños y adolescentes: Clínica, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Kashani, J. H. y Simonds, J. F. (1979): The incidence of depression in children. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1203-1205.
- Kaslow, N. J.; Rehm, L. P. y Siegel, A. (1984): Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 605-620.
- Kaslow, N. J.; Rehm, L. P.; Pollack, S. y Siegel, A. (1988): Attributional style and self-control behavior in depressed and nondepressed children and their parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 163-165.
- Kazdin, A. E.; Esveltd-Dawson, K.; Sherick, R. E. y Colbus, D. (1985): Assessment of overt behavior and childhood depression among psychiatrically disturbed children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 201-210.
- Kazdin, A. E.; French, N. H.; Unis, A. S.; Esveltd-Dawson, K. y Sherick, R. E. (1983): Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 504-510.
- Kazdin, A. E. y Petti, T. A. (1982): Self-report and interview measures of childhood and adolescent depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23, 437-457.
- Kendall, P. C. y Braswell, L. (1993): *Cognitive behavior therapy for impulsive children*, 2.ª ed. Nueva York: Guilford.
- Kovacs, M. (1985): The Interview Schedule for Children (ISC): *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 991-994.
- Kovacs, M. (1992): *Children's Depression Inventory*, CDI. Toronto: Multi-Health Systems.
- Kovacs, M. y Beck, A. T. (1977): An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En J. G. Schulterbrandt y A. Raskin (dirs.), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models*. Nueva York: Raven Press.
- Kramer, A. D. y Feiguine, R. J. (1981): Clinical effects of amitriptyline in adolescent depression: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 636-644.
- Kupersmidt, J. B. y Patterson, C. J. (1991): Childhood peer rejection, aggression, withdrawal, and perceived competence as predictors of self-reported problems in preadolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 427-449.
- Kutcher, S.; Boulos, C.; Ward, B.; Marton, P.; Simeon, F.; Ferguson, H. B.; Szalai, J.; Katic, M.; Roberts, N.; Dubois, C. y Reed, K. (1994): Response to desipramine treatment in adolescent depression: A fixed-dose, placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 686-694.



- Kye, C. H.; Waterman, G. S.; Ryan, N. D.; Birmaher, B.; Williamson, D. E.; Iyengar, S. y Dachtler, S. (1996): A randomized, controlled trial of amitriptyline in the acute treatment of adolescent major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1139-1144.
- Lang, M. y Tisher, M. (1978): *Children's Depression Scale*. Melbourne: Australian Council for Educational Research.
- Lefkowitz, M. M. y Burton, N. (1978): Childhood depression: A critique of the concept. *Psychological Bulletin*, 85, 716-726.
- Lefkowitz, M. M. y Tesiny, E. P. (1980): Assessment of childhood depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 43-50.
- Leitenberg, H.; Yost, L. W. y Carroll-Wilson, M. (1986): Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 528-536.
- Levy, J. C. y Deykin, E. Y. (1989): Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1462-1467.
- Lewinsohn, P. M. (1974): Clinical and theoretical aspects of depression. En K. S. Calhoun, H. E. Adams y K. M. Mitchell (dirs.), *Innovative treatment methods in psychopathology*. Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M.; Clarke, G. N.; Hops, H. y Andrews, J. (1990): Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Lewinsohn, P. M.; Clarke, G. N. y Rohde, P. (1994): Psychological approaches to the treatment of depression in adolescents. En W. M. Reynolds y H. F. Johnston (dirs.), *Handbook of depression in children and adolescents*. Nueva York: Plenum.
- Lewinsohn, P. M.; Clarke, G. N.; Rohde, P.; Hops, H. y Seeley, J. R. (1996): A course in coping: A cognitive-behavioral approach to the treatment of adolescent depression. En E. D. Hibbs y P. S. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lewinsohn, P. M.; Hoberman, H.; Teri, L. y Hautzinger, M. (1985): An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (dirs.), *Theoretical issues in behavior therapy*. Orlando, FL: Academic Press.
- MacPhillamy, D. J. y Lewinsohn, P. M. (1982): The pleasant events schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 363-380.
- Martini, R.; Strayhorn, J. y Puig-Antich, J. (1990): A symptom self-report measure for preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 594-600.
- Matson, J. L.; Rotatori, A. F. y Helsel, W. J. (1983): Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behaviour Research and Therapy*, 41, 335-340.
- McCauley, E.; Mitchell, J.; Burke, P. y Moss, S. (1988): Cognitive attributes of depression in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 903-908.
- McGee, R. O. y Williams, S. (1988): A longitudinal study of depression in nine-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 342-348.
- McKay, M. y Fanning, P. (1991): *Autoestima: Evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.: 1987).
- McKnew, D. H. Jr. y Cytryn, L. (1979): Urinary metabolites in chronically depressed children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 608-615.
- Meichenbaum, D. (1985): *Stress inoculation training*. Nueva York: Pergamon Press.
- Méndez, F. X. (1998): *El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X.; Olivares, J.; y Bermejo, R. M. (2001): Miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Mezzich, A. C. y Mezzich, J. E. (1979): Symptomatology of depression in adolescence. *Journal of Personality Assessment*, 43, 267-275.
- Michelson, L.; Sugai, D. P.; Wood, R. P. y Kazdin, A. E. (1983): *Social skills assessment and training with children*. Nueva York: Plenum.
- Monjas, I. (1993): *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.
- Morganett, R. S. (1990): *Skills for living: Group counseling activities for young adolescents*. Illinois: Research Press.

- Moyal, B. (1977): Locus of control, self-esteem, stimulus appraisal, and depressive symptoms in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 951-952.
- Mufson, L.; Moreau, D. y Weissman, M. M. (1996): Focus on relationships: Interpersonal psychotherapy for adolescent depression. En E. D. Hibbs y P. S. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mullins, L.; Siegel, L. y Hodges, K. (1985): Cognitive problem-solving and life events correlates of depression symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 305-314.
- National Institute of Mental Health (1976): CGI. Clinical Global Impressions. En H. Guy (dir.), *Assessment manual for psychopharmacology* (2.ª ed.): Rockville, MD: NIMH.
- Offer, D.; Ostrov, E. y Howard, K. I. (1982): *The Offer Self Image Questionnaire for Adolescents* (3.ª ed.) Chicago: Michael Reese Hospital and Medical Center.
- Olweus, D. (1989): Prevalence and incidence in the study of antisocial behaviour: Definitions and measurement. En M. W. Klein (dir.), *Cross-national research in self-reported crime and delinquency* (pp. 187-201): Dordrecht: Kluwer.
- Orvaschel, H. y Puig-Antich, J. (1986): *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for school-age children. Epidemiological version: Kiddie-SADS-E (K-SADS-E)* (4.ª ed.) Pittsburg, PA: Western Psychiatric Institute and Clinic.
- Petti, T. A. (1978): Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 49-59.
- Petti, T. A. (1985): Scales of potential use in the psychopharmacological treatment of depressed children and adolescents. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 951-955.
- Petti, T. A.; Bornstein, M.; Delamater, A. y Conners, C. K. (1980): Evaluation and multimodality treatment of a depressed prepubertal girl. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 690-702.
- Petti, T. A. y Law, W. (1982): Borderline psychotic behavior in hospitalized children: Approaches to assessment and treatment. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 27, 197-202.
- Piers, E. V. (1984): *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale: Revised manual 1984*. Los Ángeles: Western Psychological Services.
- Pliszka, S. R. (1991): Antidepressants in the treatment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 313-320.
- Polaino-Lorente, A. (dir.) (1988): *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Polaino-Lorente, A. (1996): Trastorno bipolar y conducta suicida en adolescentes. En J. Buendía (dir.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Polaino-Lorente, A. y Domènech, E. (dirs.) (1988): *La depresión en los niños españoles de 4.º de EGB*. Barcelona: Geigy.
- Pope, A. W.; McHale, S. M. y Craighead, W. E. (1988): *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. Nueva York: Pergamon.
- Poznanski, E. O. (1982): The clinical phenomenology of childhood depression. *Journal of Orthopsychiatry*, 52, 308-313.
- Poznanski, E. O.; Cook, S. C. y Carroll, B. J. (1979): A depression rating scale for children. *Pediatrics*, 64, 442-450.
- Poznanski, E. O., Freeman, L. N. y Mokros, H. B. (1985): Children's Depression Rating Scale - Revised (September 1984): *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 979-989.
- Preskorn, S. H.; Weller, E. B.; Hughes, C. W.; Weller, R. A. y Bolte, K. (1987): Depresión in prepubertal children: Dexamethasone nonsuppression predicts differential response to imipramine vs placebo. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 128-133.
- Puig-Antich, J. (1987): Affective disorder in children and adolescents: Diagnosis, validity and psychobiology. En H. Y. Meltzer (dir.), *Psychopharmacology: The third generation of progress*. Nueva York: Raven Press.
- Puig-Antich, J. y Chambers, W. (1978): *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children (Kiddie-SADS)*: Nueva York: New York State Psychiatric Institute.
- Puig-Antich, J.; Chambers, W.; Halpern, F.; Hanlon, C. y Sachar, E. J. (1979): Cortisol hypersecretion in prepubertal depressive illness. *Psychoneuroendocrinology*, 4, 191-197.
- Puig-Antich, J.; Perel, J. M.; Lupatkin, W.; Chambers, W. J.; Tabrizi, M. A.; King, J.; Goetz, R.; Davies, M. y Stiller, R. L. (1987): Imipramine in prepubertal major

- depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 44, 81-89.
- Quay, H. C. y Peterson, D. R. (1983): *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. Miami, FL: University of Miami.
- Radloff, L. S. (1977): The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Real Academia Española (1992): *Diccionario de la Lengua Española* (21.ª ed.) Madrid: Autor.
- Reed, M. K. (1994): Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence*, 29, 293-302.
- Rehm, L. P. (1977): A self-control model for depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L. P. (1991): Métodos de autocontrol. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1985): *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) manual*. Los Ángeles, CA: Western Psychological Services.
- Reynolds, W. M. (1986): *Assessment of depression in adolescents: Manual for the Reynolds Adolescent Depression Scale*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M. (1988): Major depression. En M. Hersen y C. G. Last (dirs.), *Child behavior therapy casebook*. Nueva York: Plenum.
- Reynolds, W. M. (1989): *Reynolds Child Depression Scale: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M. y Coats, K. I. (1986): A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 653-660.
- Reynolds, W. M.; Ramirez, M. P.; Magrina, A. y Allen, J. (1980): Initial development and validation of the Academic Self-Concept Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 1013-1016.
- Riddle, M. A.; Geller, B. y Ryan, N. (1993): Another sudden death in a child treated with desipramine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 792-797.
- Rie, H. E. (1966): Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 653-685.
- Rodríguez-Sacristán, J.; Cardoze, D.; Rodríguez, J.; Gómez-Añón, M. L.; Benjumea, P. y Pérez, J. (1984): Sistemas objetivos de medida: Experiencias con el inventario español de depresiones infantiles (C.E.D.I.) modificado de Kovacs y Beck. *Revista de Neuropsiquiatría Infantil*, 2, 65-74.
- Rohde, P.; Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1991): Comorbidity with unipolar depression II: Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222.
- Rosenberg, D. R.; Holttum, J. y Gershon, S. (1994): *Textbook of pharmacotherapy for child and adolescent psychiatric disorders*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Rosenberg, M. (1965): *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rush, A. J.; Giles, D. E.; Schlessler, M. A.; Fulton, C. L.; Weissenberger, J. y Burns, C. (1986): The Inventory of Depressive Symptoms (IDS): Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18, 65-87.
- Ryan, N. D.; Birmaher, B.; Perel, J. M.; Dahl, R. E.; Meyer, V.; Al-Shabbout, M.; Iyengar, S. y Puig-Antich, J. (1992): Neuroendocrine response to L-5-hydroxytryptophan challenge in prepubertal major depression: Depressed vs normal children. *Archives of General Psychiatry*, 49, 843-851.
- Ryan, N. D.; Dahl, R. E.; Birmaher, B.; Williamson, D. E.; Iyengar, S.; Nelson, B.; Puig-Antich, J. y Perel, J. M. (1994): Stimulatory tests of growth hormone secretion in prepubertal major depression: Depressed versus normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 824-833.
- Schildkraut, J. J. (1965): The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence. *American Journal of Psychiatry*, 122, 509-522.
- Schneider, M. y Robin, A. (1973): *The turtle manual*. Stony Brook, NY: SUNYo at Stony Brook, Point of Woods Laboratory School.
- Seisedos, N. (1997): *Cuestionario de Depresión para Niños* (5.ª ed.) Madrid: TEA.
- Seligman, M. E. P. (1975): *Helplessness*. San Francisco, CA: Freeman.
- Seligman, M. E. P.; Kaslow, N. J.; Alloy, L. B.; Peterson, C.; Tanenbaum, R. y Abramson, L. Y. (1984): Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Seligman, M. E. P.; Reivich, K.; Jaycox, L. y Gillham, J. (1995): *The optimistic child*. Boston: Houghton Mifflin.

- Shah, F. y Morgan, S. B. (1996): Teacher's ratings of social competence of children with high versus low levels of depressive symptoms. *Journal of School Psychology, 34*, 337-349.
- Silva, F. y Martorell, M. C. (dirs.) (1993): *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil (EPIJ)*. Madrid: MEPSA.
- Simeon, J. G.; Dinicola, V. F.; Ferguson, B. H. y Copping, W. (1990): Adolescent depression: A placebo-controlled fluoxetine study and follow-up. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 14*, 791-795.
- Simons, R. y Miller, M. (1987): Adolescent depression: Assessing the impact of negative cognitions and socioenvironmental problems. *Social Work, 32*, 326-330.
- Skinner, B. F. (1953): *Science and human behavior*. Nueva York: Macmillan Company
- Sommers-Flanagan, J. y Sommers-Flanagan, R. (1996): Efficacy of antidepressant medication with depressed youth: What psychologists should know. *Professional Psychology: Research and Practice, 27*, 145-153.
- Spielberger, C. D. (1973): *STAIC. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970): *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R. L.; Endicott, J. y Robins, E. (1978): Research Diagnostic Criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry, 35*, 773-782.
- Spivack, G. y Shure, M. (1974): *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stark, K. D. (1990): *Childhood depression: School-based intervention*. Nueva York: Guilford.
- Stark, K. D.; Brookman, C. S. y Frazier, R. (1990): A comprehensive school-based treatment program for depressed children. *School Psychology Quarterly, 5*, 111-140.
- Stark, K. D. y Kendall, P. C. (1996): *Treating depressed children: Therapist manual for «ACTION»*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Stark, K. D.; Kendall, P. C.; McCarthy, M.; Stafford, M.; Barron, R. y Thomeer, M. (1996): *ACTION: A workbook for overcoming depression*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Stark, K. D.; Reynolds, W. M. y Kaslow, N. J. (1987): A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 91-113.
- Stark, K. D.; Swearer, S.; Kurowski, C.; Sommer, D. y Bowen, B. (1996): Targeting the child and the family: a holistic approach to treating child and adolescent depressive disorders. En E. D. Hibbs y P. S. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Strober, M. (1995): Trastornos bipolares: Historia natural, estudios genéticos y seguimiento. En M. Shafii y S. L. Shafii (dirs.), *La depresión en niños y adolescentes: Clínica, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Venkataraman, S.; Naylor, M. W. y King, C. A. (1992): Mania associated with fluoxetina treatment in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 276-281.
- Vitiello, B. y Jensen, P. S. (1995): Developmental perspectives in pediatric psychopharmacology. *Psychopharmacology Bulletin, 31*, 75-81.
- Vosk, B.; Forehand, R.; Parker, J. B. y Richard, K. (1982): A multimethod comparison of popular and unpopular children. *Developmental Psychology, 18*, 571-575.
- Warr, P. B. y Jackson, P. R. (1985): Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of re-employment. *Psychological Medicine, 15*, 795-807.
- Waterman, G. S.; Ryan, N. D.; Perel, J. M.; Dahl, R. E.; Birmaher, B.; Williamson, D. E.; Thomas, C. R. y Puig-Antich, J. (1992): Nocturnal urinary excretion of 6-hydroxymelatonin sulfate in prepubertal major depressive disorder. *Biological Psychiatry, 31*, 582-590.
- Waterman, G. S.; Dahl, R. E.; Birmaher, B.; Ambrosini, P.; Rabinovich, H.; Williamson, D. E.; Novacenko, H.; Nelson, B.; Puig-Antich, J. y Ryan, N. D. (1994): The 24-hour pattern of prolactin secretion in depressed and normal adolescents. *Biological Psychiatry, 35*, 440-445.
- Weinberg, W. A.; Rutman, J.; Sullivan, L.; Pencik, E. C. y Dietz, S. G. (1973): Depression in children referred to an education diagnostic center. *Journal of Pediatrics, 83*, 1065-1072.

- Weisz, J.; Stevens, J.; Curry, J.; Cohen, R.; Craighead, E.; Burlingame, W.; Smith, A.; Weiss, B. y Parmelee, D. (1989): Control-related cognitions and depression among inpatient children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 358-363.
- Wilkes, T. C. R.; Belsher, G.; Rush, A. J. y Frank, E. (dirs.) (1994): *Cognitive therapy for depressed adolescents*. Nueva York: Guilford.
- Wilkes, T. C. R. y Rush, A. J. (1988): Adaptations of cognitive therapy for depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 381-386.
- Wirt, R. D.; Lachar, D.; Klinedinst, J. K. y Seat, P. D. (1977): *Multidimensional description of child personality: A manual for the Personality Inventory for Children*. Los Ángeles: Western Psychological Services.
- Wood, A.; Harrington, R. y Moore, A. (1996): Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 737-746.
- Yaylayan, S.; Weller, E. B. y Weller, R. A. (1995): Neurobiología de la depresión. En M. Shafii y S. L. Shafii (dirs.), *La depresión en niños y adolescentes: Clínica, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Cantwell, D. P. y Carlson, G. A. (dirs.) (1987): *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.: 1983.)
- Del Barrio, V. (1997): *Depresión infantil: Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
- Méndez, F. X. (1998): *El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Polaino-Lorente, A. (dir.) (1988): *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Shafii, M. y Shafii, S. L. (dirs.) (1995): *La depresión en niños y adolescentes: Clínica, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.: 1992).



# Manejo del duelo en niños y adolescentes desde el enfoque cognitivo-conductual

# 6

LILIANA PEÑA FRADE  
CLEMENCIA MONTAÑA DE BARRAGÁN<sup>1</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

La muerte no es únicamente la culminación de la vida y el cese de actividades, sino también el conjunto de sentimientos y emociones que genera en las personas que sufren la pérdida. Son sentimientos de negación, rabia, desconcierto, desadaptación, tristeza y depresión que en algunos casos pueden perdurar durante mucho tiempo y, en otros, terminar a las pocas semanas o meses de ocurrido el suceso. Es una etapa difícil por la que tienen que atravesar personas que, de una u otra forma, han perdido a un ser querido y significativo y que por eso ven truncada su vida y deshechas sus esperanzas y metas vitales.

El duelo, palabra que encierra todas estas emociones, sentimientos y actitudes, no se presenta únicamente cuando hay una muerte, sino también en todas aquellas situaciones en las que se ha perdido algo: el trabajo, el amigo, la pareja, la casa, la mascota, un objeto con un valor sentimental para la persona; en fin, en todos aquellos acontecimientos en los que el individuo se tiene que desprender de algo valioso que ha permanecido por un tiempo en su vida.

Evidentemente, todas las personas, en algún momento de su vida, van a perder un ser querido o algo significativo, y cada una reacciona de forma diferente ante la situación. Algunos individuos se encierran en sí mismos y no exteriorizan los senti-

mientos y emociones que la pérdida les genera; otros, por el contrario, expresan abiertamente lo que sienten. Hay quienes exageran tanto sus respuestas emocionales que llegan a convertirse en patologías que generan una mala adaptación a la situación y una no aceptación de la carencia; es como si la vida continuase sin que el hecho hubiera ocurrido, pretendiéndose mantener al otro vivo o alejarse completamente de todo recuerdo.

El trabajo del psicólogo, en esta clase de problemáticas, es guiar la elaboración de ese duelo, otorgar un espacio para que la persona pueda exteriorizar sus sentimientos y lograr una mejor adaptación y aceptación de la nueva situación y un esclarecimiento de las emociones propias de este proceso cuyo fin es recordar lo perdido sin dolor.

## 2. EL DUELO: LA REACCIÓN NORMAL A LA PÉRDIDA

El duelo es la reacción normal a la pérdida; es una experiencia universal, parte natural de la existencia. Ésta puede ser de dos clases: *física (tangible)* o *simbólica (psicosocial)*. Habitualmente, una pérdida simbólica no es identificada como una pérdida per se, pero aun así las personas necesitan un tiempo para elaborar los sentimientos que genera. De la pérdida siempre resultan privaciones de alguna clase que no pueden ser reconocidas como tales, especialmente las asociadas con acontecimientos positivos (Rando, 1984).

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Colombia (Colombia).

## 2.1. Reacciones del duelo normal

El término «duelo normal» se refiere, algunas veces, al «duelo no complicado»; abarca un amplio rango de sentimientos y comportamientos que son comunes después de la pérdida. Las primeras investigaciones al respecto las realizó Erich Lindemann en el Hospital General de Massachusetts.

En el área de Boston hay dos colegios católicos bien conocidos por su rivalidad en el fútbol. En 1942 se realizó su tradicional encuentro. La Cruz Sagrada contra el Colegio de Boston. Después del juego, mucha gente fue al Club Nocturno Arboleda de Coco para celebrar el acontecimiento. Durante la fiesta un camarero prendió un fósforo mientras probaban el cambio de luces y accidentalmente una palma decorativa se incendió. Casi inmediatamente la totalidad del club nocturno se encontró en llamas. Cerca de 500 personas perdieron la vida en esa tragedia.

Después de esto, Lindemann y sus colaboradores trabajaron con los miembros de las familias que habían perdido a una persona amada en este holocausto. En sus observaciones, aproximadamente 101 pacientes en duelo manifestaron patrones similares, que Lindemann describió como características de un duelo agudo o normal. Cuando se vive la pérdida de alguien importante se tiende a regresar, a sentirse incapaz, inhábil para existir sin esa persona y, entonces, se experimentan rabia y ansiedad. Lindemann observó otras reacciones similares en las personas con duelo, entre las que cabe destacar las siguientes:

- *Culpa y autorreproche.* La culpa y el autorreproche son experiencias comunes de los supervivientes. Generalmente la culpa es manifestada por las cosas que sucedieron o las que no se realizaron. Frecuentemente la culpa es irracional y mitiga la realidad.
- *Ansiedad.* La ansiedad en el superviviente puede ir desde un sentimiento de inseguridad hasta un ataque de pánico. Esta ansiedad llega, principalmente, desde dos fuentes: *a)* los dolientes temen no poder cuidarse ellos mismos, y *b)* temen no ser capaces de vivir sin la persona que han perdido.
- *Soledad.* Éste es un sentimiento frecuentemente expresado por los supervivientes, en particular quienes han perdido al marido o a la esposa.
- *Fatiga.* Muchas veces puede ser experimentada como apatía; es una sensación física que incluye una medida de trastornos del estado de ánimo.
- *Incapacidad.* Con frecuencia se presenta en la etapa inicial del duelo; la experimentan sobre todo los viudos.
- *Shock.* Se presenta especialmente en los casos de muerte súbita.
- *Anhelos.* Es una respuesta normal a la pérdida; su disminución puede ser un signo de que el duelo está llegando al final.
- *Emancipación.* Puede ser un sentimiento positivo después de la muerte.
- *Alivio.* Mucha gente siente alivio después de la muerte de una persona amada, particularmente si ésta sufría una enfermedad terminal o dolorosa.
- *Adormecimiento.* Algunas personas reportan una falta de sentimientos; esta experiencia es frecuente en los procesos tempranos del duelo y generalmente ocurre porque se niegan muchos sentimientos que siguen a la muerte.

### 2.1.1. Sensaciones físicas

Las sensaciones físicas no se presentan con mucha frecuencia, pero cuando lo hacen juegan un papel significativo en el proceso de duelo. Entre los síntomas físicos que más se presentan en los dolientes se encuentran:

- Vacío en el estómago.
- Atoramiento en la garganta y el pecho.
- Sobresensibilidad de la nariz.
- Sensación de despersonalización.
- Respiraciones cortas.
- Debilidad en los músculos.
- Falta de energía.
- Boca seca.



### 2.1.2. Aspectos cognitivos

Hay varios patrones de pensamiento diferente que marcan la experiencia del duelo. Ciertos pensamientos son comunes en las etapas tempranas y usualmente desaparecen después de un corto tiempo; otros persisten y desencadenan sentimientos que pueden conducir a la depresión o a la ansiedad (Worden, 1982).

En general, el duelo no suele percibirse como un trabajo, lo que causa con frecuencia problemas en los dolientes, que no están preparados para la intensidad de sus propias reacciones emocionales y/o no entienden completamente la importancia de aceptarlas y expresarlas. El trabajo del duelo supone no sólo la persona perdida, sino todas las esperanzas, sueños, fantasías y expectativas no realizadas que el doliente tenía para la persona y su relación; esto rara vez es reconocido y representa una gran cantidad de pérdidas simbólicas para el doliente. Una complicación del proceso de duelo es que la pérdida reaviva viejos problemas y conflictos del doliente. El dolor y el vacío de la separación de la persona amada despiertan sentimientos de ansiedad e incapacidad asociados con la separación.

## 2.2. Manifestaciones psicológicas del duelo

Las manifestaciones básicas del duelo se pueden enmarcar en tres categorías: *la evitación*, en la cual hay shock, negación e incredulidad; *la confrontación*, caracterizada por un elevado estado emocional en el que el duelo es más intenso y las reacciones psicológicas ante la muerte son más agudas, y finalmente, *el restablecimiento*, en el cual hay una declinación gradual del duelo y empieza una regeneración social y emocional dentro de la vida cotidiana.

### 2.2.1. Fase de evitación

Durante esta fase hay un deseo de evitar el terrible reconocimiento de que la persona amada ya no está; el mundo es debilitado y el doliente está abrumado por el impacto. Tal como el cuerpo humano

entra en conmoción después de un gran alejamiento, la psique humana también entra en «shock» cuando es confrontada con una pérdida importante; ésta es una reacción natural al impacto de tal golpe. Durante este período el individuo puede estar confundido y aturdido para comprender qué está pasando.

Como un inicio del reconocimiento brota la negación, es natural solamente en individuos que quieren o necesitan negar el suceso; el tiempo de la negación es terapéutico, su función es amortiguar al individuo para absorber la realidad de la pérdida. Es una «anestesia emocional» que sirve como mecanismo de protección para quienes tuvieron que ser confrontados de repente con la destrucción de su mundo.

La incredulidad y la necesidad de conocer el porqué de la muerte pueden aparecer en este tiempo; la confusión y desorganización son también comunes en esta fase. Ocasionalmente, la respuesta puede ser una aceptación intelectual de la muerte, seguida de la iniciación y aparente apropiación de actividades tales como consuelo de otros o arreglos del funeral. En tales casos, la pérdida es reconocida, pero la respuesta emocional es negada.

### 2.2.2. Fase de confrontación

Durante esta fase el duelo es experimentado más intensamente; la persona reconoce que ha tenido una pérdida, aunque la negación y la incredulidad todavía pueden permanecer. Además, surgen una gran cantidad de nuevas reacciones de la confrontación del individuo con la pérdida y sus implicaciones; éste ha sido caracterizado como un tiempo de «rabia y tristeza».

Durante esta fase el doliente también puede experimentar una sensación de pánico o ansiedad generalizada, de una manera intermitente o crónica. Esto es frecuentemente experimentado por el doliente cuando despierta en la mañana y recuerda que debe tratar de hacerle frente a otro día sin la presencia de la persona amada; dicha circunstancia genera sentimientos de vulnerabilidad y angustia que exacerbaban los sentimientos de tensión y malestar. Todo el proceso intensifica la experiencia dolorosa.

Hay dos emociones comunes en el duelo que causan problemas por la actitud de la sociedad hacia ellas: la rabia y la culpa. La rabia siempre es esperada en algún grado después de una pérdida significativa, como una consecuencia natural de ser privado de algún deseo. Esto se refiere a la predisposición biológica para intentar encontrar y recuperar a la persona perdida y asegurar que en un futuro no va suceder otra separación. Como la sociedad no acepta este tipo de rabia, el doliente, y aquellos que tratan de consolarlos pueden tener dificultades para reconocer y hacerle frente con emociones naturales.

El odio hacia sí mismo puede también ser el resultado de la culpa, la pérdida de control o la frustración; cuando esto sucede, el doliente puede llegar a ser muy severo, puede ser herido fácilmente y tiene una exagerada sensibilidad para recibir desprecios reales o imaginarios. También puede sentir una intensa envidia por los que no han sido afectados por una pérdida.

Las reacciones de culpa en el duelo no están limitadas a quienes suelen sentir culpa normalmente, como las personas ansiosas. La culpa es un aspecto normal y esperable de la experiencia de duelo porque las relaciones humanas siempre contienen alguna medida de ambivalencia o mezcla de sentimientos positivos y negativos; la culpa puede ser un normal concomitante para la pérdida de otros. Este es un truco cruel de la naturaleza humana, pero en las fases tempranas de la experiencia de una pérdida la gente suele recordar las facetas negativas de sus relaciones con el muerto y no los aspectos positivos.

El doliente puede sentir culpa de que él todavía esté vivo mientras que la persona amada está muerta, lo que generalmente se conoce como «culpa del superviviente»; él puede tener expectativas inapropiadas de sí mismo y, consecuentemente, sentimientos de culpa, cuando no es capaz de cumplir esos estándares poco realistas. El doliente puede sentirse responsable del fracaso de proteger de la muerte a la persona amada (generalmente esto prevalece más en los padres cuyos hijos murieron).

Algunas de las reacciones asociadas con la culpa, y que frecuentemente aparecen en el doliente, son los autorreproches y la sensación de inutilidad, que puede ser también una forma de autocastigo;

otras respuestas típicas de este tiempo incluyen los sentimientos agudos de separación, privación, angustia, tristeza, anhelo y nostalgia.

La depresión y la desesperación son reacciones comunes en las pérdidas importantes. Numerosos síntomas de depresión son característicos de una situación de duelo: introversión, apatía, disminución de la energía, reducción del deseo sexual, regresión, dependencia, sentimientos de impotencia o abandono, ambivalencia, vergüenza, sentimientos de estar fuera de control, despersonalización, falta de concentración y problemas somáticos. Con frecuencia el doliente experimenta una pérdida de control porque sus sentimientos son confusos y faltos de decisión, no es asertivo; esta falta de claridad y certeza solamente eleva la ansiedad e irrealidad de la situación. En muchos casos, el doliente puede llegar a sentir rabia consigo mismo por no ser hábil para mirar las cosas con más claridad.

Acompañando a la depresión puede aparecer la falta de interés por sí mismo y de atención por los asuntos personales. El cuidado de uno mismo es permitido sólo si beneficia a otros; pueden manifestarse comportamientos autodestructivos e incluso, con frecuencia, ideas de suicidio, ya que significa el reencuentro con la persona amada fallecida y la huida del duelo. El suicidio, por lo general, se presenta en personas de alto riesgo, es decir, aquellos que lo hayan intentado anteriormente; personas que presenten trastornos psicológicos, en especial relaciones con problemas de control de impulsos; que tienen dificultades para expresar sentimientos; que se sienten desesperados; que son sobredependientes o que sienten que les faltan las fuentes necesarias para hacer frente a las situaciones; que carecen de apoyo social y son depresivos profundos o que han realizado planes concretos para suicidarse. La combinación de la depresión y la rabia origina varias reacciones: irritabilidad, ansiedad y tensión (esto es común en los dolientes que son muy inquietos y deambulan ansiosamente).

Una respuesta natural a la pérdida es la preocupación por el difunto, que se expresa en la rumiación obsesiva sobre el fallecido, sueños acerca de éste, pensamientos de que la persona amada ha sido vista o búsqueda de ella.

En un esfuerzo por intentar ganar control y entendimiento de este acontecimiento, el doliente se dedica a una revisión obsesiva de las circunstancias que rodearon la muerte. Además, en algunos casos, puede intentar reestructurar cognitivamente la situación para que parezca que tenía idea de que esto podría pasar.

Un tipo común de experiencia que causa gran preocupación en el doliente es el «ataque de duelo». Éste es un surgimiento agudo del duelo que ocurre cuando menos se espera, interrumpe las actividades y deja a la persona fuera de control; algunas veces estos sentimientos no son experimentados como un ataque, pero sí como ondas o punzadas que producen un dolor emocional y sensaciones físicas. Este ataque de duelo ha contribuido a accidentes automovilísticos, heridas laborales e innumerables contratiempos más.

La negación es posible en esta fase. Dorpat (1973) (citado en Rando, 1984) describe tres formas posibles: en primer lugar, hay una negación de la pérdida cuando el doliente rechaza la creencia de que la persona ha muerto y actúa según esa creencia; en segundo lugar, hay una negación del significado de la pérdida, en la cual el doliente puede minimizar la importancia de la relación rota y, en tercer lugar, hay una negación de la irreversibilidad de la pérdida, lo que resulta claramente perjudicial cuando excluye la aceptación de la realidad de la muerte. Se ha encontrado una cuarta forma de negación que consiste en negar los sentimientos del duelo, algunas veces en un intento por evitar el dolor de la pérdida.

### 2.2.3. Fase de restablecimiento

Esta fase constituye una declinación gradual del duelo y marca el inicio del encuentro emocional y social dentro del mundo. El doliente aprende a vivir con la pérdida; la energía emocional es reinvertida en nuevas personas, cosas e ideas.

La pérdida no es olvidada, pero es colocada en un lugar especial desde el cual va a ser recordada. El doliente es libre para buscar nuevos apegos sin sentirse psicológicamente atado a la antigua rela-

ción. Sin embargo, la culpa acompaña los primeros inicios del restablecimiento, junto con el esfuerzo del deudo para continuar la vida y amortiguar la pérdida. Eventualmente el doliente puede sentir que está traicionando al difunto si disfruta la vida sin él.

### 2.3. Manifestaciones sociales del duelo

La experiencia del duelo aparece socialmente como una pérdida e incluye los siguientes patrones normales de conducta (Lindemann, 1944) (citado en Rando, 1984):

- Inquietud e incapacidad para incorporarse a la vida nuevamente
- Una dolorosa falta de habilidad para iniciar y mantener patrones organizados de actividades
- Retiro del comportamiento social que no permite el establecimiento de nuevas relaciones y el alivio del estrés

### 2.4. Manifestaciones fisiológicas del duelo

Hay numerosas reacciones fisiológicas que acompañan las reacciones emocionales de la pérdida. Éstas han sido complementadas por Lindemann (1944) y Parkes (1972) (citados en Rando, 1984). La siguiente es una lista de algunos de los síntomas fisiológicos más comunes que ocurren en un duelo normal:

- Anorexia y otras perturbaciones gastrointestinales.
- Pérdida de peso.
- Incapacidad para dormir.
- Llanto.
- Tendencia a suspirar.
- Falta de fuerza.
- Cansancio físico.
- Sentimientos de vacío y pesadez.
- Sentimiento de «un nudo en la garganta».
- Palpitaciones cardíacas y otros signos de ansiedad.

- Nerviosismo y tensión.
- Pérdida del deseo sexual o hipersexualidad.
- Falta de energía y retardo motor.
- Inquietud y búsqueda de algo para hacer.
- Respiración entrecortada.

Es importante recordar que el duelo es concebido generalmente como una reacción psicológica, pero también se presentan reacciones somáticas. Frecuentemente, los síntomas somáticos son reacciones manifiestas que indican que el duelo todavía está sin resolver. Su presencia es una buena razón para remitir a terapia (Rando, 1984).

## 2.5. Etapas del duelo

Cada persona es una acumulación de material genético, factores culturales, antecedentes familiares, experiencias personales, etc.; por tanto, su forma de enfrentar los problemas es única.

La pérdida de alguien por muerte es una herida y, al igual que en el caso de una lesión, enfermedad o daño físico, se debe dar tiempo para sanar ese mal. El dolor psicológico que siente la persona es tan importante como cualquier herida física observable; el tiempo dará una distancia respecto de los sucesos de la muerte y la relación que se tenía con la persona muerta. La duración del proceso de duelo ayuda a recuperar la entereza, si se ha permitido experimentar y sentir lo que sea necesario para liberarse de la persona fallecida y proseguir con la vida. A continuación vamos a describir las etapas que, según O'Connor (1995), sigue el proceso de duelo.

### 2.5.1. *Etapas del duelo*

Las semanas que siguen inmediatamente a una muerte son un período de entumecimiento y confusión, nada es normal; prevalecen los sentimientos de choque, incredulidad, protesta y negación. La muerte es una separación obligada, una ruptura; el superviviente generalmente se siente cortado en carne viva, sus emociones están esparcidas por el viento. Si el fallecimiento fue repentino e inespera-

do la angustia es más aguda, siendo posible la presentación de conmoción física real cuando se recibe la noticia. Con la comunicación de la muerte, la persona se siente indefensa e impotente para controlar los acontecimientos de la vida y, al mismo tiempo, siente que le arrastra una rápida ola de actividad y que debe cumplir con las responsabilidades del caso. Las ocupaciones son de gran ayuda en el transcurso de los primeros días; éstas dan la oportunidad de empezar a comprender la realidad de la pérdida.

#### 2.5.1.1. Hábitos y patrones

Al aclararse un poco la confusión se empieza a estar más consciente de la necesidad de abandonar los patrones acostumbrados en la relación. Cuando estas situaciones rutinarias se interrumpen, se tienen que reprogramar las expectativas a nivel emocional, físico y psíquico. Cada día se presentan pequeños recordatorios de que se ha destruido la estructura de la vida, se siente una profunda tristeza, un terrible desamparo y una carencia.

Cuando se acepta la realidad de la pérdida se comprende la inutilidad de anticipar los antiguos sucesos rutinarios y, con el tiempo, se reconocen e, incluso, se aprecian los cambios. Poco a poco la soledad se convierte en agradables momentos a solas para dedicarlos a pensar o ser creativo, para empezar o terminar proyectos que han estado pendientes desde tiempo atrás.

Durante esta primera fase del duelo, la persona puede experimentar cambios en su vida cotidiana; es posible que se alteren sus hábitos alimenticios y de descanso nocturno. Frecuentemente, la persona duerme inquieta y puede tener sueños perturbadores, despertándose en mitad de la noche sin que pueda volver a conciliar el sueño; asimismo, tal vez despierte a las cinco de la mañana agotada y tensa. Algunas personas comen más al sentirse despojadas como una forma de nutrirse a sí mismas ante la falta del otro. Otras, por el contrario, comen menos, pierden el apetito completamente y dejan de cocinar; para la mayoría de los dolientes, los alimentos pierden su sabor. Estas perturbaciones sólo duran un breve plazo y desaparecen gradualmente.

### 2.5.1.2. La presencia del fallecido

Las lágrimas y los sentimientos de tristeza profunda aparecen en momentos inesperados; es posible que se esté presenciando una película o un programa de televisión, comprando alimentos, sentado en la iglesia, etc. Cualquier circunstancia en la que surge el recuerdo de la persona fallecida es un momento potencial para las lágrimas. Es muy importante que esos sentimientos de aflicción emerjan, ya que son purificantes y depuradores.

En las primeras semanas del duelo es común estar preocupado o incluso obsesionado con la persona muerta. En ocasiones las personas se sienten desleales cuando no la tienen constantemente en el pensamiento. Hablar con los familiares o amigos cercanos de la muerte, así como hablar con el fallecido, son formas de liberar la tensión producida por esta situación. Visitar la tumba, escribir cartas o llevar un diario, son medios para dar por zanjados los asuntos que quedaron pendientes en la relación; es irrelevante si el difunto escucha o no los mensajes, éstos son para el superviviente.

### 2.5.2. Etapa 2: *Inicio de la reconstrucción de la vida*

Incluso después de que han pasado unos cuantos meses, el dolor y la confusión siguen siendo agudos, pero van disminuyendo gradualmente; la recuperación comienza a darse de manera automática y sin una percepción consciente.

Durante esta etapa probablemente se tendrán problemas de depresión e impotencia para cambiar los sucesos de la vida. Junto con la tristeza pueden aparecer períodos de baja energía, continuando la tensión física y el nerviosismo. Algunos supervivientes tratan de enmascarar el desamparo y la aflicción con el uso creciente de alcohol, medicamentos, cigarrillos, café u otras sustancias. Los comportamientos que en el pasado fueron sociales y moderados, pueden llegar a convertirse en excesivos, temporal o permanentemente. El peligro con este tipo de ayuda para enfrentarse al dolor consiste en que, al bloquear el proceso de duelo con métodos artificiales, pueden crear dependencia.

La salud es otro factor importante; es posible que la persona esté débil físicamente y que sea más vulnerable y susceptible a enfermedades menores.

En el transcurso del primer año las perturbaciones emocionales requieren de gran cantidad de energía. El llanto espontáneo en lugares y momentos inesperados es sorprendente y, por tanto, a veces resulta mortificante. Cuando se observa una familia feliz o se presencia una escena romántica en la televisión o el cine, es frecuente que se despierte una fibra sentimental y se reaviven los sentimientos de pérdida y privación. Los sueños, ensueños y fantasías son una guía de progreso durante este primer año; soñar con la persona amada es parte de la elaboración del duelo y la despedida, por lo que un registro de los sueños puede ser muy útil y valioso.

La celebración de las fechas importantes es otro motivo para revivir los recuerdos. Sin embargo, esto también es útil para la elaboración del duelo y más si ese recuerdo es acompañado de la expresión de las emociones que genera (llanto, rabia, tristeza, etc.).

La búsqueda y el establecimiento de una identidad personal, nueva y separada, es importante en esta segunda etapa de la recuperación. Es un proceso lento, que puede ser doloroso y alentador a la vez. Algunas personas al enfrentarse a una pérdida importante se absorben en una ráfaga de movimiento, se refugian sinceramente en actividades externas, en el trabajo, en la búsqueda de un nuevo empleo o en el regreso a la escuela o universidad. En esta actitud puede existir un aspecto de urgencia, ya que ésta es otra forma de asumir el proceso de negación, un medio para evitar la tarea del duelo.

### 2.5.3. *Etapa 3: La búsqueda de nuevos objetos de amor o de amigos*

La vida ha vuelto a la normalidad. Algunos hábitos antiguos se han establecido firmemente y las nuevas costumbres se han vuelto cotidianas. Las tareas diarias fluyen, el dolor emocional es menos agudo.

Después del primer año los hábitos referidos al comer y al dormir deben haber recuperado la normalidad. Empieza a regresar la risa espontánea, la diversión, la felicidad y un cierto sentido del humor.

Generalmente, durante el segundo año, el consumo de cigarrillos, alcohol y medicamentos vuelve a los patrones anteriores a la pérdida. La salud, en términos generales, vuelve a ser la habitual o incluso puede llegar a mejorar. Cada vez se experimentan con menor frecuencia reacciones emocionales intensas; el enojo, los resentimientos, la culpabilidad, ansiedades y/o temores por la supervivencia, deben ser parte del pasado o estarse desvaneciendo rápidamente. El contenido de los sueños será más ligero y reflejará una disposición de ánimo para participar en la vida.

Aparte de ampliar el grupo social, la persona empieza a planificar actividades interesantes para el tiempo libre, ya sea sola, con personas recién conocidas o con los antiguos amigos; lo importante es que el superviviente participe en las que son de su agrado.

#### 2.5.4. *Etapas 4: Terminación de la readaptación*

Esta última etapa se caracteriza por el final del duelo. Los hábitos cotidianos de la vida se mezclan, se unen los patrones antiguos con los nuevos y se llevan a cabo como si hubieran existido antes de la pérdida. El espacio habitacional, los arreglos para el trabajo, el cuidado de la casa, de los hijos, las actividades en el tiempo libre, los amigos y la familia, se han establecido en un flujo cómodo. La vida es menos fragmentaria y agitada; habrá ocasiones de euforia y satisfacción, el futuro lucirá más claro, la persona se sentirá más fuerte y sabrá que puede sobrevivir a cualquier pérdida.

Con la finalización del proceso de duelo, la persona regresa al mundo de los que viven y los que aman, regresa con una nueva visión de la vida, con nuevas armas para afrontar situaciones difíciles y, lo más importante, regresa para «seguir siendo».

## 2.6. Sentimientos de dolor

Los sentimientos de dolor perduran por un lapso mayor del que permite la vida en sociedad en general; hasta los amigos más cercanos esperan, a veces, que se vuelva a la normalidad unas cuantas semanas después de un deceso, pero vivir con una pérdida no es tan fácil. El fallecimiento de alguien cercano

puede causar dolor emocional y confusión durante meses e incluso años.

La capacidad para orientar el dolor es importante tanto para el individuo que experimenta la pérdida, como para la sociedad de la cual forma parte. La conducción del duelo significa saber manejarlo, comprender los sentimientos, aprender a vivir con la pérdida y el cambio, ajustar los sucesos de una muerte o cambio y sus consecuencias en la vida. La tensión que se acumula en un duelo fallido o incompleto puede conducir a enfermedades físicas serias, a pérdida de horas en el trabajo, a la angustia mental e, incluso, a la muerte.

La elaboración del duelo es universal y está sujeta a influencias culturales, como los rituales de la muerte y la inhumación; las actitudes sociales dictan la forma en que se expresan las emociones.

## 2.7. Tareas básicas del duelo

Lindeman (1944) (citado en Rando, 1984), ofreció una conceptualización del duelo que todavía es válida y ha sido incorporada a las investigaciones contemporáneas. Él llamó *trabajo de duelo* a tres tareas que son aplicadas a todo tipo de pérdida: liberación de la esclavitud del fallecido, readaptación al ambiente en el que el difunto está ausente y formación de nuevas relaciones.

### 2.7.1. *Liberación de la esclavitud del fallecido*

Cuando una persona cuida a otra emocionalmente invierte parte de sí mismo en ella, incorpora su energía física y emocional en el amor por el otro. Esto se puede entender mejor si se imaginan dos manos apretadas y con los dedos entrelazados; cuando dos personas se quieren están entrelazadas emocionalmente, como las dos manos, representando los dedos entrelazados los lazos emocionales de una persona hacia otra. Cuando una de las personas muere, el superviviente tiene que retirar la energía emocional que estaba invertida en el fallecido. La tarea crucial en el duelo es desatar los lazos que ataban al

doliente con la persona muerta; sin embargo, esto no significa que el doliente se olvide del otro ni que deje de quererlo. Significa, más bien, que la energía que el doliente estaba invirtiendo en el fallecido es modificada y permite que gire en torno a otros para satisfacerse emocionalmente. En esta tarea, el temor de los supervivientes es olvidar o traicionar a la persona perdida si empiezan a soltar los lazos.

### 2.7.2. *Readaptación al ambiente en el cual la persona fallecida está ausente*

La tarea en este caso es que el doliente se acomode al mundo sin la presencia del fallecido. Tiene que adoptar nuevos roles y habilidades para compensar las funciones que realizaba la persona muerta; su propia identidad puede ser redefinida para reflejar la realidad de la pérdida y sus consecuencias.

### 2.7.3. *Formación de nuevas relaciones*

La energía emocional que se retira de la relación previa tiene que ser reinvertida en otra relación. El tiempo necesario para que el superviviente lo consiga depende de muchos factores; casi siempre el doliente puede ser hábil para tomar la energía que había sido usada en la relación anterior y dirigirla hacia el establecimiento y mantenimiento de relaciones gratificantes, pero no necesariamente para sustituir a la persona fallecida.

Las tres tareas del duelo que acabamos de comentar son bastante similares a los tres estados de un rito de paso: la separación de un estado antiguo, la transición dentro de un nuevo estado y la incorporación a un nuevo estado. El proceso del trabajo del duelo no es solamente un final en sí mismo, es también un importante rito de paso que el doliente puede experimentar y cruzar en orden para llegar a reintegrarse al mundo.

## 2.8. Estilos de autoprotección

Cualquier pérdida requiere la adaptación a una nueva modalidad de convicciones, valores, circuns-

tancias o conceptos de uno mismo. La elaboración del duelo permite que la persona se libere de antiguas formas de pensar y de ser y que dé cabida a las nuevas. De este modo, el superviviente se recupera después de la pérdida.

En el transcurso de la existencia muchos de los sucesos que crean problemas emocionales significativos son transiciones normales de un período a otro, pero, debido a los cambios que producen, afectan profundamente. Se llaman «crisis» porque requieren de un largo período de introspección y revaloración de la propia identidad, valores y convicciones. Cuando esta crisis es inesperada, como una muerte repentina, un accidente o un conflicto imprevisto, el trauma puede ser tan serio que provocará un período prolongado de inestabilidad y confusión; esta experiencia cambia a las personas, nunca serán las mismas que eran antes. La habilidad para reconocer y manejar los cambios y las pérdidas será un factor decisivo en la transición positiva hacia el futuro. Existen, por lo menos, cuatro respuestas posibles al cambio:

- a) *Conservación.* Éste es un intento por conservar y proteger el *status quo*, negar y suprimir la angustia del dolor tratando (al menos total o parcialmente) de permanecer en el presente o volver al pasado. Este último se idealiza como el estado de equilibrio perfecto y armonía. Es probable que la persona que utiliza la conservación como un medio de autoprotección busque culpar a los demás como una forma de comprender el suceso. No es factible que esta persona aproveche la oportunidad para alterar los patrones de comportamiento existentes, las convicciones o los valores.
- b) *Revolución.* Es una respuesta que, repentinamente, rechaza los valores y creencias anteriores; la seguridad del pasado parece artificiosa y falsa. La revuelta puede ser contra los familiares, ideas, lugares, objetos o la sociedad. Es otra forma de negar el dolor y la angustia del presente, pero es una reacción más activa que la conservación. Mientras la conservación refrena estrechamente la búsqueda de la seguridad y el orden, la revolución brota hacia el exterior, a veces colérica

y agresivamente, rechazando el pasado, negando el presente y maldiciendo el futuro. Es factible que la persona que reacciona a la crisis en una forma revolucionaria se dedique a un empleo o a una labor por una causa, con energía y celo ilimitados, reprimiendo los pensamientos y sensaciones que se relacionen con su proceso interno de duelo.

- c) *Escape*. Es una forma de evadir la angustia y el dolor presentes recurriendo a alternativas químicas o de conducta dependientes. Entre éstas se encuentran el consumo excesivo de alcohol, las drogas, el sueño, el alimento y otros patrones de adicción. El escape, como estilo de autoprotección, lo utiliza con frecuencia la persona que es pasivo-agresiva en sus interacciones diarias. Algunas de las características de estos individuos son: temor, inseguridad, manipulación, resentimiento, venganza, comunicación indirecta (mensajes dobles). Una persona que recurre a este estilo de autoprotección trata de obtener lo que quiere sin asumir la responsabilidad por su conducta.
- d) *Trascendencia*. Significa que la persona puede ir más allá de la pena y la pérdida para reorganizar su vida de una forma nueva y significativa. La posición trascendente requiere de un compromiso con un enfoque del mundo en el aquí y ahora. Significa vivir en el presente con apertura y honestidad al cambio. No se puede modificar el pasado y desconocer el futuro. El ser trascendente significa confiar en sí mismo para sobrevivir a cualquier situación, desde un desconcierto menor hasta una crisis importante.

### 3. DESARROLLO DEL CONCEPTO DE MUERTE Y DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

#### 3.1. La idea de muerte como parte del desarrollo intelectual general

El concepto de muerte en los niños depende, en gran medida, de los patrones de los procesos menta-

les y de las fuentes disponibles para ellos en una etapa particular del proceso de desarrollo. Generalmente, las primeras respuestas a preguntas sobre el nacimiento y la muerte están basadas en suposiciones de continuidad y periodicidad. El preescolar cree que la identidad «¿quién es él?» no tiene límite de tiempo, ya que todavía no comprende el concepto de límites finales o de no repetición del tiempo. Los niños entre los tres y cinco años niegan la muerte como un acontecimiento final; el estado de estar muerto es temporal. Algunos niños pueden argumentar que el muerto puede escuchar pero no hablar, mientras que otros niños creen que algunas personas muertas están furiosas, mientras que otras no.

Los adultos y adolescentes informan que probablemente la muerte es como una calle de un solo sentido. Esta idea es de difícil comprensión para los niños más jóvenes, los cuales, probablemente, continúan pensando en términos de muerte temporal. La misma gente que manifiesta que la muerte es permanente puede también contar historias de fantasmas o visiones de vida después de la muerte. Además, constantemente, los niños se ven expuestos a la dinámica de vida-muerte-vida, ya que en sus caricaturas preferidas, y en un solo episodio, la muerte puede ser bastante convincente; el héroe o villano puede ser ahogado, aplastado, desmembrado, etc., pero un instante después, sin explicación, el personaje retorna para su próxima escapada.

En esta primera fase del desarrollo del pensamiento, el niño parece considerar la muerte, sobre todo, como una separación o partida. Para ellos es bastante claro que la persona o animal fallecido no está con él y ese es, probablemente, el más importante hecho de la muerte para el niño pequeño. Una separación o prospecto de separación, en especial de los padres, es, quizá, el despertar del pensamiento de la muerte.

Aproximadamente de los cinco años en adelante, y de forma gradual, los niños se acomodan a que la muerte es el final, inevitable, universal y personal. Algunos a los seis y siete años sospechan que sus padres morirán algún día y que el mismo destino podría aguardarle a ellos; hablan menos acerca de la muerte y parece que le tienen menos respeto, lo cual es bastante típico para el completo reconoci-



miento de la muerte que puede ser demorada varios años después de las primeras premoniciones. Quizá los niños sean bastante vulnerables emocionalmente para aceptar las implicaciones de sus propios y recientes pensamientos acerca de la muerte. Nagy (1948) (citado en Grollman, 1969), encontró que entre las edades de cinco y nueve años hay una tendencia a interpretar la muerte en términos antropomórficos: la muerte es una persona. La muerte existe pero el niño todavía intenta guardar una distancia con ella. La muerte es una eventualidad, la muerte es una salida y no es general. El hombre muerto es considerado como una criatura de la noche, con base en la imagen de una persona que el niño actualmente ha visto (o un hombre en el circo, una ilustración, etc.) o la imagen de la muerte como el muerto. Una niña de siete años y once meses define la muerte como «una persona muerta que no tiene ni carne ni nada, sólo huesos» y su hermano da una definición parecida («la muerte es un esqueleto»).

A los 10 años o más, parece que hay una transición en el desarrollo mental y la seguridad emocional. Los niños expresan un entendimiento de la muerte como la final e inevitable salida de la vida. Alrededor de esta época, los niños también mejoran su habilidad para reconocer la diferencia entre objetos animados e inanimados. El concepto general de muerte es difícil de desarrollar hasta que los niños han tenido bastante experiencia con el mundo para aprender qué es vivir. Los niños pequeños suelen atribuir vida a las nubes que se mueven sobre sus cabezas y al automóvil que parece que contiene sus propios principios de activación y movimiento.

El adolescente está equipado con más herramientas intelectuales para entender la vida y la muerte de una manera lógica. Él ha completado su desarrollo básico de conceptos de tiempo, espacio, cantidad y causalidad. Para los adolescentes, la muerte es un principio general o un proceso dentro de muchos otros principios generales de procesos. El mundo es más comprensible y previsible; la muerte puede ser entendida como una «ley natural», no como un gran fantasma.

Los adolescentes tienen nuevas fuentes intelectuales del sujeto de la muerte. Previamente han estado dirigidos para creer ciertas proposiciones

acerca de la «vida después de la muerte»; ahora están inclinados a examinar esta proposición críticamente (Grollman, 1969).

El adolescente entiende con más facilidad la frase «yo muero, por tanto yo soy» que el niño, quien tiene un pensamiento abstracto y cuyas habilidades todavía son limitadas, y que el adulto, que ya se ha habituado a ciertos puntos de vista acerca del mundo. El adolescente tiene un vivo conocimiento de la dialéctica entre ser y no ser. Lo verdadero frecuentemente parece una burla de un posible. Este sentido elevado de futuro permite vislumbrar que uno puede ser pero también reconocer que uno podría no ser (Kastenbaum, 1986).

### 3.2. Desarrollo adolescente: esfuerzos primarios y pérdida

En su período de desarrollo los adolescentes ajustan los esfuerzos que van a ser cruciales en su futuro. Ellos intentan: *a)* organizar e integrar experiencias tempranas de separación, desde los objetos paternos; *b)* alcanzar la separación emocional y física (autonomía) de las figuras paternas; *c)* ganar maestría y control sobre las oleadas surgidas del desarrollo corporal y sexual, emociones fuertes y encontrar nuevas habilidades útiles, y *d)* alcanzar intimidad en las relaciones sexuales y sociales.

Durante la adolescencia, la pérdida de una relación profunda puede interferir en lo que parece ser una progresión natural de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. Los cambios normalmente esperados pueden ser apartados, evitados o pueden no tener lugar. Tal detención del desarrollo puede inhabilitar la energía y las habilidades necesarias para encontrar las demandas de las demás fases del desarrollo. Un desarrollo detenido puede también tener el efecto contrario, es decir, el incremento de la intensidad de los comportamientos específicos de una fase anterior en la fase siguiente.

Los estudios de los adolescentes en duelo dejan perplejos a los clínicos porque no clarifican si el adolescente trata con los conflictos normales inherentes a cada fase discreta del desarrollo o si él o ella trata con los conflictos inherentes al proceso de due-

lo. Actividad-pasividad, placer-dolor, amor-odio, dependencia-autonomía, son conflictos comunes tanto a la gente en duelo como al adolescente que desarrolla su ego. En efecto, el trabajo con adolescentes y el trabajo con duelo son similares, porque ambos envuelven adaptación a la pérdida del objeto querido. Los dos implican hacer frente al cambio en las realidades internas y externas y juntos pueden presentar la ambivalencia y los conflictos inherentes a las fases de separación y pérdida: protesta/búsqueda, desorganización y reorganización.

Otra similitud entre el trabajo de duelo y el desarrollo normal de la adolescencia es su naturaleza paradójica. Para establecer una conexión emocional con otros y el trabajo como un miembro importante en el esfuerzo colectivo, las personas jóvenes primero elaboran un sentido de ser emocional separado de sus iguales amados; ganan un sentido de su propia individualidad y competencia, perciben en el fin un sentimiento de autocoherencia que se puede unir con otros. El duelo también es un tiempo de paradojas; al mismo tiempo, el sentimiento de aislamiento y apego hacia el muerto disminuye. Los dolientes pueden entonces volver a implicarse en actividades anteriores y apegarse ellos mismos a otras personas, pero antes de sentirse separados del difunto y relacionados con otros, los dolientes, primero, se sumergen en los recuerdos del fallecido; esto facilita la culpa, ellos necesitan encontrar su propia ambivalencia y recordar su rabia y resentimiento hacia el muerto (Fleming y Adolph, 1986).

### 3.3. Adaptación a la pérdida

Los dolientes envuelven una progresión de cambios o fases en las cuales un grupo de experiencias psicológicas y sociales predominan sobre otras en períodos subsecuentes. Freud (1957) categorizó el comportamiento de duelo dentro de períodos de profundo abatimiento, pérdida de la capacidad de adoptar un nuevo objeto de amor, inhibición de la actividad y pérdida del interés en esas partes del mundo exterior que no están relacionadas con la persona muerta. Se presentan, además, sentimientos ambivalentes hacia el muerto y se experimentan

perturbaciones y desgastes en la autoestima. Lindemann (1944), Parkes (1972), Parkes y Weiss (1983) y Worden (1982), observaron molestias somáticas, culpa, reacciones hostiles (generalmente rabia), preocupación por la imagen del muerto y pérdida de sus acostumbrados patrones de comportamiento. Cambios en el estatus social y alteraciones de sus roles sociales anteriores pueden también acosar al doliente (Fleming y Adolph, 1986).

### 3.4. Muerte de los padres en la infancia y la adolescencia

Los factores clave que determinan la forma en que el fallecimiento de un padre afectará a un hijo adulto son: la naturaleza de la relación con ese padre, la edad del hijo cuando ocurre la muerte, la madurez emocional del hijo superviviente, el período de advertencia previa a la muerte (enfermedad terminal) y el tiempo que el padre y el hijo han dedicado a discutir los aspectos tanto prácticos como emocionales que comprende el deceso del padre.

La elaboración del duelo por el fallecimiento de un padre será más fácil cuanto mayor edad y madurez tenga el hijo, cuanto más largo haya sido el tiempo de advertencia y cuanto más franca haya sido la relación entre padre e hijo. Cuando un hijo joven pierde a su padre o el deceso ha sido repentino o la relación era tensa, el duelo puede permanecer sin resolverse durante años.

Cuando muere uno de los padres la edad del niño influye en la forma como manejará el dolor. Para un niño pequeño la muerte de un padre es un misterio. Con frecuencia, el niño tendrá sentimientos de culpa y pensará que él causó el fallecimiento con alguna acción mala o perversa, o lo puede invadir el temor a ser castigado o abandonado. Sin embargo, en cualquier edad, un hijo es vulnerable al fallecimiento de un padre. Si la relación padre-hijo nunca pudo progresar hacia una relación de adulto a adulto, independientemente de la edad del hijo, lo más probable es que con el deceso se reactiven todos los temores infantiles a ser abandonado.

La muerte de un padre es una pérdida particularmente dolorosa cuando un hijo se identifica de una

manera profunda con el padre que muere; suele suceder que el otro progenitor, el que permanece vivo, se convierte en el blanco de resentimiento, enojo y otros sentimientos violentos.

Cuando la identificación con un padre es mayor que con el otro, es natural que el fallecimiento de ese padre provoque un impacto mayor en el hijo. Si el proceso de duelo se maneja completamente, en términos prácticos y psicológicos, el hijo puede avanzar hacia nuevas áreas de desarrollo y madurez. Los padres son las primeras figuras de autoridad. Cuando muere alguno de ellos en una relación autoritaria, el hijo puede sentir el alivio de no seguir fingiendo pero, después del alivio, puede sentirse culpable (O'Connor, 1995).

La muerte de un padre amenaza el surgimiento de las características independientes de los adolescentes. La muerte de los padres que ocurre en la temprana adolescencia, con frecuencia causa una regresión a un estado menos maduro. Los jóvenes intentan buscar la ayuda de la infancia para tratar de buscar el consuelo necesario.

El impacto de la muerte de un padre puede tener diferentes efectos sobre el adolescente que dependen de su estado individual de desarrollo. Por ejemplo, en algunos casos, el adolescente no ha avanzado mucho en los procesos de separación, por lo que un breve retorno a la infancia llega a ser amenazante o reforzante si la red familiar no encara el apropiado desarrollo del adolescente (Gordon, 1986) (citado en Corr y McNeil, 1986).

#### 4. DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA SEGÚN EL DSM-IV-TR

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), la categoría diagnóstica «duelo» (V62.82) puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (por ejemplo, sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona en duelo valora el estado de ánimo depresivo como «normal»,

aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados con el insomnio y la anorexia. La duración y expresión de un duelo «normal» varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo «normal» puede ser útil para diferenciar el duelo de un episodio depresivo mayor. Entre aquéllos se incluyen (APA, 2000):

1. La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
4. Enlentecimiento psicomotor acusado.
5. Deterioro funcional acusado y prolongado.
6. Experiencias alucinatorias distintas de las de pensar que escucha la voz, o ve la imagen fugaz, de la persona fallecida.

Según el *Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent* (1996), existe otra categoría para designar el proceso de duelo en esta población: «Muerte de uno de los padres o algún otro miembro de la familia». La definición de este problema implica expresiones significativas de inconformidad emocional, de acuerdo a la edad y en un período de duelo posterior a la muerte de uno de los padres, de un pariente cercano o de una persona significativa en la crianza. Los síntomas comportamentales en el niño o el adolescente como consecuencia de este acontecimiento significativo pueden reflejar una adaptación normal, problemas somáticos de ajuste o el comienzo de una reacción patológica de tensión.

Entre los principales factores de riesgo se han enumerado los siguientes: muerte de uno de los

padres antes de los 4 años de edad, trastorno mental del padre superviviente, problemas comportamentales previos y adaptación familiar inadecuada. Por su parte, entre los factores de protección reconocidos, cabe destacar: mayor edad que le permita hacer uso de su capacidad cognitiva para entender la pérdida y la experiencia del duelo, y un sistema familiar de apoyo que le permita expresar sus necesidades emocionales, su duelo y volver a su rutina diaria, además de la participación en rituales de «despedida» apropiados para su grupo de edad.

## 5. MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DEL PROCESO DE DUELO

Al buscar un significado del duelo, se han establecido varios modelos desde el punto de vista teórico. Muchas de estas explicaciones son parciales y algunos enfoques han tratado de interpretar las reacciones del duelo, mientras que otros intentan colocarlo dentro de una estructura teórica particular.

Inicialmente, las investigaciones intentaron caracterizar el duelo utilizando términos que lo definieran como una enfermedad. Por ejemplo, Lindemann (1944) (citado en Littlewood, 1995), al describir las reacciones observadas en sus personas en duelo, mencionó los «síntomas» y el «manejo» del dolor. Para él, el dolor era mejor interpretado como un síndrome cuyo manejo resultaba problemático, dependiendo de la naturaleza de la pérdida y de las experiencias pasadas de la persona en duelo.

Aunque actualmente pocas personas consideran el duelo como una enfermedad, algunos pacientes describen sus experiencias dolorosas utilizando términos como «estoy destrozado» o «me duele en el alma». Aún más, cuando una persona en duelo busca ayuda profesional, en algunos casos acuden en primera instancia a un médico. Aunque el duelo no es una enfermedad física, sí se puede asociar con el comienzo de una o varias enfermedades. Desde nuestro punto de vista, es inevitable asociarlo con procesos de depresión o ansiedad.

A pesar de que el duelo tiene un carácter universal, pues se presenta en todas las culturas, es muy

importante tener en cuenta que estos patrones diferenciales incidirán en el manejo de la situación, ya que las consecuencias de la pérdida dependerán de las atribuciones que el sujeto haga y del grupo de apoyo que el contexto le brinde.

### 5.1. Modelos biológicos

En la literatura sobre el tema y en nuestra propia experiencia, hemos encontrado que el duelo puede afectar a los sistemas endocrino, autónomo e inmunológico. Engel (1962) plantea el duelo como un estímulo estresante biológico que activa dos sistemas opuestos de respuesta. El primero es adaptativo y forma parte de la respuesta de ansiedad ante un peligro. La activación de éste es responsable de las respuestas de ira y agitación que se presentan ante la muerte de un ser querido. El segundo de estos sistemas de respuesta es el de conservación-evitación, que puede ser la explicación biológica de la respuesta depresiva y sería responsable, a su vez, de los sentimientos de tristeza, apatía y aislamiento. La existencia de estos dos sistemas podría aclarar algunos elementos contradictorios asociados con el manejo del duelo. A este respecto, resultan de cierto interés las observaciones realizadas por Darwin, referentes a que las expresiones faciales típicas del dolor en el adulto son indicativas de dos tendencias contradictorias: una es la tendencia a llorar y otra es la tendencia a controlar el llanto.

### 5.2. Modelos psicodinámicos

Las teorías freudianas están orientadas a los procesos intrapsíquicos asociados con el duelo y especialmente con la «melancolía», más que con la experiencia del proceso. Sin embargo, su descripción de la forma lenta y dolorosa en que la pérdida de la persona amada es percibida merece especial atención. En términos de complicaciones, esta perspectiva hace énfasis en el grado de ambivalencia de la relación perdida. En términos muy generales, se esperaría que a mayor ambivalencia mayor dificultad en el manejo de la situación.

Klein (1948) (citada en Littlewood, 1995) hace una contribución teórica muy importante para el estudio de la depresión; esta autora sugiere que en un proceso de duelo, las ansiedades paranoides se reactivan y la pérdida puede ser considerada como un castigo. La persona perdería temporalmente su habilidad para mantener lo que ella llama «posición depresiva» y buscaría respuestas radicales y extremas que podrían asociarse a un estado transitorio maníaco-depresivo que se superaría al resolver las experiencias ambivalentes en relación al ser querido.

Pincus (1976) considera que la mayoría de las sociedades incitan a la idealización de la persona muerta, lo que inevitablemente termina en la negación de los sentimientos y recuerdos reales de esa relación y genera cambios conscientes e inconscientes.

### 5.3. Teoría del apego

Este tema ha sido trabajado por Bowlby (1980) desde una perspectiva evolucionista. Cuando la persona experimenta la pérdida, la ansiedad provoca una respuesta instintiva. En la primera fase, las manifestaciones de ira y dolor se presentan cuando los individuos intentan recuperar el objeto perdido. En la segunda fase, estos intentos disminuyen porque no han logrado conseguir resultados, entrándose en una fase de desesperanza. La depresión que acompaña esta fase representa una fuerza adaptativa, en el sentido de que resulta de darse cuenta de que su forma previa de comportarse y comunicarse es ahora inapropiada. La tercera fase representa la reorganización del comportamiento en relación al objeto perdido y a su relación con nuevos objetos.

Desde este punto de vista, la ansiedad que se experimenta con la separación dispara el deseo de búsqueda de esa persona perdida. Parkes (1960) señala que este deseo intenso de búsqueda es una respuesta instintiva que hace que la persona crea que vio, oyó o sintió al ser querido, y que se intensifica cuando no existe la certeza de la muerte (por ejemplo, en el caso de no haber encontrado el cadáver).

### 5.4. La teoría de los constructos personales y modelos cognitivos

La teoría de Kelly (1955) plantea que la personalidad puede considerarse como un sistema de constructos interrelacionados que permiten al individuo establecer relaciones con el mundo externo. Por tanto, las personas desarrollan una percepción propia del mundo (qué es y cómo funciona), crean expectativas de lo que les pasa en ciertas situaciones y experimentan y aprenden de la experiencia durante toda su vida. Cuando se presenta una pérdida relevante, hay cambios significativos en los constructos personales.

Horowitz et al. (1980) identifican cuatro formas de estados depresivos que pueden presentarse durante el duelo:

- a) Conservación de energía, aislamiento y adormecimiento.
- b) Sentimientos de tristeza, soledad y abandono.
- c) Sentimientos de hostilidad y furia hacia sí mismo y hacia los demás.
- d) Sentirse inadecuado, defectuoso y sin esperanza.

Las imágenes negativas de uno mismo se reactivan y pueden complicar el proceso de duelo. La red de apoyo social con que cuenta esta persona puede ayudarlo a salir de la crisis.

Ya hemos considerado los aspectos cognitivos que son tan importantes para el manejo de este proceso, pero debemos resaltar la necesidad que tienen las personas de entender lo más claramente posible por qué y cómo ocurrió la muerte. Kalish (1985) muestra cómo esta necesidad puede ampliarse a otros miembros de la familia o a la comunidad. Es así como la familia y los amigos del difunto pueden reunirse y obsesivamente revisar la información existente en relación al día o a las horas previas a la muerte.

## 6. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN EL PROCESO DE DUELO

Las diversas investigaciones realizadas sobre el proceso de duelo, así como las experiencias tera-

péuticos tendentes a minimizar los efectos negativos de una pérdida afectiva, permiten concluir que es imposible delimitar categóricamente la diferencia entre un duelo sano y un duelo patológico. Tanto el *shock* inicial como las perturbaciones emocionales subsiguientes se presentan en ambos casos; lo único que permite establecer una diferencia es la intensidad y duración de los síntomas.

Existen, sin embargo, factores diversos que deben ser tenidos en cuenta tanto para la conceptualización de este problema como para el diagnóstico y las características de la intervención. Sin duda alguna, el aspecto que más decisivamente determina que la configuración de estos síntomas adquiera un carácter patológico es la personalidad de quien sufre la pérdida. No obstante, es necesario considerar una serie de elementos adicionales con el fin de lograr una mejor comprensión de este fenómeno.

### 6.1. Factores de personalidad

Las personas en las que el duelo se convierte en una entidad patológica generalmente se caracterizan por poseer rasgos de personalidad particulares, identificables antes de la ocurrencia de la pérdida. Freud (1924) (citado en Cahnspeyer, 1988) alude a la tendencia, presente desde la niñez, a establecer relaciones cargadas de ansiedad y ambivalencia con aquellos a quienes se ama, mientras que Abraham (1924), por su parte, afirma que en alguien predisuesto a la melancolía, una desilusión amorosa puede desencadenar sentimientos de odio que sobrepasen y anulen los sentimientos de amor.

Desde otra perspectiva, Bowlby (1984) clasifica las relaciones afectivas de la personalidad propensa al duelo en tres categorías: la primera incluye personas con un alto grado de apego ansioso, cargado de una ambivalencia manifiesta o encubierta; en la segunda se advierte una predisposición compulsiva a prodigar cuidados a los demás y, por último, aquellos individuos que pretenden elevados niveles de autosuficiencia emocional e independencia de todo lazo afectivo, proporcionales a su fragilidad en este campo.

Los factores adicionales que contribuyen a la determinación del tipo, intensidad y duración del duelo pueden resumirse en los siguientes:

a) *Factores relacionales.* Son todos aquellos que determinan, de una u otra manera, el tipo de relación existente entre el individuo y la persona que ya no está. Por lo general, en los duelos de difícil elaboración es frecuente identificar relaciones de una gran ambivalencia en las que prevalecen sentimientos de rabia y de culpa. Asimismo, en las relaciones que se caracterizan por un alto nivel de narcisismo, la muerte del ser querido es vivida como la separación de una parte de sí mismo, razón por la cual la pérdida tiende a ser negada.

Por otra parte, los vínculos en los cuales se percibe una fuerte relación de dependencia suelen predisponer al sujeto a una reacción patológica ante el duelo; la persona se ve invadida por sentimientos de impotencia y resulta incapaz de contraponer los aspectos positivos de su autoconcepto y autoimagen a la percepción negativa que en ese momento tiene de sí mismo.

b) *Factores circunstanciales.* Las causas y circunstancias de una pérdida varían significativamente de un caso a otro. En algunas ocasiones, facilitan un duelo sano, en tanto que en otras lo hacen mucho más difícil.

En primer lugar, la pérdida puede obedecer a una muerte o al abandono; indistintamente, ambos casos incluyen la posibilidad de que se presenten dificultades para reanudar las actividades cotidianas. Una pérdida, por otra parte, puede ser repentina o, por el contrario, prevista en alguna medida. En el caso específico de una enfermedad prolongada, es necesario tener en cuenta ciertas variables que de alguna manera van a incidir en el desarrollo posterior del duelo. Madisson (1968) concluye que un prolongado período de agonía puede maximizar la ambivalencia preexistente y suscitar pronunciados sentimientos de culpa e insuficiencia. Además,

resulta particularmente doloroso el hecho de que una muerte esté precedida por una discusión o confrontación reciente en la que existieran intercambios ofensivos e hirientes. En otros casos, el deudo superviviente puede haber contribuido de manera significativa a causar la muerte o puede haber fracasado en su intento de evitarla, situaciones en las cuales se exacerba en gran medida la rabia contra la persona muerta o contra sí mismo.

c) *Antecedentes personales y contexto social.*

Es probable que personas que hayan tenido reacciones desfavorables ante el duelo en el pasado suelen reproducir estas dificultades frente a una situación análoga. Simos (1979) afirma que «las pérdidas o separaciones previas tienen un impacto en las pérdidas actuales y generan ansiedad ante la posibilidad de pérdidas y separaciones futuras, obstaculizando la formación de nuevos vínculos».

Por otra parte, considerando la dimensión social del duelo, éste se encuentra, en cierta medida, influenciado por aspectos concretos peculiares al círculo social en el que se desenvuelven las personas. Factores tales como las condiciones de vida (soledad, responsabilidad de hijos pequeños o adolescentes, aspectos económicos, creencias, prácticas culturales, etc.), propician o dificultan la elaboración de un duelo sano. Asimismo, las condiciones sociales específicas que rodean al individuo pueden afectar el curso que tome el duelo. A este respecto, cabe señalar tres limitaciones que, de acuerdo con diferentes autores, repercuten en este proceso. En primer lugar, están las situaciones en las que el hablar sobre la pérdida está socialmente inhibido. En segundo lugar, se considera el caso en que la pérdida es socialmente negada, es decir, cuando la persona y quienes la rodean actúan como si la pérdida no hubiera sucedido y, en tercer lugar, se encuentra la ausencia de un apoyo social adecuado que facilite el desarrollo de un proceso de duelo normal.

## 6.2. Naturaleza de los procesos de duelo patológico

El duelo patológico es una intensificación del dolor que invade a la persona, bloqueando sus mecanismos para la elaboración del duelo y cuyo resultado, generalmente, se manifiesta en conductas no adaptativas. En todo duelo es posible identificar sentimientos de ansiedad, culpa, temor, depresión, rabia, impotencia, desesperanza, anhelo por el objeto perdido, etc. No obstante, la intensidad y persistencia de la sintomatología que se evidencia en ciertos pacientes permite determinar la existencia de un duelo no resuelto. Desde el punto de vista estrictamente psicológico, se percibe la incapacidad de la persona afligida para entablar y mantener relaciones de amor y, en muchas ocasiones, para organizar y realizar satisfactoriamente actividades cotidianas.

En las variantes de duelo crónico, por ejemplo, la depresión constituye el síntoma principal, combinado o alternado con ansiedad, agorafobia, hipocondría y alcoholismo. Los pacientes, en este caso, se encuentran en un estado de desesperanza crónica y solicitan ayuda sólo muchos meses o años después de haber sufrido la pérdida. Se encuentran, además, las reacciones exageradas ante el duelo; éstas se caracterizan por niveles de ansiedad muy elevados con síntomas de desesperación irracional que pueden degenerar en el desarrollo de una fobia, generalmente a la enfermedad o a la muerte. La reacción contraria, es decir, la ausencia de manifestaciones de dolor, denominada frecuentemente «duelo enmascarado» o, inclusive en ciertos aspectos, la respuesta eufórica ante una pérdida, se exterioriza generalmente a través de síntomas psicossomáticos, estrechamente relacionados con los padecidos por el ser que falta. En otras ocasiones aparecen síntomas psiquiátricos que se manifiestan a través de conductas anómalas tales como disfunción sexual, actos delictivos o drogadicción.

## 6.3. Intervención terapéutica

El objetivo de la terapia de duelo es ayudar al paciente a resolver los conflictos inherentes a la separación y facilitarle la superación de las etapas

necesarias para elaborar la pérdida. Normalmente ese proceso se lleva a cabo dentro de un lapso de tiempo más o menos breve y se puede resumir en las siguientes tareas:

1. Aceptar la realidad de la pérdida, hecho que implica abandonar los mecanismos de negación atinentes a toda situación intensamente dolorosa. Éstos pueden ser dirigidos a desconocer los hechos, su irreversibilidad o a ignorar la importancia del impacto afectivo que produce la pérdida.
2. Experimentar el dolor de la aflicción tanto cuando se presenta a nivel físico como emocional, en contraposición con la tendencia a evitar o suprimir este tipo de sentimientos y sensaciones.
3. Adaptarse a un medio socialmente modificado por la ausencia del ser querido y a nuevos objetivos o nuevos roles, como consecuencia de los cambios de situaciones que conlleva la pérdida.
4. Distanciarse de la relación emocional con el ausente para poder emplear esta energía en otras relaciones afectivas. La imposibilidad de superar esta etapa puede tener como consecuencia la formación de una dependencia patológica respecto de la relación anterior, muchas veces exageradamente idealizada, que obstaculiza la creación de nuevos vínculos e incluso afecta negativamente a los ya establecidos.

En los duelos no resueltos estas etapas no han sido adecuadamente superadas y el papel del terapeuta es proporcionar al paciente la orientación y el apoyo necesarios para que lo logre; en otras palabras, el terapeuta permite a las personas enfrentar y experimentar realmente su dolor para que, de esta manera, puedan elaborar su pérdida. Es evidente que la intensidad de los conflictos subyacentes es proporcional a la resistencia a acercarse a pensamientos y sentimientos reprimidos y, como en toda intervención psicoterapéutica, estas resistencias deben ser constantemente interpretadas y señaladas como parte del proceso.

Se asume que la duración de la terapia de duelo es limitada (aproximadamente 10 sesiones) en el tiempo adecuado para que los pacientes logren analizar la pérdida y la relación de ésta con su patología actual. Sin embargo, es muy probable que durante el proceso terapéutico surja otro tipo de patología que evidencie la necesidad de la prolongación del tratamiento para dirigirlo a la otra problemática.

#### **6.4. Procedimiento de la terapia de duelo**

En general, los principales aspectos relativos al procedimiento de la terapia de duelo pueden resumirse en los siguientes apartados:

1. Antes de intervenir a nivel psicológico, el terapeuta debe descartar cualquier patología a nivel físico; es importante tener en cuenta que, en ocasiones, patologías análogas obedecen a diferentes causas.
2. Es necesario establecer un encuadre, es decir, un acuerdo terapéutico que determine las condiciones bajo las cuales se llevará a cabo el proceso. En este momento, el paciente se compromete a explorar su relación con el ausente así como a analizar pérdidas anteriores que puedan estar incidiendo en su situación actual.
3. Se induce al paciente a hablar sobre la persona fallecida. Es importante que al inicio se puedan expresar recuerdos agradables; esto permitirá generar sentimientos negativos tales como dolor, rabia, culpa y desilusión, concomitantes al proceso de duelo. En el caso contrario, el proceso se invierte de manera que la persona pueda reconocer finalmente los aspectos positivos de su relación. En ambos casos, se trabaja prioritariamente con la carga emocional que acompaña a los recuerdos o con la falta de afecto cuando se presenta dicha situación.
4. Así como los niños recurren a objetos transicionales durante la etapa de separación de la figura materna, en muchas ocasiones los



deudos se adhieren a diferentes objetos que, de alguna manera, simbolizan los lazos con la persona ausente. Estos objetos vinculantes son utilizados para manejar la ansiedad generada por la separación y constituyen, en cierta forma, un paliativo del dolor causado por la pérdida. Cuando durante el proceso terapéutico es posible detectar la existencia de estos objetos, se evidencia la necesidad que tiene el paciente de mantener externamente una relación con el difunto, síntoma que en la mayoría de los casos es indicio de un duelo no resuelto.

5. Explorar las fantasías sobre la finalización del proceso de duelo, es decir, analizar las implicaciones que tiene para el sujeto abandonar su dolor, es, por lo general, el último de los objetivos de esta modalidad terapéutica y constituye una de las formas de preparar al paciente para desprenderse definitivamente del ser querido (Worden, 1983).

Vachon (1991) ha sugerido algunos procedimientos y técnicas específicas para la terapia de duelo:

- a) Contar la historia una y otra vez, buscando quién era el difunto en la vida de la persona y la conexión con pérdidas previas (problemas de culpa, rabia, abandono, dependencia).
- b) Averiguar la historia de pérdidas (recientes y previas).
- c) Analizar los sueños.
- d) Llevar un diario.
- e) Contar con los álbumes de fotos para ayudar a la persona a recordar al ausente tal como era.
- f) Escribirle cartas al difunto en las cuales se pueda expresar lo que se nunca se dijo.
- g) «Hablarle al difunto», lo que permite la expresión de sentimientos y la aceptación de la pérdida.
- h) Realizar ejercicios de visualización en los cuales la persona pueda hablarle o expresarle al difunto lo que no pudo cuando estaba vivo.

- i) Mirar y revisar las otras relaciones vitales para formar una red de apoyo social sólida.

Existen dos alternativas adicionales a la terapia de duelo: el asesoramiento de duelo y la intervención en el duelo anticipatorio. En el primer caso, la intervención se limita a facilitar el proceso de duelo, cuando éste no se asume como patológico, y la función del terapeuta es, básicamente, ayudar a que el paciente logre superar, dentro de un límite de tiempo razonable, las cuatro etapas del duelo.

En el duelo anticipatorio, es decir, cuando el duelo es anterior a la pérdida real, los objetivos de la intervención están dirigidos a ayudar al paciente a elaborar su proceso antes de que la persona fallezca. En estos casos, generalmente hay una mayor conciencia y aceptación de que la persona va morir; sin embargo, en ocasiones, la esperanza desplaza la realidad y los familiares suelen negar la contundencia de los hechos, lo que sería una primera área de trabajo para el terapeuta.

Por otra parte, la ansiedad generada por la futura separación aumenta significativamente y las personas suelen tomar conciencia de su propia muerte, razón por la cual se exacerban los sentimientos de angustia y de desasosiego. En este caso, el terapeuta ayuda al paciente en la identificación y expresión de los sentimientos que lo invaden, los cuales son, generalmente, sensaciones de rabia, culpa, ansiedad e impotencia.

Cuando la duración del duelo anticipatorio es demasiado larga, algunos individuos pueden tender a retirarse afectivamente demasiado pronto; este hecho, naturalmente, deteriora la relación y genera en el paciente sentimientos de culpa. En otras ocasiones se observa el fenómeno contrario: el enfermo comienza a ser sobreprotegido por algunos miembros de la familia, caso en el que el terapeuta intenta señalar la ambivalencia prevalente en la relación y, de esta manera, disminuir los sentimientos de culpa y ansiedad. Este tipo de intervención permite el bienestar del paciente durante la etapa terminal de la persona cercana y permite que el duelo posterior sea menos intenso y duradero (Aldrich, 1963) (citado en Cahnspeyer, 1988).

### 6.5. Ayuda para los adolescentes en duelo

Los adolescentes frecuentemente exhiben grandes resistencias a las intervenciones profesionales (individuales, grupales, terapias familiares o grupos de autoayuda). En años recientes ha habido un crecimiento tendente a la autoayuda o, quizá con más precisión, a los grupos de ayuda mutua a los cuales asisten los dolientes (Klass, 1985). Los grupos han sido establecidos por aquellos que sufrieron la pérdida de la esposa y quienes soportaron la pérdida de un niño. Como una modalidad de tratamiento, o junto con la psicoterapia, se establecieron los grupos de ayuda mutua para aquellos que han sufrido una pérdida que necesita ser desarrollada.

Los grupos de autoayuda para los adolescentes en duelo son una importante opción terapéutica, aunque su eficacia aún no ha sido demostrada, ya que no se puede considerar al adolescente en un vacío psicosocial. Incluso ellos reconocen que los adolescentes frecuentemente hablan con sus padres acerca de los asuntos personales. Connell, Strtoobant, Sinclair, Connell y Rogers (1975) encontraron que, de forma significativa, más muchachos adolescentes usaron a miembros de la familia como confidentes, en especial a sus madres; resultados similares han sido encontrados en niñas adolescentes con una clara preferencia por sus madres. Cuando una familia está traumatizada por la muerte de uno de sus miembros, como resultado de su colectivo e individual dolor, los supervivientes se enfrentan frecuentemente con una sensación tanto de aislamiento y soledad como de incomunicación con otros miembros de la familia. Esto no es sorpresivo; Balk (1981) encontró que en la adaptación ante la muerte del hermano, la coherencia de la familia incide en que se presenten menos complicaciones en el duelo que en las familias que no permiten la comunicación. La familia, entonces, puede ser considerada en un amplio programa de intervención, no sólo durante el período inmediatamente siguiente a la pérdida, sino durante un considerable tiempo después.

Con respecto a la muerte de un hijo, hay datos recientes que sugieren que las familias desadaptadas los síntomas persisten más allá del segundo año de duelo. Trowhill y Fleming (1980) adminis-

traron una escala de adaptación de los padres en duelo, uno y dos años después de la muerte. La escala de adaptación es una medida de autoinforme diseñada para indicar el nivel de realización del papel de un individuo y ajuste en cinco áreas importantes de funcionamiento (trabajo, actividades sociales y tiempo libre, familia más amplia, matrimonio y padres). Hasta, e incluyendo, dos años después de la muerte de los niños, los padres en duelo informaron de mayores desajustes en todas las áreas de funcionamiento que un grupo control de padres que no estaban en duelo. Las puntuaciones en la subescala marital reflejan una falta de afecto, desinterés en el sexo (incremento en los sentimientos de insatisfacción o culpa cuando este ocurre), comportamientos dominantes, dependencia y sumisión.

### 6.6. Educación acerca del duelo

Además de la ayuda directa para los adolescentes y sus familias, los programas educativos apuntan a disminuir el riesgo de morbilidad posterior al duelo. Balk (1981) y Raphael (1983) han resaltado la importancia de educar a los profesionales, especialmente a quienes tienen contacto con el doliente, tales como consejeros, médicos, personal de enfermería y directores de las funerarias y miembros de las comunidades laicas. A través de los medios de comunicación y de las revistas profesionales, se podría tratar la naturaleza del duelo y los métodos adaptativos, incluyéndose algunos de estos temas: la necesidad de abrir la expresión del duelo y la franca discusión sobre el fallecido, es decir, conceder «permiso al doliente»; la necesidad de reconocer y aceptar el apoyo durante este período vulnerable; la importancia de unas buenas habilidades de comunicación; la identificación de comportamientos útiles y el reconocimiento de los adolescentes en riesgo.

Es muy importante considerar aspectos tales como la vulnerabilidad y la sensación de no ser entendido, las olas de rabia, culpa y llanto incontrolable que dejan al doliente exhausto y con sentimientos de incapacidad y desesperación, el miedo a la depresión y a volverse loco con los recuerdos

visuales y auditivos del muerto, la alarma de acompañamiento, las extrañas sensaciones físicas (náuseas, dolor en el pecho, sudor), la autocrítica y sentimientos de inadecuación y la ansiedad generalizada. Todos estos aspectos pueden ser considerablemente reducidos a través de la intervención a nivel cognitivo para corregir conceptos erróneos e irracionales.

Dos concepciones erróneas tienen el potencial de crear serias complicaciones: primero, los «debería» del duelo y, segundo, las relaciones entre la intensidad del duelo y el tiempo. Los «debería» se refieren a las predicciones contenidas en los pensamientos, sentimientos y comportamientos aprobados socialmente: «el hacer y el no hacer del duelo» (por ejemplo, «yo no debería hablar de la enfermedad o de la muerte» o «yo no debería estar furioso con Dios»). Los «debería» son particularmente desadaptativos porque fomentan una sensación de culpa y autoinadecuación en el doliente y le hacen experimentar la sensación de que su vivencia de pérdida es de alguna manera atípica o inaceptable. Las personas en duelo frecuentemente experimentan presiones externas o internas para abandonar los sentimientos genuinos del duelo en favor de las expectativas de la sociedad que son aceptadas.

El tiempo desde la muerte juega un papel prominente en la declinación de pensamientos, sentimientos y comportamientos apropiados. Kastenbaum (1981) ha comentado que las personas son impacientes con el doliente y, aparentemente, están perplejos por la irracionalidad del duelo; las personas obligan a los dolientes «a retornar a lo normal» con rapidez, al menos superficialmente. Las expectativas de la sociedad sobre el tiempo necesario para terminar el trabajo del duelo (usualmente 12 meses o menos) resalta en contraste con la evidencia de la investigación. Como Fleming y Adolph (1986) han indicado tras analizar la literatura sobre el tema, las repercusiones fisiológicas y psicológicas de la pérdida son profundas y frecuentemente se extienden más allá del primer año de duelo. Balk (1981) manifiesta que una tercera parte de la mitad de una muestra de hermanos(as) adolescentes en duelo informaron de síntomas tales como culpa, depresión, confusión, soledad y rabia; la media de la intervención posterior a la muerte fue de 23,6 meses. Bajo esta luz se puede

mirar por qué los grupos de ayuda mutua son invaluablees, ya que ellos ofrecen soporte y no solamente autoexploración y catarsis.

La intervención, entonces, necesita ser dirigida hacia la creación de expectativas más realistas y menos destructivas. El doliente necesita apoyo y estímulo en su lucha para reconocer y cortar la influencia destructiva de los «debería».

Con relación al tiempo, las presiones sociales para restringir las expresiones del duelo proceden de la suposición de que «el tiempo cura»; esto, simplemente, no es verdad. En el trabajo con los dolientes es importante recalcar que «éste no es el tiempo que se ha usado, pero ahora se usa el tiempo que se tiene». Los factores asociados con la demora o las reacciones del duelo crónico incluyen una alta dependencia en las relaciones con el muerto, gran ambivalencia hacia el muerto, tendencia del superviviente a evitar presiones o conflictos múltiples e incontrolables, estímulos estresantes de la vida corriente y falta de apoyo social.

Otras expectativas que envuelve el tiempo están reflejadas en la frecuente expresión: «¿cuándo terminará esto?». La realidad es «nunca se terminará completamente», en la muerte de una persona amada, «usted aprende a vivir con esto».

Ciertamente, la fase aguda del duelo empieza a atenuarse y el dolor llega menos intenso y más intermitente, con el incremento de largos períodos de tranquilidad. Casi siempre, incidentes como escuchar la canción favorita o pensar que se ha visto a la persona fallecida en público, pueden precipitar una respuesta de duelo de intensa sorpresa.

No existe mucha literatura referida a adolescentes que han sufrido la muerte de un padre o hermano. En realidad, la «adolescencia» es un concepto confuso en la literatura clínica y hay pocos intentos por analizar la adolescencia como una época de desarrollos discretos. Los problemas metodológicos son evidentes en los estudios de los adolescentes en duelo porque no se cuenta con muestras representativas de población con este tipo de problemática. Lo que particularmente falta en la literatura sobre adolescentes en duelo es un modelo que combine la teoría de la pérdida con la teoría del desarrollo del adolescente.

Sin embargo, existe un modelo propuesto por Corr y McNeil (1986) que cumple varias funciones, entre las que destacan las siguientes: aumenta el entendimiento clínico del duelo del adolescente, subraya el impacto de la pérdida sobre el adolescente o sobre el desarrollo de su personalidad adulta, guía la ayuda profesional para identificar los déficits cruciales en el adolescente en duelo y en su crecimiento psicológico y emocional, y, finalmente, ofrece algunas estrategias clínicas que pueden resultar apropiadas para compensar los relatos disfuncionales del duelo y, así, añadir fuerza al crecimiento emocional y psicológico.

Este modelo sugiere también nuevas líneas de investigación. Por ejemplo, busca más detalladamente las diferencias de edades en adolescentes en duelo que las muestras con rangos de edad bastante amplios. El modelo deja claro que las respuestas de duelo no pueden ser consideradas en solitario; la atención puede ser dirigida al impacto de la pérdida sobre los conflictos y tareas del desarrollo normal adolescente y reconoce el poder de la influencia de las expectativas del rol sexual en la expresión de sentimientos. Con la posible excepción de la rabia, la angustia o la frustración, los hombres encuentran más prohibiciones en contra de la expresión emocional que las mujeres. En los lugares donde se niega la expresión de sentimientos y las respuestas agresivas, no se presenta claramente la condición angustiante, con lo que los hombres pueden tener pocas salidas para su duelo. Raphael (1983) ha sugerido una respuesta diferente a la muerte entre hombres adolescentes: frecuentemente se comportan de una manera más agresiva, prueban figuras de autoridad y consumen drogas y alcohol en exceso. Todos esos comportamientos sirven para castigar el duelo, relajar la tensión y provocar otros compromisos. Las mujeres, en cambio, con frecuencia necesitan un largo período para llegar a la tranquilidad y al consuelo, reflejando una necesidad difusa de ser contenida y consolada.

La posibilidad de que la muerte de una persona amada pueda servir como un catalizador para la construcción de los cambios de personalidad, necesita una amplia exploración. Con hermanos adolescentes en duelo, Balk (1981) y Guerriero (1983)

encontraron resultados no perjudiciales en el auto-concepto. En efecto, hubo una tendencia del doliente en sus respuestas a ser a confiar más en sí mismo, a estar más satisfecho consigo mismo y más consciente a nivel moral y ético. En consideración a esos resultados, Balk (1981) sugiere que la muerte precipita una reevaluación y examinación de ideales, un incremento del sentido de preocupación y responsabilidad por otros y una reevaluación del significado de la vida.

## 7. CONCLUSIONES

El duelo es una reacción normal a una pérdida, ya sea física o simbólica. Se manifiesta a través de una serie de reacciones como culpa, autorreproche, ansiedad, rabia, tristeza, soledad, *shock* y anhelo, entre otras. Adicionalmente, se presentan sensaciones físicas como anorexia, insomnio o hipersomnia, cansancio físico, llanto, pérdida de peso e inquietud. Igualmente, repercute de manera importante en las actividades y relaciones sociales, manifestándose incapacidad para incorporarse a la vida nuevamente y para iniciar o mantener patrones organizados de actividades.

El proceso de duelo comprende cuatro etapas: ruptura de antiguos hábitos, inicio de la reconstrucción de la vida, búsqueda de nuevos objetos de amor o de amigos y, finalmente, terminación de la adaptación. Asimismo, concibe una serie de tareas básicas, como son la liberación de la esclavitud con el fallecido, la readaptación al ambiente en el que el difunto está ausente y la formación de nuevas relaciones. Una vez superadas estas etapas y tareas, el doliente logra reintegrarse al mundo y realizar las actividades que anteriormente hacía o iniciar unas nuevas.

El proceso de duelo se ve afectado por la comunidad dominante y las expectativas culturales, debiendo, además, comprenderse en términos de muchas variables individuales. Algunas personas expresan sus sentimientos a la familia y/o a los amigos; otras toman una postura más privada, volcando el duelo sobre ellos mismos. Para algunos, el curso del duelo incluirá momentos de amor y frivolidad, en tanto que para otros no los habrá.

La intervención terapéutica pretende, como objetivo esencial, facilitar el proceso de duelo, que es el paso para tener en cuenta las variaciones individuales y la adaptación a las costumbres psicosociales. El objetivo es complementar el proceso de duelo con ayuda, equilibrio restaurado y franqueza para enfrentar el futuro y lograr recordar a la persona fallecida sin dolor. Los aspectos más importantes de esta intervención son permitir la libre expresión de sentimientos, tanto positivos como negativos, lograr una aceptación real de la pérdida —la cual se consigue mediante las despedidas, los recuerdos y los comentarios sobre el ser amado que falleció— y facilitar la realización de las tareas implicadas en este proceso, que permiten la adaptación del superviviente al ambiente donde el ser amado ya no está. Para concluir, cabe anotar que así como la mayor parte de las heridas sanan, también la mayoría de las personas se recuperan de los duelos. Claro está que no se puede olvidar por completo que una muerte ha ocurrido, pero el proceso de duelo se considera superado cuando el superviviente angustiado se convierte en funcional una vez más.

## REFERENCIAS

- American Academy of Pediatrics (1996): *The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care*. Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (APA) (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.ª ed. (DSM-IV). Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (APA) (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.ª ed. *Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: Autor.
- Cahnspeyer, V. (1988): *La intervención terapéutica en el proceso de duelo*. Primer Simposio Colombiano sobre el Cuidado Integral de Pacientes Terminales. Bogotá: Fundación Omega.

- Corr, C. y McNeill, J. (1986): *Adolescence and death*. Nueva York: Springer.
- Fleming, S. y Adolph, R. (1986): *Helping bereaved adolescents: needs and responses*. Nueva York: Springer.
- Freud, S. (1917): Duelo y melancolía. En S. Freud, *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grollman, E. (1969): *Explaining death to children*. Boston: Beacon.
- Kastembaum, L. (1986): *Death in the world of adolescence*. Nueva York: Springer.
- Littlewood, J. (1995): *Aspects of grief: bereavement in adult life*. Londres: Routledge.
- O'Connor, N. (1995): *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.
- Rando, T. (1984): *Grief, dying and death: clinical interventions for caregivers*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Rando, T. (1985): Parental bereavement an the therapeutic value of the funeral. *The Director*, 55 (10).
- Raphael, B. (1983): *The anatomy of bereavement*. Nueva York: Basic Books.
- Vachon, M. (1991): *Pérdida y duelo*. Segundo Simposio Internacional sobre el Cuidado Integral de Pacientes Terminales. Bogotá: Fundación Omega.
- Worden, W. (1982): *Grief counselling and grief therapy*. Nueva York: Springer.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Kastembaum, L. (1986): *Death in the world of adolescence*. Nueva York: Springer.
- Littlewood, J. (1995): *Aspects of grief: bereavement in adult life*. Londres: Routledge.
- O'Connor, N. (1995): *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.
- Stroebe, M.; Stroebe, W. y Hansson, R. (1994): *Handbook of bereavement: theory, research, and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Worden, W. (1982): *Grief counselling and grief therapy*. Nueva York: Springer.



**PARTE CUARTA**  
**Consumo problemático**  
**de sustancias**





# Psicopatología y tratamiento de la drogadicción en niños y adolescentes

# 7

ELISARDO BECOÑA  
FERNANDO L. VÁZQUEZ<sup>1</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

El consumo abusivo de sustancias psicoactivas es un problema tan antiguo como la humanidad misma. En todas las culturas y en todas las épocas se han utilizado sustancias psicoactivas, ya fuese con fines evasivos, lúdicos, etc. (Escohotado, 1996). Será a finales del siglo XIX cuando el consumo de drogas comienza a convertirse en un fenómeno social y en un problema sanitario. Movimientos contraculturales y círculos marginales producen un cambio en la forma y tipos de consumo a mediados del siglo XX (Becoña, 1999). El consumo abusivo de alcohol y otras drogas entre los niños y adolescentes no es más que un reflejo de la evolución general que acabamos de describir. Era anecdótico hasta hace unos años, pero en la actualidad el uso de sustancias psicoactivas entre los jóvenes españoles es uno de los problemas más preocupantes de salud pública, dada su elevada prevalencia, fundamentalmente de las llamadas drogas legales (Plan Nacional sobre Drogas, 1997a, b). Los accidentes de vehículos a motor relacionados con el alcohol son la primera causa de muerte entre los adolescentes españoles, y en las víctimas de suicidio y homicidio se encuentran, con frecuencia, niveles elevados de alcohol. Se ha observado también un aumento similar en aquellos problemas asociados con el alcohol y otras drogas ilícitas, incluyendo un aumento del abandono prematuro de la escuela, actos delictivos,

lesiones y víctimas debidas a accidentes y violencia, promiscuidad sexual, riesgo con respecto a enfermedades transmitidas sexualmente y embarazos no deseados entre las adolescentes.

Es mucho lo que no sabemos sobre el consumo y abandono de drogas en los niños. Los datos epidemiológicos son poco fiables y la etiología no se conoce con precisión. Sin embargo, hay un descenso progresivo en la edad de consumo/abuso de drogas, especialmente en las drogas legales (tabaco y alcohol), siendo cada vez más frecuentes los recién nacidos con síndrome de abstinencia (Rodríguez-Sacristán y Aguilar, 1995). Son también habituales los informes sobre niños que nacen ya adictos a una droga determinada, con los efectos secundarios consiguientes y los trastornos en el feto que acarrea el consumo durante el período de embarazo por parte de las madres adictas. La mayoría de los autores coinciden en señalar los graves efectos que tiene el consumo durante el período intrauterino, especialmente sobre el desarrollo en la primera infancia del niño o, más tardíamente, sobre su aprendizaje o conducta (por ejemplo, Hite y Shannon, 1992). Aunque no es un fenómeno frecuente en nuestro medio, algunos niños de ambientes muy marginales ya se «colocan» inhalando pegamentos, gasolinas y derivados de los hidrocarburos. Los signos y síntomas que aparecen son muy similares a los que se observan con la intoxicación etílica, junto con alucinaciones y alteraciones respiratorias. Dado que estas sustancias son muy tóxicas para el sistema nervioso central, pueden producir con frecuencia

<sup>1</sup> Universidad de Santiago de Compostela (España)

alteraciones irreversibles (por ejemplo, encefalopatías).

El consumo de drogas en la adolescencia, a diferencia de lo que se da en los niños de nuestro medio, ya es un fenómeno frecuente, que está aumentando de manera alarmante en sustancias tales como el alcohol, el cannabis o las drogas de diseño (Plan Nacional sobre Drogas, 1997b). Fundamentalmente estas últimas cada vez tienen un mayor éxito entre nuestros jóvenes, porque son relativamente baratas, fáciles de elaborar o fabricar, tienen fama de no crear dependencia y la mayoría son estimulantes (Calafat et al., 1998). La prevención primaria debe ser la estrategia de elección para afrontar este fenómeno (Becoña, 1999), pero en estos momentos ya no es suficiente, pues numerosos jóvenes ya han quedado atrapados en las redes de la drogadicción. Cada vez es más evidente que necesitaremos tratamientos eficaces para desintoxicar y deshabituarse a este subgrupo de jóvenes. Sin embargo, los cambios tan vertiginosos que se han producido en los últimos años en el binomio joven-droga ha puesto de manifiesto la existencia de numerosas lagunas sobre el tratamiento desde el punto de vista científico, que se tendrán que abordar en los próximos años.

A lo largo de este capítulo se abordarán cuestiones conceptuales generales, la epidemiología, teorías, diagnóstico, evaluación y tratamiento de las drogas en los jóvenes, así como las conclusiones y tendencias futuras relacionadas con los jóvenes y el abuso y dependencia de las drogas.

## 2. DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO

### 2.1. Definición

El continuo desarrollo de las definiciones utilizadas para describir el abuso del alcohol y otras drogas refleja la evolución actual de las actitudes hacia la enfermedad en general. La necesidad para desarrollar una clasificación de la terminología relacionada con la adicción comienza a ser más evidente cuando este problema llega a ser más prevalente en los niños y adolescentes. Existe una considerable ambigüedad en cuanto a qué se entiende por abuso

de una sustancia. El principal obstáculo para definir este concepto es la serie impresionante de términos empleados para caracterizar el consumo de una sustancia psicoactiva, tales como un consumo para el ocio, experimental, problemático, patológico, de riesgo, peligroso, ocasional, episódico, regular, leve, moderado y grave (Kaminer, 1994).

La adicción se puede definir como: 1) una preocupación constante del sujeto en conseguir una sustancia psicoactiva, que influye notablemente en su estilo de vida; 2) un consumo compulsivo de la sustancia a pesar de las consecuencias adversas del mismo, y 3) un patrón de recaída recurrente después de la consecución de la abstinencia o una incapacidad para dejarlo, aunque ello pueda suponer consecuencias muy negativas para la persona (Jaffe, 1990). Shuckit (1995) define una droga de abuso como «cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral» (p. 3).

La adicción es un problema que tiende a cronificarse si no es tratado. Indistintamente de la edad de la primera prueba con las drogas, y antes de quedar definitivamente atrapado por la sustancia o sustancias de consumo, la adicción se va desarrollando progresivamente a lo largo del tiempo a través de una serie de etapas o estadios (MacDonal, 1984). En los jóvenes, la alternancia entre estos estadios puede ser bastante frecuente debido al cambio de amigos, colegio, estilo de vida, etc. En el primer estadio, *experimentación/cambio del estado de ánimo*, que suele coincidir cuando se está realizando el último ciclo de la ESO o el bachillerato, los adolescentes están bajo una intensa presión de sus compañeros para fumar cigarrillos, tomar alcohol, fumar marihuana o esnifar inhalantes. Los adolescentes suelen empezar a experimentar con las drogas a la par que ocurre el proceso de socialización con los compañeros. Pequeñas cantidades de droga son suficientes para producir euforia o «colocarse». El joven es capaz de retornar a su estado normal sin ningún problema. Aprenden a consumir drogas para modificar el estado de ánimo y sentirse bien. En el segundo estadio, *consumo regular/buscando el cambio del estado de ánimo*, el joven pasa a realizar un consumo más regular de la sustancia o sus-

tancias psicoactivas. Al tiempo que el organismo va desarrollando tolerancia, el joven necesita una mayor cantidad de droga para lograr «colocarse» o experimentar euforia. Suele haber una progresión de bebidas alcohólicas de graduación normal a otras de alta graduación. Hay una experimentación con otro tipo de drogas, como puede ser, por ejemplo, las drogas de síntesis. Las consecuencias de un consumo regular incluyen ausentarse de la escuela, salir con amigos que consumen drogas, mayor labilidad emocional y un cambio en el interés con respecto a actividades que realizaba hasta entonces.

En el tercer estadio, *consumo diario/preocupación con el cambio del estado de ánimo*, la droga comienza a ser el elemento central de la vida del joven. El consumo es diario. Todas las actividades del joven comienzan a girar en torno a la sustancia. Hay un abandono significativo de actividades que realizaba con la familia, en la escuela y con otros compañeros no consumidores. Algún joven puede intentar reducir o no consumir la droga, pero estos intentos son, generalmente, infructuosos. En el cuarto estadio, *dependencia/consumir para sentirse normal*, el joven utiliza la droga para sentirse normal. Puede cambiar la preferencia por el tipo de droga y consume mayores cantidades de alcohol y otras drogas. El joven ha perdido totalmente el control sobre las sustancias y su vida llega a ser difícil de manejar en muchas áreas. El adolescente dedica mucho tiempo a consumir la droga para sentirse bien y evitar los síntomas del síndrome de abstinencia. En este estadio, el consumo de sustancias psicoactivas pasa a ser una parte básica del desarrollo de la identidad del adolescente.

## 2.2. Epidemiología

El consumo de drogas va a depender, en primer lugar, de la edad. Mientras que la población asocia frecuentemente el consumo de drogas con la heroína, la realidad es que, en la adolescencia, el consumo predominante es el de las drogas legales, especialmente alcohol y tabaco, seguido a cierta distancia del hachís. Así, en los últimos datos disponibles sobre consumos en España, a través de la

encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas, realizada en 1997 (Plan Nacional sobre Drogas, 1997a), y la encuesta escolar sobre consumo de drogas de 1996 (Plan Nacional sobre Drogas, 1997b), podemos conocer esta situación. En la referida encuesta sobre consumo de drogas en la población general, la propia encuesta diferencia el consumo diario para las drogas legales, el tabaco y el alcohol, además del cannabis, mientras que para las restantes sólo aparece el consumo en el último mes y en el último año. Como se puede ver en la tabla 7.1, la diferencia de consumos es abismal entre las drogas legales y las demás. Claramente, aquí hay que diferenciar el daño para la salud individual (por ejemplo, cáncer de pulmón en el fumador, cirrosis hepática en el alcohólico) de la gran alarma social que produce el consumo de drogas ilegales, especialmente la heroína, bajo la forma de conductas delictivas asociadas a la búsqueda del dinero necesario para que una parte de los adictos a este tipo de dro-

TABLA 7.1

*Resumen de consumos a diario y en el último mes de las distintas drogas, población de 15 a 65 años*

Sustancia	% consumo a diario	% consumo último mes	% consumo último año
Tabaco	32,9	40,7	45,0
Alcohol	12,9	60,7	77,7
Cannabis	0,9	4,0	7,5
Éxtasis	0,2	1,0	
Inhalables	0,06	0,16	
Base, basuco, crack	0,04	0,15	
Cocaína	0,80	1,53	
Anfetaminas, speed	0,24	0,87	
Alucinógenos	0,23	0,89	
Heroína	0,15	0,23	
Otros opiáceos	0,08	0,13	

FUENTE: Plan Nacional sobre Drogas (1997a).

gas pueda mantener su adicción. Resaltamos esta cuestión porque precisamente la prevención de las drogas se va a centrar básicamente en la prevención de las drogas legales, para que al prevenir el consumo abusivo de las mismas se consiga impedir que las personas lleguen al consumo de las ilegales (por ejemplo, Becoña, Palomares y García, 1994).

Respecto a la encuesta sobre drogas en la población escolar, donde se incluye a los alumnos escolarizados entre 14 y 18 años, se encuentra un elevado nivel de consumo en los últimos 30 días, así como un alto nivel de haber probado las distintas sustancias alguna vez en su vida (tabla 7.2). También, al igual que ocurría en la población general, las drogas más relevantes son las drogas legales, que están a una clara distancia de las demás, aunque en este grupo de edad el nivel de consumo de cannabis es muy elevado.

Por sexos, ha destacado siempre el mayor consumo de los varones respecto a las mujeres. Esta situación ha cambiado actualmente en el consumo de tabaco, donde las adolescentes adelantan a los adolescentes en varios puntos, pero se sigue mante-

niendo un mayor consumo o un nivel de intensidad superior para el alcohol en los varones, llegando a ser casi el doble para los chicos, con respecto a las chicas, en las otras drogas ilegales. Este patrón se mantendrá luego en la vida adulta. Si consideramos la edad, la media de inicio oscila de los 13 a los 16 años, aunque algunos comienzan ya a una edad temprana (véase tabla 7.2). Se comienza por las drogas legales y va aumentando la edad en las ilegales.

Un análisis más minucioso y frío de los datos anteriores, nos indicaría que el principal problema relacionado con las drogodependencias es el abuso y dependencia del alcohol, por los graves problemas personales y sanitarios que acarrea, junto a la dependencia de la nicotina (en este caso por la alta mortalidad que produce fumar cigarrillos). Se calcula que en España un 7,6 por 100 de la población es consumidor excesivo de alcohol (2,9 millones de personas) y un 4 por 100 dependientes del alcohol (1,6 millones de personas). Además, el tabaco (fumar cigarrillos) produce la muerte prematura de 46.000 personas cada año (Becoña y Vázquez, 1998). El

TABLA 7.2

*Estudiantes de 14 a 18 años de edad que han consumido alguna vez en su vida distintas sustancias, así como en los últimos 30 días, junto a la edad media de inicio (1996)*

Sustancia	% de consumo en los últimos 30 días	% de consumo alguna vez en su vida	Edad media de inicio del consumo
Alcohol	65,7	83,6	13,7
Tabaco	29,2	34,6	13,3
Cannabis	15,7	26,0	15,0
Tranquilizantes	2,2	5,9	13,8
Alucinógenos	2,6	6,5	15,4
Extasis y similares	2,2	5,11	4,9
Anfetaminas	2,4	4,9	15,5
Sustancias volátiles	1,2	3,3	13,1
Cocaína	1,5	3,2	15,7
Heroína	0,3	0,6	—

FUENTE: Plan Nacional sobre Drogas (1997b).

DSM-IV-TR (APA, 2000) plantea un 15 por 100 de sujetos con dependencia alcohólica en algún momento de la vida y un 5 por 100 de sujetos dependientes del alcohol durante el último año. Con respecto a los trastornos relacionados con la nicotina, el DSM-IV-TR indica que en los Estados Unidos un 72 por 100 de la población ha fumado alguna vez, con un 32 por 100 habiendo consumido tabaco en el año anterior y un 29 por 100 en el mes anterior al momento de la encuesta. Este tipo de encuestas con estudiantes de instituto indica que el consumo de tabaco está aumentando entre los jóvenes. Se estima que alrededor de un 25 por 100 de la población de los Estados Unidos podría tener dependencia de la nicotina, llegando al 80-90 entre los fumadores habituales (APA, 2000). Claramente, el coste económico, personal y social que producen estas drogas es enorme.

Pero el problema social más importante que observa la población ante el fenómeno de las drogodependencias se relaciona básicamente con la heroína (véase Becoña, Rodríguez y Salazar, 1996). Nótese que actualmente están en tratamiento en España por dependencia de la heroína en torno a 100.000 heroinómanos, de los que aproximadamente la mitad se encuentran en tratamiento con metadona. En los últimos años se ha incrementado también, en un grado acusado, el consumo de cannabis y están surgiendo nuevas sustancias, destacando en los últimos años la cocaína y, más recientemente, las drogas de síntesis. Su consumo suele comenzar en la adolescencia y parte de estos adolescentes se convertirán en individuos que abusen de las distintas drogas y adquieran dependencia de ellas.

Otra cuestión de gran relevancia es la relación que existe entre las distintas drogas, dado que es en la adolescencia cuando comienza el consumo de todas ellas. Recientemente, hemos revisado la relación entre las consideradas drogas de iniciación, alcohol y tabaco, con el posterior consumo de marihuana y de otras drogas, como la cocaína o la heroína (Becoña, 1999). El análisis de este tipo de relación ha sido un tema controvertido en más de una ocasión, habiéndose planteado a veces como la hipótesis de la escalada sobre la que en más de una ocasión han surgido opiniones, a veces interesadas en uno u otro sentido, más que el análisis riguroso

de los datos, de los no muchos datos, que sobre esta cuestión tenemos disponibles. De la revisión de la evidencia disponible sobre esta cuestión, llegamos a las siguientes conclusiones (Becoña, 1999): 1) existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de cannabis, y entre el consumo de cannabis y el posterior consumo de heroína; 2) aunque existe dicha relación, no se debe confundir «relación» (estadística) con «causalidad»; 3) existen también otras variables relacionadas con el consumo tanto de heroína como de cannabis que, a su vez, parecen estar en la base, en muchos casos, del consumo inicial de cannabis o de heroína, debiendo tenerse en cuenta porque pueden ser las que explican el inicial consumo de cannabis, su mantenimiento y su progresión hacia el consumo de heroína; 4) aun así, desde una perspectiva preventiva y de salud pública, hay que intervenir tanto sobre el consumo de cannabis como sobre las otras variables que se relacionan con dicho consumo, incluyendo las sustancias previas de esa cadena de consumo (por ejemplo, alcohol, tabaco) y las variables de tipo social (aceptación, disponibilidad), biológicas (predisposición) y psicológicas (por ejemplo, rasgos de personalidad, aprendizaje), y 5) la prevención debe, por tanto, centrarse tanto en poner en marcha acciones para frenar el consumo de sustancias como en mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del consumo de las distintas sustancias, insistiendo en las variables del individuo (por ejemplo, incrementando sus estrategias de afrontamiento) y en las del sistema social (por ejemplo, que tenga oportunidades), así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (predisposición, conductas delictivas, baja autoestima, etc.).

### 2.3. Descripción clínica

Los efectos producidos por el consumo de drogas dependen de muchos factores, tales como la sustancia consumida, la cantidad que se consume, la personalidad del joven, la situación sociofamiliar, etc. A pesar de no haber unas señales concretas que nos indiquen

que un chico está haciendo un uso o un abuso de drogas, sí existen una serie de señales o signos indirectos que pueden ser indicativos de dicho consumo, algunos de los cuales mostramos en la tabla 7.3.

No obstante, uno solo de estos signos o síntomas no es suficiente para realizar un diagnóstico, por lo que se recomienda recurrir a un sistema de diagnóstico, como el DSM-IV-TR (APA, 2000). En él se describen dos tipos fundamentales de problemas relacionados con sustancias psicoactivas, que son los siguientes:

1. *Los trastornos provocados por sustancias psicoactivas*, que a su vez comprenden:

- a) *Intoxicación*. Su característica esencial es la aparición de un síndrome reversible específico a la sustancia psicoactiva debido a la

TABLA 7.3

*Señales o signos indirectos de que un joven puede estar consumiendo droga*

- Pérdida de apetito.
- Adelgazamiento exagerado.
- Ojos enrojecidos, con pupilas muy dilatadas o, por el contrario, puntiformes.
- Irritación nasal.
- Escasa higiene personal y despreocupación por su apariencia.
- Somnolencia.
- Disminución en su rendimiento escolar, faltas al colegio.
- Cambios de amistades.
- Cambios en su manera de vestir, de hablar.
- Rebeldía, agresividad, irritabilidad y violencia.
- Indiferencia y pasotismo por las normas de la casa, del colegio, etc.
- Tendencia al aislamiento.
- Necesidad insaciable de dinero, incluso, a veces, pequeños robos en casa.
- Quemaduras o manchas de sangre en sus camisas o restos de hierba en sus bolsillos.

reciente ingestión de (o exposición a) la sustancia.

- b) *Abstinencia*. Su característica esencial consiste en la presencia de un cambio conductual desadaptativo específico a la sustancia psicoactiva, con concomitantes fisiológicos y cognitivos, debido al cese, o a la reducción, del consumo elevado y prolongado de la sustancia.
- c) Delirium provocado por sustancias.
- d) Demencia persistente provocada por sustancias.
- e) Trastorno amnésico provocado por sustancias.
- f) Trastorno psicótico provocado por sustancias.
- g) Trastorno del estado de ánimo provocado por sustancias.
- h) Ansiedad provocada por sustancias.
- i) Disfunción sexual provocada por sustancias.
- j) Trastorno del sueño provocado por sustancias.

2. Otro tipo de problemas, que se han desarrollado en un período de tiempo más o menos grande, categorizados como *trastornos por consumo de sustancias psicoactivas*. En el DSM-IV-TR se abordan dos tipos de trastornos por consumo de sustancias:

- a) *Dependencia de sustancias*. Su característica esencial consiste en un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia psicoactiva, a pesar de la aparición de problemas importantes relacionados con ella. La «dependencia de sustancias» es el problema por consumo de sustancias más grave que se puede encontrar en el paciente. Para diagnosticar un problema de este tipo es necesario, al menos, observar tres de los siguientes siete síntomas, en un período no inferior a 12 meses:

1. Una tolerancia significativa, que se manifiesta en un aumento notable de las cantidades de sustancia ingerida para conseguir el efecto deseado o una disminución importante de los efectos pro-

- ducidos por el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
2. Cuando el paciente deja de tomar la droga aparecen síntomas de abstinencia característicos de la sustancia consumida o, a menudo, se toma la misma sustancia (o una similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
  3. El sujeto toma la sustancia en mayor cantidad o por un período más prolongado de lo que era su intención.
  4. Un deseo continuado y uno o más intentos, generalmente infructuosos, para romper con la adicción o controlar la sustancia.
  5. El paciente emplea una gran cantidad de tiempo en realizar actividades para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
  6. Actividades sociales, laborales o recreativas importantes pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia.
  7. El paciente sigue tomando la sustancia, aun a sabiendas de padecer un problema físico o psicológico recurrente que parece haber sido causado o exacerbado por la droga.
- b) *Abuso de sustancias.* Su característica esencial es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias psicoactivas manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de esas sustancias. La categoría diagnóstica de «abuso de sustancias» se utiliza para aquellos sujetos en los que no se encuentran síntomas suficientes para realizar un diagnósti-

TABLA 7.4

*Diagnósticos, según el DSM-IV-TR, asociados a la clase de sustancia psicoactiva*

	Dependencia	Abuso	Intoxicación	Abstinencia	Delirium por intoxicación	Delirium por abstinencia	Demencia
Alcohol	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Alucinógenos	✓	✓	✓		✓		
Anfetaminas	✓	✓	✓	✓	✓		
Cafeína			✓				
Cannabis	✓	✓	✓		✓		
Cocaína	✓	✓	✓	✓	✓		
Fenciclidina	✓	✓	✓		✓		
Inhalantes	✓	✓	✓		✓		✓
Nicotina	✓			✓			
Opiáceos	✓	✓	✓	✓	✓		
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Varias sustancias	✓						
Otros	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

TABLA 7.4 (continuación)

	Trastornos amnésicos	Trastornos psicóticos	Trastornos del estado de ánimo	Trastornos de ansiedad	Disfunciones sexuales	Trastornos del sueño
Alcohol	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Alucinógenos		✓	✓	✓		
Anfetaminas		✓	✓	✓	✓	✓
Cafeína				✓		✓
Cannabis		✓		✓		
Cocaína		✓	✓	✓	✓	✓
Fenciclidina		✓	✓	✓		
Inhalantes		✓	✓	✓		
Nicotina						
Opiáceos		✓	✓		✓	✓
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Varias sustancias						
Otros	✓	✓	✓	✓	✓	✓

co de dependencia. Para diagnosticar este trastorno es necesario que haya uno o más de los síntomas que se exponen a continuación, durante un período de al menos 12 meses:

1. Que el sujeto consuma de modo recurrente la sustancia, lo cual lleva a que incumpla sus obligaciones en la escuela, el trabajo o en el hogar.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones que pueden comprometer la vida del individuo (por ejemplo, conducir un automóvil).
3. El consumo de la sustancia lleva al sujeto a tener frecuentemente problemas legales.
4. El sujeto continúa consumiendo la sustancia, a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por

los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con el cónyuge).

En el plano conceptual y metodológico, Rodríguez-Sacristán y Aguilar (1995) señalan la necesidad de matizar algunos aspectos sobre el abuso/dependencia de drogas en niños y jóvenes: 1) el término «abuso» no es aplicable a los niños y jóvenes más que en un 10 por 100. Lo mismo parece que puede suceder con el término adicción, que es ambiguo, dependiendo en exceso de la definición conceptual que se utilice para definirla y observándose que un grupo importante de autores ponen el acento en el aspecto químico (dependencia química), y 2) el modelo que se utiliza para comprender esta problemática en el adulto no parece adecuado para los niños y los jóvenes, que claramente están en otras fases de desarrollo distintas. Por tanto, los conocimientos que tenemos sobre consumo, abuso, dependencia y consecuencias de las drogas en los adultos parecen diferir bastante de la población infantil y



adolescente. Las repercusiones y consecuencias en la esfera personal, interpersonal, laboral y social no son las mismas en los adultos que en los más jóvenes. Las repercusiones de las drogas sobre éstos se concentran en la escuela, la relación con sus compañeros, etc.

### 3. TEORÍAS

Dentro de la literatura del abuso de sustancias psicoactivas, los modelos conceptuales son abundantes (Becoña, 1999; Lettieri, Sayers y Pearson, 1980; Petraitis, Flay y Miller, 1995). Además del modelo de vulnerabilidad o de riesgo, los modelos propuestos para explicar el desarrollo de los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas oscilan desde explicaciones biológicas hasta espirituales y desde lo intrapersonal a lo sociocultural. Dos modelos bastante deficientes son el *modelo educacional*, que explicaría el abuso como un producto de la ausencia de información adecuada, y el *modelo de enfermedad*, que considera el abuso como una enfermedad irreversible y se exige la abstinencia total para manejar la enfermedad. Aunque estas perspectivas pueden que no sean incompatibles con otros modelos, no pueden, sin embargo, explicar mucho de lo que se conoce actualmente sobre el abuso de drogas. Se pueden organizar teorías más amplias dentro del marco más extenso de modelos como el intrapersonal, el cognitivo, el del aprendizaje, el de convencionalidad/apoyo social y el interaccionista (Petraitis et al., 1995). Las perspectivas *intrapersonales* ponen más énfasis en la etiología del consumo de las sustancias psicoactivas, especialmente en las características propias de los adolescentes, incluyendo los rasgos de personalidad, los estados afectivos y/o las estrategias conductuales que tengan en su repertorio. Aunque la hipótesis de la automedicación se ha articulado dentro del marco cognitivo-conductual, al igual que la utilización de las drogas como un mecanismo de afrontamiento, ambas se pueden considerar también ejemplos de una perspectiva intrapersonal (psicodinámica). La baja autoestima y el automenosprecio son también constructos intrapersonales centrales en las teorías sobre la etiología

del consumo de drogas. En este grupo de teorías, Petraitis et al. (1995) incluyen el modelo ecológico social de Kumpfer y Turner, la teoría del automenosprecio de Kaplan, Martin y Robbins, el modelo de distintas etapas de aprendizaje social de Simons, Conger y Whitbeck y la teoría de la interacción familiar de Brook, Brook, Gordon, Whiteman y Cohen (véase Becoña, 1999).

Las teorías *cognitivas* se centran en el papel de las percepciones sobre el consumo que tienen los adolescentes a la hora de tomar decisiones con respecto a la iniciación y la continuación del consumo de la sustancia. Las actitudes, las creencias normativas y las expectativas de consumo, así como la autoeficacia, influyen en la evaluación de la toma de decisiones sobre los beneficios (por ejemplo, aprobación de los compañeros) y los costes (por ejemplo, consecuencias negativas para la salud).

Los enfoques del *aprendizaje operante* ven el consumo de las sustancias psicoactivas en el contexto de los antecedentes y consecuencias que tienen una conexión funcional con la conducta. Por ejemplo, ante la presencia de estrés, el consumo de una sustancia psicoactiva puede producir una reducción de la tensión, un paliativo al afecto negativo o manejarse mejor a nivel social. Este tipo de consecuencias que siguen al consumo de drogas pueden servir para reforzar el consumo y, por tanto, la probabilidad de que se vuelva a recurrir en el futuro a la misma sustancia en una situación similar. El modelo de *aprendizaje social*, además de tomar en consideración los principios del condicionamiento operante, considera que el aprendizaje está mediado cognitivamente a través de la observación e imitación de modelos (por ejemplo, padres, hermanos mayores, compañeros, etc.) que consumen las sustancias. Son claves los conceptos de autoeficacia y afrontamiento.

Las teorías del *apoyo social/convencionalidad* proceden de las teorías sociológicas de control, que sostienen que un compromiso fuerte con la sociedad, la familia, la escuela y la religión inhiben la expresión de los impulsos desviados que todos los individuos comparten. El consumo de sustancias psicoactivas sería la manifestación de un amplio conjunto de conductas problema que se desarrollan en el contexto de un vínculo convencional débil y

que se mantienen a través del aprendizaje social y las contingencias del entorno. Ejemplos representativos de esta clase de teorías son la teoría del control social de Elliott y el modelo de desarrollo social de Hawkins y Weiss.

Los modelos de *familia* ven en el consumo de sustancias psicoactivas otro tipo de problemas, como la expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia que produce una disfunción en el sistema familiar. La conducta de consumo de sustancias se puede entender cumpliendo una importante función en la familia, permitiendo a ésta enfrentarse con estresores internos o externos o manteniendo otros procesos que se han establecido en la organización del sistema.

Las teorías *integracionistas*, cada vez más complejas, son capaces de dar una explicación a la mayoría de los hallazgos de la literatura científica (Petraitis et al., 1995). Por ejemplo, la teoría de interacción familiar (Brook et al., 1990) incorpora factores de la familia, del aprendizaje social y de las características intrapersonales que se conoce que afectan al consumo de sustancias. La teoría de la conducta-problema (Jessor y Jessor, 1977) hace énfasis en la falta de convencionalidad, pero incorpora también conceptos del aprendizaje social, intrapersonales y cognitivos y trata de explicar el abuso de sustancias y una amplia variedad de otras conductas desviadas, tales como la delincuencia juvenil, el bajo rendimiento académico y una actividad sexual precoz.

Flay y Petraitis (1994) y Becoña (1999) han intentado organizar la gran cantidad de teorías que se centran en la etiología del abuso de sustancias en un macromodelo comprensivo. El modelo de la *influencia triádica*, de Flay y Petraitis (1994), supone que conductas relacionadas con la salud, tales como el abuso de sustancias, están controladas por decisiones o intenciones en función de tres corrientes de influencia: 1) factores ambientales-culturales que influyen en las actitudes; 2) factores sociales situacionales-contextuales que influyen en el aprendizaje social y en las creencias normativas, y 3) factores intrapersonales, que influyen sobre la autoeficacia. Estos tres focos de influencia tienen diferentes orígenes y discurren a través de factores causales que están organizados en niveles que oscilan desde

muy próximo a muy lejano. A partir de esta información, estos autores elaboran una matriz de  $3 \times 3$ . Los focos de influencia, de forma independiente y en mutua interacción, tienen efectos directos e indirectos sobre la conducta (Flay y Petraitis, 1994).

En la figura 17.1 se presenta el modelo de Becoña (1999), que integra la información de que se dispone sobre este tema. Este modelo tiene como objetivo ser «comprensivo» en una perspectiva «secuencial». Es decir, que pueda ser fácilmente comprensible, operativizable, aplicable, accesible y relativamente simple o, al menos, que se entiendan claramente los pasos entre los distintos elementos que componen el mismo, comenzando por los factores predisponentes hasta llegar al consumo o no de la sustancia. Ésta no es una labor fácil, pero es el camino necesario para avanzar en este campo. Debemos considerar las distintas etapas por las que pasa una persona respecto al conocimiento, contacto y consumo o no de una sustancia psicoactiva. Esto obliga a incluir una perspectiva evolutiva, tanto en el sentido de desarrollo de la persona, en sus distintas etapas de crecimiento, como en las distintas fases del consumo, que en gran parte se relacionan con la propia evolución física, psicológica, afectiva y social.

La conjunción de los elementos citados, un nivel comprensivo, un nivel secuencial y un nivel de etapas, lleva al planteamiento del modelo. Éste parte del hecho de que en el campo del consumo de drogas, hay una serie de etapas sobre las que se da un relativo consenso. Esas etapas son las previas al conocimiento o inicio del consumo, donde tienen relevancia los elementos de predisposición. Luego tendríamos una etapa de conocimiento, que llevaría (o no) a experimentar con algunas sustancias. Y aquí es cuando se diferencian los tipos de sustancias, ya que, aunque hablamos genéricamente de drogas, en la realidad tenemos que diferenciar a qué tipo de drogas nos referimos. Ese experimentar se operativiza con el probar una sustancia que ya se conoce y que está disponible y accesible al sujeto. Un elemento importante es la percepción del riesgo que los individuos tienen sobre cada una de las sustancias adictivas que ven en su casa, en el ambiente social, en los medios de comunicación, entre sus amigos, en sus diversiones, etc.

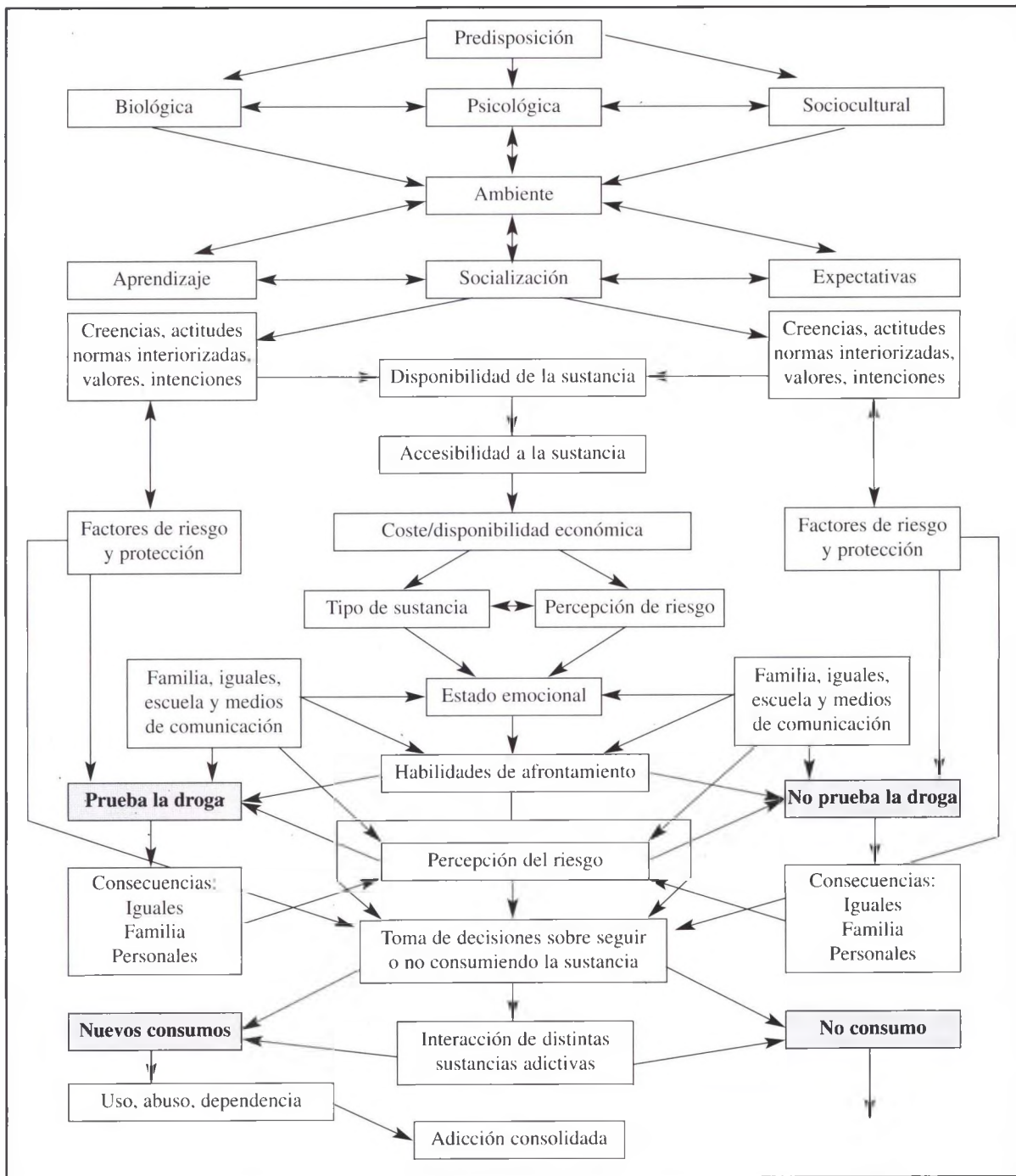


Figura 7.1—Modelo comprensivo y secuencial de las fases para el consumo de drogas en la adolescencia de Becoña (1999).

Pero experimentar con una sustancia psicoactiva no tiene por qué llevar al consumo. Además, la gran mayoría de las personas ni siquiera llegan a tener contacto directo, en la esfera del consumo, con muchas sustancias. La siguiente fase, el inicio al consumo, ya es más problemática. Ésta implica que se hace un consumo esporádico o más sistemático, lo que, en este último caso, facilita pasar del uso al abuso y a la dependencia de la sustancia, o a obtener con la sustancia claros beneficios de tipo personal, psicológico, emocional, social, relacional, etc. Los sujetos que se hallan en esta fase, pueden tomar la decisión de seguir consumiendo o dejar de consumir. Aquellos que siguen consumiendo pasan a la consolidación del consumo de esa sustancia psicoactiva, con el riesgo añadido de pasar a consumir otras sustancias y poder comenzar a tener problemas graves con las distintas drogas, ya sean de tipo legal o ilegal, pasándose del uso al abuso y, finalmente, a la dependencia. En este último caso, estaríamos ante una adicción consolidada.

A la fase de consolidación le siguen las fases de mantenimiento y la de abandono, teniendo además en cuenta a aquellos que nunca han consumido y que en este momento evolutivo siguen sin consumir. A estas últimas fases no siempre se les ha prestado la atención debida. Cuando la persona tiene una adicción consolidada, se suele decir que se encuentra en la fase de mantenimiento. Pero, tanto en esta fase como en las anteriores, la persona se puede plantear el abandono de la sustancia o bien puede tener presiones externas para que la abandone. Si deja de consumirla, hablaríamos de la fase de abandono.

Sin embargo, el proceso no finaliza aquí. Si la persona ha llegado a la dependencia, a lo largo del tiempo, tanto real como evolutivo, puede pasar sucesivamente por las fases de mantenimiento (bien sea en el consumo, bien en la abstinencia) y la de abandono. Cuando se produce, éste puede mantenerse o puede ocurrir el proceso de recaída, que es una de las características más diferenciales de las drogodependencias en el campo de la clínica.

Aunque se han desarrollado numerosas teorías para explicar la etiología del abuso de sustancias psicoactivas, la mayoría de ellas tienen un valor heurístico limitado para proporcionar una explica-

ción comprensiva de cómo y por qué se desarrolla el abuso de sustancias y, lo que es más importante, para generar estrategias que pudieran ser eficaces en la prevención (Botvin y Botvin, 1992).

#### 4. EVALUACIÓN

Se realiza la evaluación de un comportamiento con el fin de establecer un diagnóstico diferencial y hacer un análisis funcional. El diagnóstico, como proceso binario (presente versus ausente), se puede considerar un indicador bruto del problema del consumo, con una utilidad limitada cuando se emplea de modo aislado o como una medida de los resultados en una investigación sobre el tratamiento (Waldrom, 1998). Sin embargo, si lo consideramos como una cuestión relativa al tratamiento, aquellos adolescentes que consuman de forma prolongada y grave, sin períodos de abstinencia, deben ser evaluados con el objetivo en la dependencia, ya que la sintomatología física puede necesitar intervenciones médicas o psicológicas específicas (Kaminer, 1994). Se han desarrollado algunos instrumentos para determinar específicamente si un individuo reúne actualmente los criterios establecidos para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias de acuerdo con un sistema taxonómico específico. Parece que el mejor instrumento disponible de este tipo es la Entrevista diagnóstica para el adolescente (*Adolescent Diagnostic Interview*; Winters y Henly, 1993). Dicha entrevista se basa en el DSM-III-R, cubre los síntomas de los trastornos relacionados por consumo de sustancias psicoactivas, suponiendo la aplicabilidad de los síndromes del adulto a los adolescentes. La entrevista (estructurada) explora la historia de consumo de la droga por el adolescente y los síntomas de dependencia o abuso con respecto a los distintos tipos de drogas. Incluye también niveles del funcionamiento y de los estímulos estresantes psicosociales.

La realización de un diagnóstico adecuado, ya sea utilizando los criterios del DSM-IV-TR u otro manual de diagnóstico (por ejemplo, la CIE-10), debe ir acompañado por un análisis funcional, con el fin de conocer los eventos que mantienen la conducta-problema de consumo actual. Esta información

nos permitirá identificar las variables que están controlando la conducta de consumo. De este modo podremos definir cuál es el problema y operativizar las variables que intervienen en el mismo, siendo la finalidad de esta información la planificación y el diseño de un programa para abordar eficazmente la conducta de consumo, así como seleccionar aquellas estrategias de intervención que se adecuen al problema concreto del sujeto. En la actualidad hay numerosos instrumentos que pueden ser útiles para realizar una buena evaluación (por ejemplo, Echeburúa, 1994; Graña, 1994a; Wilson, Spence, Kavanagh, 1995). Los métodos a utilizar pueden ser, fundamentalmente, la entrevista clínica, cuestionarios y autoinformes específicos para el problema de consumo de sustancias, así como para otros problemas adicionales que presente el sujeto (por ejemplo, el «Test para la identificación de los trastornos por consumo de alcohol» [*Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT*] para la dependencia del alcohol), medidas fisiológicas, etc. La elección de los instrumentos estará relacionada con el objetivo del tratamiento, con la problemática que presente el joven, con las características psicométricas de los instrumentos, etc. Además, con los niños y los jóvenes se deben utilizar pocos instrumentos de medición y que sean relevantes por la calidad y cantidad de información que aportan, tanto en la línea base como en los distintos momentos del tratamiento y en el seguimiento. El exceso de instrumentos de evaluación puede interferir negativamente con la relación terapéutica.

En general, la evaluación de los niños y adolescentes requiere un reconocimiento del nivel de desarrollo cognitivo, prestar atención a cuestiones de motivación hacia el proceso y la necesidad de establecer una buena relación y una cuidadosa consideración sobre cuestiones de confidencialidad (Waldrom, 1998).

La mayoría de los adolescentes remitidos a tratamiento consumen múltiples sustancias, siendo necesario averiguar la cantidad/frecuencia del consumo de cada tipo específico de droga. Se han descrito dos formas fundamentales de evaluar la frecuencia de consumo y la cantidad de la sustancia: cuestionarios de autoinforme de cantidad/frecuencia y métodos de entrevista basados en el calendario (Waldrom,

1998). Los primeros miden el consumo de alcohol o de otras sustancias, proporcionando resúmenes de la conducta o bien utilizando una escala que permita hacer una evaluación detallada del consumo (por ejemplo, 0 veces por semana, 1-2 veces por semana, 3 o más veces por semana). Los segundos, consisten en reconstruir el consumo diario durante un período que le interese al clínico. Aunque la validez de la información autoinformada sobre el consumo ha sido cuestionada, distintos estudios (por ejemplo, Bailey, Flewelling y Rachal, 1992) que se han realizado con los adolescentes, han demostrado que este tipo de medidas tienen una buena sensibilidad para detectar los problemas por consumo de sustancias autoinformado por los sujetos, correlacionando positivamente con la información obtenida a través de la validación bioquímica en orina o en sangre. Aun entendiendo que la información autoinformada es veraz, es recomendable emplear distintos tests biológicos para corroborar la información autoinformada (O'Farrell y Maisto, 1987). La analítica de la orina es la medida biológica más ampliamente utilizada, aunque el período de detección de las sustancias por este método es relativamente corto (de 1 a 3 días en la mayoría de las drogas) (Cone, 1997), estando lógicamente en función de la dosis administrada y la vía de administración usada (véase tabla 7.5). Los análisis realizados en el pelo, la saliva y el sudor se consideran alternativas prometedoras (Cone, 1997). Cuantas más medidas tengamos sobre el consumo, tales como consumo autoinformado, analíticas en orina o en sangre, otros informes de los padres o compañeros, y la información aportada por ellos coincida, mayor es la confianza en la validez de las medidas.

## 5. TRATAMIENTO CONDUCTUAL O COGNITIVO-CONDUCTUAL

### 5.1. Los modelos cognitivo-conductuales

El abandono de cualquier tipo de droga o adicción conductual no suele ser tarea fácil para una persona joven. Por lo general, conlleva sufrimientos físicos, psicológicos y sociales, así como la reconstrucción de su vida. Dejar el consumo de alcohol u

TABLA 7.5  
*Tiempos de detección de sustancias  
 de abuso en orina*

Sustancia	Dosis (mg)	Tiempo de detección en orina
Anfetaminas	30	1-120 horas
Barbitúricos		
— Acción corta	100	6-24 horas
— Fenobarbital	30	6-24 horas
Benzodiazepinas		
— Acción corta	0,5	24 horas
— Acción larga	10	7 días
Cocaína	250	8-48 horas
Heroína	10	1-4 días
Morfina	10	84 horas mínimo
Metadona	38	7,5-56 horas
Petidina	100	4-24 horas
Tetrahidrocannabinol		
— Marihuana (1 vez a semana)	10	7-34 días
— Marihuana (diariamente)	10	6-81 días

otro tipo de drogas (por ejemplo, heroína, cocaína, hachís), es un paso difícil para un joven, ya que la mayoría de las veces está muy relacionado con el estilo de vida y las circunstancias personales y sociales (Funes, 1996). El joven tiene que romper con el consumo y rehacer su vida. La edad, donde las posibilidades y las maneras de recuperarse son diferentes según la etapa evolutiva, y la personalidad, serán factores claves en la recuperación.

La gran ventaja en la actualidad es que se han producido progresos importantes en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas, especialmente en los enfoques cognitivo-conductuales. Dichos enfoques han constituido la base de muchos programas de prevención (Botvin y Botvin, 1992) y su empleo en el tratamiento del abuso de sustancias por los adolescentes es cada vez mayor. Estas intervenciones incor-

poran con frecuencia el modelo de afrontamiento del estrés para el abuso de sustancias, enseñándose habilidades apropiadas para evitar el consumo de la sustancia. Los componentes del tratamiento pueden incluir autorregistros, entrenamiento en habilidades sociales (por ejemplo, resolver problemas o aumento de la asertividad), regulación del estado de ánimo (por ejemplo, entrenamiento en relajación, manejo de la ira o modificación de distorsiones cognitivas) y la prevención de las recaídas. El modelado, ensayo conductual y tareas para casa son técnicas que se suelen utilizar en este tipo de tratamientos.

Los enfoques cognitivo-conductuales tales como el ensayo de conducta y el contrato de control social (Azrin, McMahon y Donohue, 1994), el entrenamiento en solución de problemas y habilidades de afrontamiento (Hawkins, Jensen, Catalano y Wells, 1991) y las técnicas de prevención de recaídas (Catalano, Hawkins, Wells, Miller y Brewer, 1990; Myers y Brown, 1993) muestran unos resultados prometedores, al menos en los primeros meses después de llevar a cabo el tratamiento.

El tipo de tratamiento más apropiado para un adolescente depende de multitud de variables, tales como el tipo de conducta adictiva, grado de implicación, recursos personales, clase social, presencia de problemas físicos o psicológicos subyacentes, etc. (véase Graña, 1994a). Si el joven dispone de recursos personales importantes o su implicación con la droga es sólo moderada, probablemente pueda dejar la droga sin tratamiento. Sin embargo, una implicación seria con la droga haría aconsejable alguna modalidad de tratamiento, como la terapia psicológica (individual y/o en grupo) en régimen ambulatorio, que es la modalidad más utilizada. Si sus recursos son muy limitados, deberían considerarse formas de intervención más estructuradas o en régimen de internamiento u hospitalización. El tratamiento residencial es recomendable en jóvenes y jóvenes adultos, no tanto en niños.

## 5.2. Fases del tratamiento

La mayoría de las publicaciones e investigaciones se centran en el tratamiento de jóvenes y apenas se encuentran trabajos con escolares y preadoles-

centes. La posibilidad de intervención en niños es muy difícil. Hay niños que consumen/abusan a edades muy tempranas, que pertenecen a grupos sociales y familias muy deteriorados, marginales, en contacto con la delincuencia, muy difícil de acceder a ellos y se «colocan» con pegamentos, gasolinas y derivados de los hidrocarburos. No es un fenómeno frecuente en nuestro medio, aunque sí en otros países (por ejemplo, México, Brasil).

Centrándonos en el grupo de los adolescentes, solamente un subgrupo de éstos consumidores de drogas reúnen los criterios para el abuso o dependencia de las mismas (Rahdert y Grabowski, 1988; Weinberg, Rahdert, Colliver y Glantz, 1998). Hay una escasez notable de tratamientos específicos dirigidos a este grupo poblacional. Los adolescentes no buscan tratamiento. Tampoco es lo mismo un perfil que podríamos denominar «menores marginales» que de «menores normales». Los del primer perfil se caracterizan por estar inmersos en una problemática social importante y suelen consumir drogas duras como la heroína o la cocaína, están implicados en actividades delictivas y han sufrido malos tratos. El pronóstico de este perfil se caracteriza por un bajo índice de éxitos. En el segundo perfil, no se observa esa desestructuración social y las drogas de consumo habituales son el alcohol, las anfetaminas y los porros. Este perfil no requeriría un tratamiento tan estructurado como el que proponemos a continuación.

El programa que exponemos seguidamente está basado en las intervenciones clínicas que se están llevando a cabo en algunos centros de nuestro país especializados en drogodependencias y de los Estados Unidos para el tratamiento de jóvenes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (similar al que se utiliza con los adultos, aunque teniendo siempre presente las peculiaridades de la población objetivo, como desarrollo evolutivo, estilo de vida, etc.). Resolver un problema de drogodependencias es un proceso relativamente largo, proceso que se puede dividir en distintos momentos: 1) demanda del tratamiento; 2) valoración o evaluación; 3) desintoxicación; 4) deshabituación, y 5) seguimiento (véase tabla 7.6). La prioridad de la intervención no es la abstinencia en sí, sino ayudar al

TABLA 7.6

*Fases del tratamiento*

- |  |
|--|
| <p>1. <i>Demanda del tratamiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Punto clave: la motivación.</li> </ul> <p>2. <i>Evaluación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Entrevista clínica.</li> <li>— Otros instrumentos (cuestionarios, autorregistros, observación, etc).</li> </ul> <p>3. <i>Tratamiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Fase 1 (3 semanas).                             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Superar el síndrome de abstinencia.</li> <li>— Dejar de consumir la/s droga/s.</li> <li>— Normalizar el funcionamiento cotidiano.</li> <li>— Romper cualquier contacto que guarde relación con el mundo de la droga.</li> <li>— Entrenar a la familia a prevenir el consumo de drogas.</li> </ul> </li> <li>— Fase 2 (desde el primer hasta el tercer mes de tratamiento).                             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Mantener la abstinencia inicial.</li> <li>— Plantear y fortalecer el proceso de cambio.</li> <li>— Iniciar la deshabituación psicológica.</li> <li>— Modificación del estilo de vida.</li> </ul> </li> <li>— Fase 3 (desde el tercer mes hasta el noveno de tratamiento).                             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Continuar con la deshabituación psicológica y la modificación del estilo de vida.</li> <li>— Prevención de recaídas.</li> </ul> </li> </ul> <p>4. <i>Seguimiento</i> (del noveno mes al año)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Seguimiento mínimo de tres meses (se recomienda un año).</li> <li>— Analizar si se consolidan los objetivos terapéuticos alcanzados durante el tratamiento.</li> </ul> |
|--|

FUENTE: Adaptado de Graña (1994b).

joven a que se convierta en un modelo adulto (empatía, apego, etc.). Es imprescindible tratar al joven como un sujeto adulto, no como un menor.

La primera respuesta a una demanda de tratamiento pretende: 1) reforzar la motivación del joven (y de su familia, si es el caso) para adentrarse en el proceso terapéutico; 2) aclarar y modificar algunas reacciones poco útiles para el proceso que se va poner

en marcha; 3) determinar qué es lo que ha movido al paciente a buscar tratamiento, y 4) determinar sus objetivos.

La cuestión más crítica en esta fase es la relacionada con la motivación del joven. La clave está en entender y apoyar, en lugar de etiquetar. La ausencia de motivación para el cambio no tiene que ser concebida como un rasgo de personalidad inherente al individuo, sino como una característica de estado susceptible de ser modificada mediante la utilización de ciertas intervenciones. Cualquier procedimiento terapéutico que aumente la posibilidad de que un joven adicto inicie o mantenga estrategias de cambio activo es una intervención motivacional (Miller, 1985). Entre éstas destacan el proporcionar información respecto al proceso de cambio, la entrevista motivacional, la hoja de balance sobre decisiones y la matriz de decisiones. Proporcionar información respecto al proceso de cambio, consiste, fundamentalmente, en dar una visión del mismo, resaltando que la recuperación terapéutica es un proceso fásico y gradual, que casi nunca sigue un proceso lineal, con una progresión por etapas, discontinua y en espiral. El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente se suele tomar como punto de referencia para enfocar los procesos de cambio en las adicciones. Este modelo se caracteriza por seis etapas (precontemplación, contemplación, preparación para la acción, actuación, mantenimiento y finalización) y diez procesos de cambio (Graña y Muñoz-Rivas, 1998; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

La entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991) es una estrategia de intervención cuyo objetivo es ayudar a los pacientes a desarrollar una determinación y un compromiso con el cambio (véanse tablas 7.7 y 7.8). Las características principales de esta técnica son: 1) mantener un nivel de empatía; 2) prestar una atención positiva, mediante resúmenes y repeticiones, a lo que comunica el paciente; 3) enfatizar la responsabilidad individual, ya que es el paciente el que tiene la responsabilidad de tomar las decisiones y no el terapeuta; 4) fomentar la autoatribución interna del proceso de cambio, ya que el paciente debe ser su propio agente de

TABLA 7.7

*Aspectos clave en la entrevista motivacional**Principios generales*

- Expresar empatía.
- Desarrollar la discrepancia.
- Evitar la discusión.
- Eliminar la resistencia.
- Apoyar la autoeficacia.

*Cómo promover la motivación para el cambio*

- Hacer preguntas abiertas.
- Escuchar reflexivamente.
- Reafirmación.
- Resumir periódicamente.
- Provocar afirmaciones automotivadoras.

*Elementos fundamentales para generar la motivación para el cambio*

- Proporcionar retroalimentación al paciente.
- Enfatizar su responsabilidad y libertad de elección.
- Consejo directo y claro de que necesita cambiar y cómo hacerlo.
- Proporcionarle varias alternativas para que pueda elegir entre ellas.
- Ser empático.
- Aumentar la autoeficacia.

FUENTE: Adaptado de Miller y Rollnick (1991).

cambio, y 5) producir un estado de disonancia cognitiva.

La hoja de balance sobre decisiones (Janis y Mann, 1977) se utiliza para analizar los pros y los contras de su conducta adictiva. Se entrena al paciente a discriminar las desventajas del consumo de drogas en relación con las ventajas de una vida sin ellas. La matriz de decisiones es un instrumento elaborado por Marlatt (1985), a partir de la hoja de balance sobre decisiones, en la que se pide al paciente que anote sus expectativas respecto a las consecuencias inmediatas (positivas y negativas) y a largo plazo (positivas y negativas) tanto de dejar de consumir como de continuar consumiendo droga.

En la fase de valoración o evaluación se pretende, como señalamos anteriormente, establecer un



TABLA 7.8

*Algunas preguntas clave durante la entrevista motivacional*

- ¿Cuál crees que va a ser tu respuesta al tratamiento?
- ¿Qué relación guarda todo lo que me estás diciendo con tu adicción?
- Debe de ser difícil para ti todo esto. ¿Cuál es el próximo paso que vas a dar?
- ¿Qué crees que tienes que cambiar?
- ¿Qué podrías hacer? ¿Qué opciones tienes?
- Parece como si las cosas no pudiesen seguir igual. ¿Qué vas a hacer y cómo vas a hacerlo?
- ¿Qué va a suceder a partir de ahora?
- ¿Cómo te gustaría que cambiasen las cosas de ahora en adelante?
- ¿Qué te preocupa sobre dejar de consumir drogas?
- ¿Cuáles serían algunas de las cosas agradables sobre el cambio de estilo de vida?

FUENTE: Adaptado de Miller y Rollnick (1991).

diagnóstico y realizar un análisis funcional. Hay que recabar información médica (situación orgánica del sujeto), psicológica (antecedentes y consecuencias) y social (características del medio en el que se desenvuelve el adolescente). La información se recogerá antes del tratamiento y a lo largo de la línea base, a través de la entrevista clínica, cuestionarios, autorregistros, observación, etc. (véase tabla 7.9). De este modo se conocerán las causas o determinantes ambientales del consumo de drogas, junto a todos aquellos otros factores personales y fisiológicos que se relacionan con el problema adictivo. Se observará también si hay otros trastornos asociados al consumo, como elementos causales o antecedentes del mismo, o si la droga, como sustancia química y con claras propiedades adictivas, produce, a su vez, otra sintomatología u otros problemas por dicho consumo. Entendemos, ya desde aquí, que es relevante obtener información sobre la sustancia

TABLA 7.9

*Información necesaria para diseñar un tratamiento con el objetivo de cambiar una conducta adictiva*

1. Identificación de las sustancias objetivo.
2. Pautas de consumo habitual.
3. Pérdida de control y excesos.
4. Cambios en el consumo y desarrollo de la tolerancia.
5. Estímulos.
6. Consecuencias inmediatas.
7. Experimentación de síntomas de abstinencia.
8. Consecuencias médicas.
9. Consecuencias sociales.
10. Cambios en las actividades.
11. Consecuencias económicas.
12. Consecuencias legales.
13. Amigos o familiares con problemas.
14. Insatisfacción e intentos anteriores.
15. Intenciones actuales.
16. Efectos de abandonar o disminuir el consumo.
17. Apoyo social para el cambio.
18. Consumo de otras sustancias.
19. Otros problemas.

consumida, sus factores antecedentes y consecuentes, y otras consecuencias relacionadas con el consumo de la droga. Por ello, el análisis funcional constituye una herramienta esencial para llegar a conocer de modo preciso cuál o cuáles son los estímulos antecedentes, las variables del organismo, las conductas o respuestas en sus tres niveles (cognitivo, motor y fisiológico) y las consecuencias de esas conductas. Este conocimiento nos permite, con un criterio fiable y objetivo, poder diseñar la mejor estrategia de intervención para incidir directamente sobre la conducta problema y sus antecedentes y/o consecuentes.

En la primera fase de tratamiento es fundamental que el sujeto lleve a cabo la desintoxicación de las sustancias a las que es adicto. Hay tres modalidades de desintoxicación: desintoxicación hospitalaria, desintoxicación ambulatoria y desintoxicación domiciliaria. La *desintoxicación* tiene por objetivo reducir paulatina o bruscamente el consumo de la droga, de modo que la persona quede abstinenta. El clínico debe tener en mente que ésta es una condición necesaria, pero no suficiente, para la consecución del mantenimiento a largo plazo de la abstinencia. La desintoxicación parte del hecho de que una persona es dependiente de una sustancia y que para que pueda superar su dependencia física es necesario «limpiarlo» de todo resquicio de ella. Si la persona deja de consumir bruscamente la sustancia, puede aparecer el *síndrome de abstinencia* característico de la misma. Dado que éste es uno de los motivos para la búsqueda de droga o para no abandonar su consumo, conseguir que la persona deje de «necesitar» fisiológicamente la sustancia es un paso importante para el abandono de la misma. Por tanto, el proceso de desintoxicación pretende desvincular al individuo de la droga o drogas de la que dependen, evitando que padezca el síndrome de abstinencia. Este proceso se puede hacer mediante psicofármacos o sin ellos (Graña, 1994b; Graña y Muñoz-Rivas, 1998). En cuanto a la farmacoterapia, los protocolos desarrollados para la fase de desintoxicación de los adultos podrían ser utilizados en los adolescentes, ya que, aunque apenas hay datos sobre este aspecto, la experiencia clínica parece sugerir que no habría razón para suponer que la farmacoterapia utilizada con el adolescente tendría que ser diferente a la del adulto (Nageotte y Amato, 1997). Sin embargo, desde el punto de vista psicológico, es esencial superar la dependencia física sin utilizar farmacoterapia sustitutiva, que actúa como reforzante de la conducta de consumo de drogas, prolongando más en el tiempo el proceso de cambio. Lo que se está haciendo actualmente durante la desintoxicación es proporcionar fármacos que atenúen el síndrome de abstinencia, así como un amplio conjunto de tratamientos (vitaminas, sustitutivos, hidroterapia, etc.), tendentes todos ellos a paliar un cuadro clínico que, aunque en la mayoría de los casos no es peligroso, puede ser

muy molesto y llamativo. La mayoría de las personas pueden superar el síndrome de abstinencia sin excesivos problemas.

Para que el lector tenga una idea de cómo se podría hacer una desintoxicación sin fármacos, proponemos un ejemplo de cómo llevar a cabo la misma a nivel domiciliario, siguiendo lo descrito por Graña (1994b). Este autor señala que el consumo se puede reducir, de forma gradual en un período de 3 a 5 días, el número de dosis de heroína y/o de otras drogas que esté consumiendo el paciente, a una o dos dosis, pudiendo dejar de consumirlas una vez que haya alcanzado esa baja frecuencia de consumo. De este modo, el síndrome de abstinencia será mucho más suave. Esto posibilitaría que el joven afrontase el síndrome en su propia casa, bajo un programa de prevención de la respuesta de consumo de drogas, con ayuda y control de la propia familia, previamente entrenada. En ese programa se incluiría el entrenamiento en el control de estímulos, eliminando todo indicio que pueda estar relacionado con el consumo de drogas (por ejemplo, pósters), una explicación detallada de las respuestas fisiológicas características del síndrome de abstinencia, el acompañamiento del paciente por un miembro de la familia a lo largo del día para prevenir el consumo de drogas y la programación de actividades, así como la utilización de otras estrategias que puedan ayudar al joven a superar el «deseo» (*craving*) u otro tipo de problema que pueda surgir (por ejemplo, qué hacer cuando esté nervioso o tenga dolores).

En los casos más extremos o graves, es mejor que la desintoxicación sea en un hospital (Nageotte y Amato, 1997). El joven tendría que permanecer ingresado en una unidad hospitalaria específica durante un período aproximado de 15 a 30 días. Dicho ingreso estaría indicado en los siguientes casos: dependencia grave de una o varias drogas, patología orgánica grave, antecedentes de trastornos psiquiátricos y ausencia de un nivel mínimo de apoyo familiar.

En la segunda fase del tratamiento, se abordan cuestiones fundamentales como la deshabitación psicológica y la modificación del estilo de vida (véase tabla 7.6). Una vez que el joven se ha desintoxicado y, por tanto, está libre tanto de los efectos

que produce la droga como de los que aparecen durante el síndrome de abstinencia, el trabajo se centrará en que el hábito (tendencia y costumbre de consumir droga) deje de serlo. En la *deshabitua-ción*, el trabajo terapéutico se orienta a romper la dependencia psicosocial de la sustancia y lograr un cambio en el estilo de vida del joven que haga innecesario el consumo compulsivo de las drogas en situaciones vitales para el sujeto (diversión, aburrimiento, tensiones, miedos, etc.). En función de las necesidades del individuo, el trabajo terapéutico se puede llevar a cabo en un centro ambulatorio, en una comunidad terapéutica o en un centro de día. En el centro ambulatorio de atención a las drogodependencias, el paciente (y su familia, cuando se considere oportuno) tendría que acudir al mismo sólo los días que tiene sesión. Estos centros constituyen el primer lugar al que deben dirigirse los interesados para iniciar un tratamiento de recuperación, así como para la fase posterior de apoyo y seguimiento. Debe ser el marco terapéutico de elección siempre que sea posible, porque permite resolver la situación de las drogas allí donde se produjo, y será el escenario donde el joven tendrá que aprender a vivir sin las drogas. La comunidad terapéutica sería aconsejable cuando se haya de realizar un trabajo intensivo con el sujeto, que requiera prácticamente las 24 horas del día. El centro de día sería un recurso intermedio entre los dos anteriores, cuando internar al joven en una comunidad terapéutica no fuera lo más recomendable, pero necesitaría asistir a un tratamiento más intensivo, de varias horas al día, que no puede recibir en un centro ambulatorio.

Las técnicas cognitivo-conductuales son básicas en esta etapa del tratamiento (Onken, Blaime y Boren, 1993). Unas de las técnicas fundamentales aplicables en esta fase son los procedimientos de exposición, que se inician a los dos o tres meses de haber comenzado el tratamiento y se prolongan hasta los nueve meses. El objetivo es debilitar los estímulos condicionados que provocan la conducta de búsqueda y de autoadministración de la droga. Para aplicar este tipo de procedimientos, la persona debe llevar abstinentes entre 1 y 3 meses (corroborado con tests biológicos), realizar las sesiones en un ambiente controlado y utilizar estímulos condicio-

nados específicos para este sujeto (Childress et al., 1993; O'Brien, Childress, McLellan y Ehrman, 1990). El procedimiento consiste en elaborar una jerarquía de estímulos provocadores del deseo de consumir la droga y pedirle al paciente que valore en una escala (por ejemplo, de 0 a 100) el deseo que le produce cada una de las situaciones propuestas en la escala. Las sesiones de exposición deben tener una duración aproximada de 45 segundos, recomendándose no pasar a otro ítem mientras el sujeto no consiga un bajo nivel de ansiedad. Graña (1994b) recomienda añadir al procedimiento de extinción técnicas de relajación y de manejo de la ansiedad al final de la sesión.

La modificación del estilo de vida es clave también para romper con el mundo de las drogas. Para ello se utilizan procedimientos de intervención conductual (por ejemplo, programación de actividades) y cognitivas (por ejemplo, reestructuración cognitiva basada en la terapia cognitiva de Beck). La programación de actividades implica analizar el estilo de vida general del joven, buscándose actividades alternativas, aficiones, intereses y nuevas amistades. Es necesario programar actividades para ocupar el tiempo que el joven invertía en consumir la droga. El aburrimiento y la apatía son las dos situaciones más críticas para el mantenimiento de la abstinencia. Las técnicas de reestructuración cognitiva se utilizan para modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que presente el sujeto y que puedan influir negativamente en el proceso de recuperación de la adicción. No debemos olvidarnos de la familia cuando intentamos modificar el estilo de vida de un joven. La familia desempeña un papel fundamental para prevenir el estilo de vida que ha generado el consumo de la droga en el individuo (Graña, 1994c). La comunicación entre los miembros suele ser muy primitiva (frecuentes discusiones y ausencia de capacidad para la negociación); nadie escucha a nadie. La emancipación del joven, al igual que la de sus hermanos, en este tipo de familias es violenta la mayoría de las veces. Predominan los estilos autoritario y coercitivo. Hay una confusión respecto a las normas y límites, así como dificultad por parte de los padres en establecer dichos límites. Suelen ser familias reacias a los cambios.

En la tercera fase, el punto fundamental es abordar la prevención de las recaídas. Los estudios realizados en esta área han conducido a desarrollar estrategias específicas para disminuir las recaídas y proporcionar estrategias específicas de afrontamiento para fomentar la abstinencia continuada (véase tabla 7.10). Las contribuciones más significativas en esta área fueron realizadas por Marlatt y sus colaboradores (por ejemplo, Marlatt, 1993; Marlatt y Gordon, 1985). Las estrategias más eficaces para la prevención de las recaídas son, sobre todo, de tipo conductual y cognitivo, persiguiendo los siguientes objetivos: aumentar la autoeficacia, mejorar el control de impulsos, favorecer la reestructuración cognitiva y mejorar las estrategias de toma de decisiones. Las estrategias globales y específicas de prevención de recaídas pueden agruparse en tres categorías fundamentales (Marlatt y Barret, 1997): entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva e intervención sobre el estilo de vida. Los procedimientos de reestructuración cognitiva están dirigidos a proporcionar a los pacientes cogniciones alternativas para manejar los impulsos y las señales iniciales y para reestructurar las reacciones que se produzcan en la primera caída. Las estrategias de intervención sobre el estilo de vida intentan fortalecer la capacidad global de afrontamiento del paciente y reducir la frecuencia y la intensidad de los impulsos y los deseos irresistibles de consumir la sustancia psicoactiva, lo que a menudo constituyen el producto de un estilo de vida desequilibrado. Entre las estrategias de intervención específicas más habituales se halla el autorregistro, la observación directa, descripciones de recaídas pasadas o fantasías de recaída, entrenamiento en relajación, procedimientos de manejo del estrés y la matriz de decisión.

Las sesiones de seguimiento se pueden realizar una cada 15 días, en los primeros tres meses, espaciándolas, posteriormente, a un mes y luego a dos, en los restantes nueve meses de seguimiento. Estas sesiones se pueden aprovechar para reforzar al joven por seguir abstinente, para analizar las dificultades que pudiesen surgir al mantenerse sin consumir y para enseñarle estrategias que tengan como objetivo superar dichas dificultades.

TABLA 7.10

*Estrategias utilizadas en la prevención de recaídas*

- Evitar situaciones de alto riesgo (especialmente en las primeras semanas después de haber conseguido la abstinencia).
- Escape (abandonar la situación de riesgo).
- Distracción.
  - Estrategias cognitivas
    - Imaginación (asociar consumir drogas con consecuencias aversivas de las mismas).
    - Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación).
    - Autoinstrucciones (darse a uno mismo instrucciones para mantenerse abstinente).
  - Estrategias comportamentales
    - Relajación.
    - Actividad física.
    - Conductas alternativas más adecuadas.
    - Habilidades asertivas.
- Retrasar el deseo de consumir droga.
- Recordar caídas o recaídas que se hayan tenido en el pasado.

## 6. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS

El consumo de drogas, especialmente de las ilegales, es un fenómeno reciente en el tiempo, facilitado por la disponibilidad de sustancias psicoactivas, la adecuada manufactura y organización para su venta (que ocupen poco, sean fáciles de transportar y rentable su venta ilegal), que sus consumidores puedan comprarla, etc. Como hemos visto, el proceso de abandono de una droga requiere varios pasos. En primer lugar, el joven tiene que ir concienciándose de su problema y decidirse a abandonarlo. Este paso es muy difícil para un adolescente, porque se siente lleno de vitalidad y con el convencimiento de que puede dominar cualquier adversidad. Además, la droga, en muchas ocasiones, es parte del estilo de vida del individuo. En segundo lugar, el adolescente tiene que dejar de consumir la sustancia o de realizar

la conducta adictiva. Aunque pudiese parecer fácil para el adolescente, no lo es tanto como para otro tipo de edades, porque en gran medida su problema ha sido generado por el estilo de vida. Y, en tercer lugar, y el gran caballo de batalla, tenemos la necesidad de romper el hábito. Para ello los psicólogos cuentan con excelentes enfoques como el cognitivo-conductual (por ejemplo, Onken, Blaime y Boren, 1993). Las estrategias cognitivo-conductuales son herramientas básicas para realizar aquellos cambios en la vida del joven (por ejemplo, fomentar el auto-control, enseñarle a manejar el estrés, incrementar la competencia social) que le permitan rehacer una nueva vida, sin la dependencia.

Debido a que tanto las causas como las consecuencias de la dependencia de drogas son múltiples (físicas, psicológicas y sociales), es preferible buscar la ayuda de un equipo terapéutico (médico, psicólogo, trabajador social, etc.), como así ocurre en los centros especializados de drogodependencias o de alcoholismo en nuestro medio. Por lo tanto, los profesionales son las personas más calificadas para diagnosticar correctamente y proporcionar el tratamiento que más se adecue al joven en cuestión.

Aunque el consumo de sustancias psicoactivas y los problemas relacionados con dicho consumo en los niños y adolescentes han recibido una mayor atención en los últimos años, los investigadores y los clínicos han avanzado lentamente en las cuestiones conceptuales y empíricas fundamentales (Becoña, 1999). Entre las cuestiones más confusas se pueden incluir la complejidad y variedad de los factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas, la presentación heterogénea de los trastornos relacionados con sustancias, las similitudes y diferencias en el abuso de sustancias entre adolescentes y adultos, la comorbilidad del abuso de sustancias con otros trastornos en el caso de los adolescentes y la complicación del diagnóstico, evaluación y tratamiento (Waldrom, 1998). La investigación sobre el abuso de sustancias en los adolescentes y en los niños se caracteriza por lo dispar de las definiciones de abuso, por las amplias variaciones en las estrategias de muestreo de los sujetos y por la poca atención sistemática prestada a

la heterogeneidad en adolescentes con trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Tales problemas metodológicos pueden ser la base de las inconsistencias en los hallazgos y la no comparabilidad entre estudios.

No obstante, en los últimos años se han producido importantes avances en la evaluación del consumo de sustancias psicoactivas por los adolescentes, desarrollándose una amplia variedad de instrumentos diseñados específicamente para esta población (Winters y Stinchfield, 1995). Establecer las propiedades psicométricas de estos instrumentos y desarrollar procedimientos de evaluación más uniformes, tanto para la investigación como para la práctica clínica, facilitaría la comparación de la eficacia de los tratamientos (Waldrom, 1998).

Como hemos visto, los tratamientos cognitivo-conductuales utilizados en el tratamiento de la adicción en los jóvenes son similares a los de los adultos. La futura investigación debería centrarse en examinar los componentes del modelo cognitivo-conductual en los jóvenes, evaluar la importancia del desarrollo en el adolescente y considerar el género en relación a la eficacia del tratamiento.

La amplia mayoría de los estudios realizados para estudiar la eficacia de las intervenciones en los trastornos relacionados con el abuso de sustancias en los jóvenes tiene numerosos problemas metodológicos. Además de presentar problemas en el diseño del estudio y en cuestiones relacionadas con la evaluación, al menos la mitad de los estudios no incluyen seguimiento. Más aún, la pérdida experimental de sujetos podría confundir la interpretación de los resultados de los estudios (Stanton y Shadish, 1997).

Finalmente, debemos indicar que la motivación para el cambio representa un punto esencial en el tratamiento, siendo un elemento básico para mantener al adolescente en el tratamiento. La entrevista motivacional diseñada por Miller y Rollnick (1991) parece ser uno de los instrumentos más adecuados que hay en estos momentos para trabajar esta cuestión, a pesar de que solamente hay estudios realizados con población adulta. Esperemos que los años venideros ofrezcan soluciones a buena parte de estos problemas.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4.ª ed. Texto revisado). Washington, DC: Autor.
- Azrin, N. H.; McMahon, P. T. y Donohue, V. A. (1994): Behavior therapy for drug use: A controlled treatment outcome study. *Behavior Research and Therapy*, 32, 857-866.
- Bailey, S. L.; Flewelling, R. L. y Rachal, J. V. (1992): The characterization of inconsistencies in self-reports of alcohol and marijuana use in a longitudinal study of adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 636-657.
- Becoña, E. (1995): Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (dirs.), *Manual de psicopatología* (Vol. 1). Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña, E. (1999): *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E.; Palomares, A. y García, M. P. (1994): *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E.; Rodríguez, A. y Salazar, I. (dirs.) (1996): *Drogodependencias. III. Drogas ilegales*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998): *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Botvin, G. J. y Botvin, E. M. (1992): Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.
- Brook, J. S.; Brook, D. W.; Gordon, A. S.; Whiteman, M. y Cohen, P. (1990): The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116, 111-267.
- Calafat, A.; Stocco, P.; Mendes, F.; Simon, J.; Van de Wijngaart, G.; Sureda, M.; Palmer, A.; Maalsté, N. y Zavatti, P. (1998): *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: IREFREA España.
- Catalano, R. F.; Hawkins, J. D.; Wells, E. A.; Miller, J. L. y Brewer, D. D. (1990): Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. *International Journal of Addictions*, 25, 1085-1140.
- Childress, A. R.; Hole, A. V.; Ehrman, R. N.; Robbins, S. J.; McLellan, A. T. y O'Brien, C. P. (1993): Reactividad ante estímulos en la dependencia de la cocaína y de los opiáceos: visión general de las estrategias para afrontar los deseos irresistibles de la droga y la excitación condicionada. En M. Casas y M. Gossop (dirs.), *Recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Ediciones Neurociencias.
- Cone, E. J. (1997): New developments in biological measures of drug prevalence. En L. Harrison y A. Hughes (dirs.), *The validity of self-reported drug use: Improving the accuracy of survey estimates* (NIDA Research Monograph, 167). Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- Echeburúa, E. (1994): *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Escotado, A. (1996): *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Flay, B. R. y Petraitis, J. (1994): The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19-44.
- Funes, J. (1996): *Drogas y adolescentes*. Madrid: Aguilar.
- Graña, J. L. (1994a): Evaluación conductual en las drogodependencias. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J. L. (1994b): Intervención conductual individual en drogodependencias. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J. L. (1994c): Intervención conductual familiar en drogodependencias. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J. L. y Muñoz-Rivas, M. (1998): Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la heroína y a la cocaína. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Hawkins, J. D.; Jensen, J. M.; Catalano, R. F. y Wells, E. A. (1991): Effects of a skills training intervention with juvenile delinquents. *Research and Social Works Practice*, 1, 107-121.

- Hite, C. y Shannon, M. (1992): Clinical profile of apparently healthy neonates with in utero drug exposure. *Journal of Obstetric and Gynecology Neonatal*, 21, 305-309.
- Jaffe, J. A. (1990): Drug addiction and drug abuse. En A. G. Gilman, T. W. Rall, A. S. Nies y P. Taylor (dirs.), *The pharmacological basis of therapeutics* (3.ª ed.) Nueva York: Pergamon.
- Janis, I. L. y Mann, L. (1977): *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. Nueva York: The Free Press.
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977): *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press.
- Kaminer, Y. (1994): *Adolescent substance abuse: A comprehensive guide to theory and practice*. Nueva York: Plenum.
- Lettiere, D.; Sayers, M. y Pearson, H. (dirs.) (1980): *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives*. Rockville, MD: National Institutes of Health.
- MacDonald, D. I. (1984): Drugs, drinking and adolescence. *American Journal of Disease Child*, 138, 117-125.
- Marlatt, G. A. (1985): Cognitive assessment and intervention procedures for relapse prevention. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (dirs.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- Marlatt, G. A. y Barret, K. (1997): Prevención de recaídas. En M. Galanter y H. Kleber (dirs.), *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press*. Barcelona: Masson.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (dirs.) (1985): *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- Miller, W. R. (1985): Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (Ed.) (1991): *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Nueva York: Guilford.
- Myers, M. G. y Brown, S. A. (1993): Coping as a predictor of adolescent substance abuse treatment outcome. *Journal of Substance Abuse*, 5, 15-29.
- Nageotte, C. y Amato, J. (1997): Treatment of addiction in adolescent populations. En N. Miller (dir.), *The principles and practice of addictions in psychiatry*. Philadelphia: Saunders.
- O'Brien, C. P.; Childress, A. R.; McLellan, T. y Ehrman, R. (1990): Integrating systematic cue exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients. *Addictive Behaviors*, 15, 355-365.
- O'Farrel, T. J. y Maisto, S. A. (1987): The utility of self report and biological measures of alcohol consumption in alcoholism treatment outcome studies. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 9, 91-125.
- Onken, L. S.; Blaime, J. D. y Boren, I. J. (dirs.) (1993): *Behavioral treatments for drug abuse and dependence*. Rockville, MD: NIDA.
- Petratis, J.; Flay, B. R. y Miller, T. Q. (1995): Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Plan Nacional sobre Drogas (1997a): *Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (1997b): *Encuesta sobre drogas a la población escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992): In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rahdert, E. R. y Grabowski, J. (dir.) (1988): *Adolescent drug abuse: Analyses of treatment research*. Rockville, MD: NIDA.
- Rodríguez-Sacristán, J. y Aguilar, E. (1995): El niño y el mundo de las drogas. En J. Rodríguez-Sacristán (dir.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (vol. II). Sevilla: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Shuckit (1995): *Drug and alcohol abuse*. Nueva York: Plenum.
- Waldron, H. B. (1998): Substance abuse disorders. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Comprehensive clinical psychology* (vol. 5). Oxford: Elsevier.
- Weinberg, N. Z.; Rahdert, E.; Colliver, J. D. y Glantz, M. D. (1998): Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 252-261.
- Wilson, P.; Spece, S. y Kavanagh, D. (1995): *Técnicas de entrevista clínica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Winters, K. C. y Henly, G. A. (1993): *Adolescent diagnostic interview schedule and manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Winters, K. C. y Stinchfield, R. D. (1995): Current issues and future needs in the assessment of adolescent drug abuse. En E. Rahdert y D. Czechowicz (dirs.), *Adoles-*

*cent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions*. Rockville, MD: National Institutes of Health.



**PARTE QUINTA**  
**Trastornos del sueño**



# Características clínicas y tratamiento de los trastornos del sueño en la infancia

# 8

VICENTE E. CABALLO<sup>1</sup>  
JOSÉ FRANCISCO NAVARRO<sup>2</sup>  
J. CARLOS SIERRA<sup>1</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que la gente pasa aproximadamente un tercio de sus vidas durmiendo, se conoce muy poco acerca de los mecanismos y las funciones del sueño. Se ha definido al sueño como «un estado regular, recurrente y fácilmente reversible del organismo que se caracteriza por una relativa inactividad y un gran aumento del umbral de respuesta ante los estímulos externos comparado con el estado de vigilia» (Kaplan, Saddock y Grebb, 1994). O también como «aquella parte del ciclo circadiano normal en la que una persona deja de responder al ambiente» (Van Hoot, Lane y Borkovec, 1984). Dentro de esta definición hay toda una serie de características propias de este período del ciclo circadiano. Características conductuales, pero también fisiológicas. El sueño depende de numerosos factores conductuales y de la integridad de muchas estructuras neurales y mecanismos corporales. Teniendo en cuenta la cantidad de elementos implicados en el sueño, no parece difícil entender por qué hay tantos aspectos orgánicos y ambientales que perturban el funcionamiento del sistema del sueño.

Los trastornos del sueño en la infancia siguen la misma tónica anterior, constituyendo un problema frecuente en la práctica clínica. De hecho, al igual que ocurre en las personas adultas, la mayoría de los niños atraviesa por algún período durante su

desarrollo en el que es habitual que manifiesten alteraciones del sueño. Aunque muchos de los trastornos del sueño infantiles no resultan realmente importantes, a veces representan motivo de preocupación, o incluso frustración, para los padres, que no saben cómo enfrentarse a los mismos. Así, por ejemplo, el insomnio infantil provocado por hábitos incorrectos, que supone el trastorno de sueño más frecuente entre los niños, puede afectar en algún grado a más del 30 por 100 de la población infantil (Estivill y Cilveti, 1994). Ahora bien, la falta de solución a estos problemas y su complicación pueden constituir, con el paso del tiempo, la causa de trastornos psicológicos más importantes (Stores, 1996). De hecho, se han asociado, por ejemplo, problemas de atención e hiperactividad en niños con trastornos del sueño (Chervin, Dillon, Bassetti, Ganoczy y Pituch, 1997).

En este capítulo, describiremos las características básicas y las pautas generales de tratamiento de las principales alteraciones del sueño en la infancia: insomnios, hipersomnias, trastornos del ritmo circadiano y parasomnias.

## 2. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SUEÑO

Al hablar del sueño, podemos señalar dos estados diferentes: uno en el que la persona respira con lentitud, de forma regular y cambia periódicamente de posición, y otro en el que la respiración es errática y no se contemplan amplios movimientos corporales,

<sup>1</sup> Universidad de Granada (España).

<sup>2</sup> Universidad de Málaga (España).

excepto ligeras contracciones de la cara y las extremidades. El paso de uno a otro de estos estadios tiene lugar continuamente a lo largo de la noche hasta que el individuo se despierta por la mañana.

Si consideramos los registros electroencefalográficos, el patrón del sujeto que duerme cambia de forma notable a lo largo de la noche. Mientras que se está despierto, el EEG se caracteriza por una actividad de elevada frecuencia (14-20 Hz), de baja amplitud y sin ritmo, denominada *ondas beta*. Se considera que el EEG está desincronizado y refleja un estado de alerta en este punto. Cuando una persona cierra los ojos, aparece otro ritmo. Estas ondas son casi sinusoidales, oscilaciones de 8-13 Hz de mayor voltaje que las beta. Esos ritmos *alfa* son característicos de cualquier estado de relajación no patológica y aparecen en la mayoría de las personas cuando cierran los ojos y se relajan.

Conforme aumenta la relajación, la frecuencia del EEG se vuelve más lenta y la amplitud aumenta aún más. Una frecuencia de 4-7 Hz caracteriza a las *ondas theta* y está asociada con las primeras señales de sueño. De hecho, la Fase 1 del sueño tiene lugar cuando más del 50 por 100 de una *época*<sup>2</sup> de EEG de 30 segundos es theta y alfa desaparece. La Fase 2 se caracteriza por las frecuencias de la Fase 1 y la presencia de husos de sueño y/o complejos K. Los husos son cortos, explosiones de 0,5-3 segundos de ondas de 14-16 Hz, muy rítmicas y de amplitud regular y uniforme. Un complejo K es una repentina espiga bipolar de elevada amplitud y de al menos 1,5 segundos de duración. Se ha informado que este tipo de fenómenos ocurren en respuesta a sonidos que se presentan al sujeto que duerme y se piensa que representan una onda de inhibición para evitar la activación en respuesta a la estimulación.

Con un poco más de tiempo aparecen *ritmos delta* más lentos y amplios, de una amplitud muy elevada y una baja frecuencia (1-3 Hz). Los ritmos delta están asociados con el sueño electroencefalográficamente muy profundo o con el coma. La Fase 3 del sueño se define por la presencia de delta en el 20-50 por 100 de las *épocas*, mientras que si delta sobrepasa el 50 por 100 entonces define a la Fase 4. Las Fases 3 y 4 se conocen como *sueño profundo* o

*de ondas lentas*. Algunos autores denominan a la Fase 3 como *sueño lento*, mientras que a la Fase 4 lo llaman *sueño lento profundo*.

Las etapas descritas hasta aquí constituyen el estado de sueño sin movimientos oculares rápidos (NREM), denominado en conjunto *sueño NREM*, *sueño sincronizado (sueño-S)*, etc. Aproximadamente 90 minutos después del comienzo del sueño, el EEG y las conductas de sueño cambian drásticamente. Electroencefalográficamente, el registro semeja mucho al obtenido durante la vigilia, excepto por la presencia de ondas regulares, de baja amplitud, con forma de dientes de sierra. Sin embargo, la actividad muscular no existe y el individuo se encuentra funcionalmente paralizado. Los únicos movimientos pueden notarse en los ojos (movimientos rápidos) y, periódicamente, en las extremidades y en la cara, como pequeñas contracciones. La tasa cardíaca y la respiración se vuelven irregulares. Si se despierta a los individuos en este estadio, informan frecuentemente de sueños vívidos, detallados, con carga emocional. Por esta razón, junto con los movimientos rápidos de los ojos y la apariencia de vigilia del EEG, este estadio se ha llamado *sueño de movimientos oculares rápidos (sueño REM)*, *sueño paradójico*, *sueño desincronizado (sueño-D)*, etc. El sueño REM ocupa aproximadamente del 20 al 25 por 100 del sueño nocturno y se mantiene con una proporción casi constante durante toda la vida. La fase REM del sueño tiene lugar de forma cíclica a lo largo de la noche, alternando con el sueño NREM cada 80-100 minutos. La Fase 1, que es de transición, ocupa del 5 al 10 por 100; la 2 ocupa el 50 por 100; y las 3 y 4 del 20 al 25 por 100 del sueño total. Las Fases 3 y 4 suelen ocurrir en el período que va del primer tercio a la primera mitad de la noche y su duración aumenta cuando se priva de sueño al sujeto (Carlson, 1996; Rosenweig y Leiman, 1997).

La cantidad y calidad del sueño varía notablemente entre individuos y con la edad. Por ejemplo, la gente anciana tiende a dormir menos (unas 6 horas), muestra menos sueño de ondas lentas y REM, y tiene una fragmentación mayor del sueño. Por otra parte, los recién nacidos duermen unas 16 horas y media diarias, disminuyendo a 14 horas a los seis meses. A los 2 años se duerme unas 12 horas y media (incluir

<sup>2</sup> Página de registro (unos 30 segundos, con una velocidad de registro de 10 mm/seg).

da la siesta) y a los 6 años el tiempo para dormir se reduce a unas 11 horas (y sin necesidad de siesta). A los 10 años la media desciende a 10 horas y en la adolescencia (de 15 a 19 años) se suele dormir de 7 horas y media a 8 horas (Hauri y Linde, 1992).

### 3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

La *Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño* ha sido desarrollada por diversos especialistas de diferentes nacionalidades en 1990, bajo el patrocinio de la «American Sleep Disorders Association» (ASDA). Dicho sistema de clasificación agrupa los trastornos del sueño en cuatro categorías, a saber: 1) disomnias, que incluyen los trastornos intrínsecos del sueño, los trastornos extrínsecos del sueño y los trastornos relacionados con el ritmo circadiano; 2) parasomnias, incluyendo trastornos del despertar, trastornos de la transición vigilia/sueño, parasomnias relacionadas con el sueño REM y otras parasomnias; 3) trastornos del sueño relacionados con enfermedades orgánicas o psiquiátricas, y 4) otros trastornos del sueño. Actualmente, se utilizan también otras clasificaciones de los trastornos del sueño, tales como la CIE-10 (OMS, 1992) o la del DSM-IV-TR (APA, 2000) (véase tabla 8.1). Esta última sigue, a grandes rasgos, la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño y la consideraremos como el eje director para la descripción de los distintos trastornos del sueño infantil en el presente capítulo.

TABLA 8.1

*Clasificación de los trastornos del sueño (según el DSM-IV-TR, 2000)*

#### 1. Trastornos primarios del sueño.

##### 1.1. Disomnias

- a) Insomnio primario.
- b) Hipersomnia primaria.
- c) Narcolepsia.
- d) Trastorno del sueño relacionado con la respiración.

TABLA 8.1 (continuación)

- e) Trastorno del ritmo circadiano
    1. Tipo de la fase de sueño atrasada.
    2. Tipo cambio de huso horario (*jet-lag*).
    3. Tipo cambio de turno de trabajo.
    4. Tipo no especificado.
  - f) Disomnia no especificada. Este apartado incluye:
    1. Insomnio o hipersomnia por factores ambientales.
    2. Somnolencia excesiva por sueño insuficiente.
    3. Síndrome de las piernas inquietas idiopático.
    4. Mioclonus nocturno.
    5. Otras disomnias sin causa determinada.
- 1.2. Parasomnias
- a) Pesadillas.
  - b) Terrores nocturnos.
  - c) Sonambulismo.
  - d) Parasomnia no especificada. Este apartado incluye:
    1. Trastorno de conducta asociado al sueño REM.
    2. Parálisis del sueño (hipnagógica o hipnóptica).
    3. Otras parasomnias sin causa determinada.
- #### 2. Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental.
- 2.1. Insomnio relacionado con otro trastorno mental.
  - 2.2. Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental.
- #### 3. Otros trastornos del sueño.
- 3.1. Trastorno del sueño producido por una enfermedad médica
    1. Tipo insomnio.
    2. Tipo hipersomnia.
    3. Tipo parasomnia.
    4. Tipo mixto.
  - 3.2. Trastorno del sueño provocado por el consumo de sustancias psicoactivas
    1. Tipo insomnio.
    2. Tipo hipersomnia.
    3. Tipo parasomnia.
    4. Tipo mixto.

#### 4. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA

La evaluación de las conductas de sueño/vigilia en niños se fundamenta en la utilización de técnicas subjetivas de recogida de información y sólo ocasionalmente (y en determinadas patologías) resulta realmente imprescindible emplear registros polisomnográficos nocturnos y/o monitorización ambulatoria. Las técnicas subjetivas incluyen básicamente: *a*) una entrevista clínica detallada, realizada a los padres y al niño, si éste tiene suficiente edad (por ejemplo, a través de la entrevista con los padres se recaba información acerca de los hábitos de sueño del niño, de posibles alteraciones psicológicas y orgánicas); *b*) diarios/agendas de sueño, y *c*) cuestionarios y escalas específicas (véase tabla 8.2). Así pues, en la evaluación de los trastornos del sueño en la infancia, es conveniente utilizar distintas fuentes de recogida de información que, por su naturaleza subjetiva, deben complementarse, en la medida de lo posible, con técnicas objetivas, como el registro polisomnográfico en un laboratorio de sueño.

TABLA 8.2

##### *Autoinformes y cuestionarios sobre el sueño*

1. Escala de somnolencia de Stanford (Hoddes et al., 1972).
2. Cuestionario de matutinidad-vespertinidad (Horne y Ostberg, 1977).
3. Escala de autoevaluación conductual del sueño (Kazarian et al., 1979).
4. Cuestionario de sueño (Dominio et al., 1984).
5. Escala de activación presueño (Nicassio et al., 1985).
6. Cuestionario sobre el conocimiento y prácticas de hábitos higiénicos de sueño (Lacks y Rotert, 1986).
7. Escala de nivel de alerta (Lancry, 1989).
8. Lista de adjetivos de activación-desactivación (Thayer, 1990).
9. Escala de somnolencia de Epworth (John, 1991)
10. Inventario de actividades de sueño-alerta (Rosenthal et al., 1993).

Cashman y McCann (1991) plantean algunas sugerencias generales especialmente útiles en el proceso de evaluación de las alteraciones del sueño en la infancia: *a*) en el caso de los niños que puedan llevar a cabo apropiadamente un registro escrito, es aconsejable obtener una línea-base de al menos dos semanas en relación con la conducta de sueño/vigilia. Asimismo, los padres deberían realizar también una línea-base paralela, independiente de los registros efectuados por el niño; *b*) la entrevista clínica debería incluir la información obtenida independientemente con los padres y el niño, que deberían ser, por tanto, evaluados (si la edad del niño lo permite) por separado; *c*) es recomendable realizar un microanálisis conductual de los hábitos del niño y de sus padres, junto con las interacciones entre ambos a lo largo de un ciclo de 24 horas, durante el fin de semana y a lo largo del período escolar; *d*) realizar un examen médico exhaustivo para descartar posibles causas orgánicas, y *e*) en algunos trastornos del sueño resulta prácticamente imprescindible llevar a cabo un registro objetivo del sueño, especialmente en las apneas del sueño, en trastornos que cursan con una somnolencia diurna excesiva, en el bruxismo nocturno o cuando se sospecha de la existencia de crisis paroxísticas nocturnas.

En la tabla 8.3 se presenta un cuadro-resumen con los principales procedimientos y técnicas de evaluación de los trastornos del sueño en la infancia. Una descripción más pormenorizada de la metodología de evaluación de las diferentes alteraciones del sueño se puede encontrar en Cashman y McCann (1991), Raich y De la Calzada (1992), Peraita (1992), Sheldon, Spire y Levy (1992), Minde et al. (1993) y Navarro (1994).

#### 5. PRINCIPALES TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA

##### 5.1. Insomnios

El insomnio constituye una de las quejas más frecuentes en las consultas pediátricas. Después de los seis meses, se considera que un niño sufre insomnio si al menos dos veces por semana necesita más de 45

TABLA 8.3

*Evaluación de los trastornos del sueño en la infancia*

Procedimiento	Características generales
Entrevista	Pretende obtener información sobre los hábitos de sueño del niño, alteraciones psicológicas y/o orgánicas, aparición y evolución del trastorno, frecuencia, etc.
Diarios y agendas de sueño	Únicamente se puede utilizar cuando el niño tiene ya cierta edad. Proporciona información sobre el horario de sueño, número de despertares, trastornos asociados, etc. Las respuestas en los diarios de sueño suelen ser cerradas.
Autoinformes y cuestionarios	Presentan un conjunto de afirmaciones o cuestiones sobre el sueño relacionadas con su duración, intensidad, estado de alerta o consecuencias de los trastornos.
Evaluación polisomnográfica	Permite cuantificar y caracterizar objetivamente el sueño del niño y sus posibles alteraciones.
Pruebas complementarias	Registros actométricos. Registro de parámetros respiratorios. Potenciales evocados. Pupilometría. MSLT, etc.

minutos para quedarse dormido, o si se despierta totalmente al menos una vez a la semana sin poder dormirse de nuevo (Groswasser, Sottiaux y Kahn, 1996). En niños menores de cinco años, el insomnio suele estar casi siempre relacionado con una adquisición inadecuada de hábitos de sueño. De hecho, se habla de dos tipos de insomnio infantil: insomnio por hábitos erróneos o incorrectos e insomnio por trastornos psicológicos (Estivill, 1998).

#### 5.1.1. *Insomnio infantil por hábitos incorrectos*

Es el trastorno del sueño más frecuente entre los niños, afectando en mayor o menor medida a más del 30 por 100 de la población infantil. El problema se inicia y se mantiene por una deficiente adquisición del hábito del sueño, existiendo una distorsión y desestructuración por asociaciones inadecuadas que el niño hace con su sueño, relacionadas habitualmente con los múltiples y diferentes cambios que llevan a cabo los padres para intentar que el niño se duerma (Estivill, 1994). Suele aparecer en lactantes de seis meses hasta

niños de cinco años, produciendo una grave distorsión del sueño de los niños y de sus padres. Normalmente interrumpen su sueño de 5 a 15 veces y les resulta imposible volver a conciliarlo de forma espontánea y sin ayuda. Las consecuencias a corto-medio plazo son la irritabilidad, la dependencia de la madre y, a largo plazo, trastornos del desarrollo por la alteración en la secreción de la hormona del crecimiento; en el seno de la familia se puede desarrollar agresividad, inseguridad y rechazo del niño (Estivill, 1998). Un niño que a los cinco años no ha superado su problema de insomnio tiene más posibilidades de sufrir trastornos del sueño cuando sea mayor que otro que duerma bien. El límite de los cinco años se relaciona con el hecho de que a esa edad un niño suele entender perfectamente lo que le dicen sus padres y, si éstos le piden que no salga de su habitación, lo más probable es que obedezca, lo que no significa que duerma realmente de un tirón. Lo normal entonces es que aparezcan problemas de otra índole: pesadillas, sonambulismo, miedo a irse a la cama, etc. (Estivill y de Bejar, 1996). El único tratamiento que ha demostrado ser realmen-

te eficaz es la reeducación de los hábitos de sueño mediante técnicas conductuales. A este respecto, el método de aproximaciones sucesivas descrito inicialmente por Ferber (1993) constituye un tratamiento de probada eficacia. En la tabla 8.4 se presenta el protocolo de actuación con base en una adaptación del método de Ferber (Estivill, 1994; Estivill y Cilveti, 1994; Estivill y de Béjar, 1996). Por otra parte, la tabla 8.5 recoge las pautas de un programa de higiene de sueño que mostró ser eficaz en niños insomnes con edades comprendidas entre dos y cinco años (Andreu y Letosa, 1997).

El tratamiento farmacológico del insomnio infantil por hábitos incorrectos es verdaderamente poco eficaz o nulo (Estivill, 1998). Con frecuencia, los padres, a pesar de ser reacios a administrarles fármacos a sus hijos, los suelen emplear normalmente como último recurso (Estivill, 1995; France y Hudson, 1993).

### 5.1.2. Otros insomnios

#### 1. Insomnio infantil por causas psicológicas

El propio proceso de desarrollo se acompaña de nuevas situaciones y acontecimientos (v.g., la entrada en la guardería o en el colegio) que pueden incrementar la ansiedad del niño y desencadenar, por tanto, insomnio. A veces, la oscuridad y la soledad pueden provocar miedo y ansiedad, con la consiguiente dificultad para conciliar el sueño. Se estima que el insomnio infantil, a partir de los cinco años de edad, presenta una prevalencia del 14 por 100 (De la Fuente, Estivill y Domènech, 1997). En estos casos, el tratamiento implica la utilización de técnicas conductuales, incluyendo desensibilización «en vivo» o en imaginación, técnicas de relajación, refuerzo positivo

TABLA 8.4

#### *Adaptación del método de Ferber en el tratamiento del insomnio infantil por hábitos incorrectos*

##### **Protocolo de actuación:**

1. Presencia en la consulta de ambos padres.
2. Establecimiento del diagnóstico de insomnio infantil por hábitos incorrectos, con base en la entrevista realizada.
3. Explicación pormenorizada a los padres de la naturaleza conductual del insomnio del niño.
4. Explicación de la correcta aplicación de rutinas preparatorias para que el niño concilie el sueño, que los padres deben realizar entre 5-10 minutos antes de la hora de dormir establecida para el niño:
  - a) La situación de inicio del sueño debe hacerse agradable y tranquila.
  - b) Los padres deben colocar a su hijo en su cuna o cama y, si lo desean, pueden contarle algún cuento corto.
  - c) Es recomendable utilizar objetos transicionales llamativos (muñecos de peluche) que acompañen al niño en su entorno inmediato al dormir.
  - d) El niño debe comprender que este tiempo especial junto a sus padres no se va a prolongar más allá de 5-10 minutos. Durante dicho período, el niño debe mantenerse despierto, con las luces de su habitación encendidas.
  - e) Un poco antes de que transcurran esos 5-10 minutos, alguno de los padres debe permanecer en la habitación y utilizar con voz tranquila y segura la siguiente consigna (que no debe durar más de 1 minuto): «El papá/mamá quiere que aprendas a dormir solo, así que aquí tienes tu osito (o cualquier otro juguete), buenas noches cariño». Seguidamente, el padre/padre debe salir inmediatamente de la habitación.
  - f) Los padres deben salir de la habitación dejando al niño despierto y no entrar de nuevo salvo para reafirmar la consigna anterior. Las entradas en el cuarto deben seguir un programa de esperas progresivas preestablecido, y nunca deben hacerse para que el niño deje de llorar o para ayudarlo a dormir. Las entradas en la habitación del niño no deben ser contingentes al llanto o demanda del mismo, sino que siguen siempre un tiempo de espera que es más largo a cada entrada.



TABLA 8.5

*Programa de higiene de sueño para niños menores de cinco años  
(Andreu y Letosa, 1997)*

## 1. Durante el día.

- Limitar el consumo de sustancias estimulantes (cacao, colas, azúcar, etc.).
- Establecer horarios rutinarios para las actividades diarias.

## 2. Al ir a dormir.

- Establecer rutinas relajantes (baño, cena, juegos relajantes, etc.).
- Acompañar al niño a su habitación, ayudarle a meterse en cama; permanecer con él manteniendo una conversación relajante.
- Transcurridos 10-15 minutos comunicar al niño que se va a quedar solo y que si le necesita estará en otra habitación; no esperar a que el niño se duerma.
- Si el niño llama tardar en acudir, no permitirle que se levante de cama, y, si lo hace, se le acompaña a su cama y no se queda más tiempo con él.
- Si el niño se despierta por la noche, no darle de comer, solamente agua.
- La siesta se hará siguiendo las pautas anteriores; hacerla a primera hora de la tarde de modo que no interfiera en el sueño nocturno.
- Establecer horarios de acostarse y levantarse, tanto en el sueño nocturno como en el diurno.

## 3. Condiciones de la habitación.

- Que no haya excesivo calor.
- Si el niño tiene miedo se puede dejar un ruido de fondo o una luz tenue.
- Decoración sencilla.
- Que no haya polvo.

y extinción y, en ocasiones, técnicas cognitivas como el entrenamiento en autoinstrucciones (Botella, 1990; France y Hudson, 1993). A continuación se describen algunos ejercicios diseñados por Hauri y Linde (1992) que, realizados antes de acostarse, eliminan la tensión y facilitan el sueño:

- *Balanceos*. De pie, con las piernas separadas y la cintura doblada hacia adelante, se sacuden los brazos y las manos como si estuvieran muertos; a continuación, se deja colgar la cabeza, moviéndola de un lado a otro, se sacuden los hombros, y se relaja uno completamente.
- *Giros de cabeza*. Bajar la barbilla hasta tocar el pecho, girar la cabeza hacia la derecha, hasta que la barbilla toque el hombro, mover la cabeza en círculo hacia atrás, pasando por el

hombro izquierdo, hasta completar un giro; repetir el movimiento en sentido contrario.

- *Estiramiento del cuerpo*. Levantar el brazo derecho, intentando llegar lo más alto posible; se debe experimentar la sensación de que todo el lado derecho se extiende, desde los dedos de la mano hasta el pie derecho; se repite el procedimiento con el brazo izquierdo.
- *Automasaje de la cabeza*. Con los ojos cerrados, darse un masaje en la cabeza y en el cuello, formando pequeños círculos.

Para la aplicación de estrategias cognitivas (reestructuración cognitiva, ejercicios de imaginación, intención paradójica, etc.) se requiere que el niño tenga cierta edad para poder comprender las instrucciones. No obstante, existen ejercicios men-

tales sencillos que se pueden aplicar ya a corta edad, como, por ejemplo, los siguientes (Hauri y Linde, 1992):

- Tumbado boca arriba totalmente relajado, el sujeto se imagina que es una esponja, los brazos están sueltos y separados del cuerpo, los hombros relajados, las piernas separadas y sin tensión. Se aprieta el cuello y la espalda contra la cama. Se cierran los ojos y se respira profundamente por la nariz, dejando que cada parte del cuerpo se vaya relajando, mientras se imagina que es una esponja que se va empapando tranquilamente del universo que le rodea.
- Inspirar profundamente por la nariz y a continuación, con los labios casi pegados, dejar escapar lentamente el aire por la boca, aguantando todo el tiempo posible. Concentrarse en el sonido del aire al salir y sentir cómo la tensión va desapareciendo.
- Con los ojos cerrados y completamente relajado, contar lentamente desde diez hasta cero, visualizando los números con gran lentitud y belleza. Ver los números en progresión descendente, cómo si cada número estuviese en un peldaño más abajo de una escalera. Sentir cómo todos los músculos del cuerpo se van relajando, mientras se visualizan los números.

### 1. Insomnio producido por alergia a los alimentos

Descrito principalmente en niños, se caracteriza por una marcada disminución del tiempo total de sueño, sin que ningún tratamiento resulte aparentemente eficaz. Al mismo tiempo, el niño no manifiesta muchas veces ningún signo de alergia. Normalmente está relacionada con una alergia a algún componente de la leche de vaca. La sustitución por una leche hipoalérgica resuelve el problema en un tiempo que oscila entre 1-4 semanas (Ferber, 1990, 1994).

## 5.2. Hipersomnias y trastornos por somnolencia excesiva

Al igual que ocurre en el adulto, los niños y adolescentes también pueden presentar una hipersomnia o somnolencia diurna excesiva como síntoma de una alteración del sueño. Las principales hipersomnias y trastornos por somnolencia excesiva incluyen, fundamentalmente, a los problemas respiratorios que pueden aparecer durante el sueño en niños (síndrome de apnea/hipoapnea del sueño e hipoventilación alveolar central congénita), el síndrome de narcolepsia-cataplexia y otras hipersomnias (como el síndrome de Kleine-Levin y la hipersomnia recurrente ligada al ciclo menstrual) que se inician en la mayoría de los casos en la adolescencia, y diversas hipersomnias orgánicas. Por razones de extensión, en este capítulo nos centraremos únicamente en los problemas respiratorios infantiles asociados con el sueño y en el síndrome narcoléptico. Información detallada sobre las características clínicas y tratamiento del resto de las hipersomnias se puede encontrar en Espinar (1996) y en Navarro, Moreno y Noriega (1997).

### 5.2.1. Problemas respiratorios durante el sueño

#### 1. Síndrome de apnea/hipoapnea del sueño

El síndrome de apnea del sueño infantil se caracteriza por la presencia de episodios de obstrucción parcial o total de la vía aérea superior que aparecen durante el sueño, asociados generalmente a una reducción de la saturación de la oxihemoglobina y/o hipercapnia; como consecuencia de estas paradas respiratorias, se provocan despertares continuos que dan lugar a una excesiva somnolencia diurna. La incidencia del SAS en la infancia es difícil de evaluar. Aunque no existen amplios estudios epidemiológicos, algunos autores han estimado una prevalencia aproximada del 2 por 100 en niños de 4-5 años. Puede aparecer en niños de todas las edades, con un máximo de gravedad en los niños de 3 y 4 años. En

el nacimiento, así como en la infancia, existen numerosas variables que pueden producir o estar asociadas con un SAS: 1) hipertrofia de amígdalas y/o adenoides; 2) obesidad; 3) trastornos maxilofaciales, tales como micrognatia y craneosinostosis; o 4) trastornos neurológicos que producen una alteración funcional de las vías respiratorias superiores (distrofias musculares, parálisis cerebral, etc.). En relación con la evaluación, es necesario, en primer lugar, realizar una detallada historia clínica, prestando especial atención a la descripción por los padres de la conducta del niño durante el sueño. Es indispensable, además, llevar a cabo una completa evaluación pediátrica que puede poner de manifiesto la presencia de una hipertrofia de amígdalas y/o adenoides o malformaciones faciales. Una vez que se sospecha la existencia de un SAS, es conveniente efectuar un registro polisomnográfico nocturno para confirmar el diagnóstico, ya que los estudios restringidos a períodos de siesta, salvo en casos muy graves, suelen ser incompletos y de escaso valor diagnóstico. Una descripción más amplia de los procedimientos de evaluación del síndrome de apnea del sueño puede encontrarse en Sierra y Moreno (1999).

Respecto a las pautas de tratamiento, en las 2/3 partes de los casos el SAS está producido por una hipertrofia de amígdalas y/o adenoides, por lo que la extirpación de las mismas suele ser generalmente suficiente. La extirpación de un exceso de tejido linfóide resulta también eficaz, a veces, para aliviar los síntomas del SAS, incluso aunque estén presentes otros factores. El resto de las causas de SAS infantil puede ser igualmente corregido mediante cirugía maxilofacial, oral o del cuello. Rara vez es necesario realizar una traqueotomía. Aunque en el síndrome de la apnea del sueño en adultos el CPAP-nasal (presión positiva continua sobre la vía aérea) constituye el tratamiento de elección (Sánchez-Gómez, 1999), en la infancia su uso se limita a niños mayores (Loughlin, 1992; Estivill, 1994; McNamara y Sullivan, 1996). Esta técnica consiste en que el paciente se coloca una mascarilla en la nariz a la hora de dormir, mientras un pequeño compresor envía aire a una presión algo superior a la normal, la cual mantiene abiertas las vías respiratorias, pudiendo el paciente respirar y conciliar el sueño durante

toda la noche. A pesar de su alta eficacia, el problema de esta técnica es la adherencia al tratamiento, que en el caso de adolescentes puede disminuir. En algunos niños puede haber una reacción de miedo ante la máscara usada en el CPAP. En estos casos, se ha utilizado con éxito una exposición gradual con el fin de ayudar a los niños a adaptarse a la máscara del CPAP (Mamber, Bootzin y Loewy, 1998; Rains, 1995). Aparte de estos tratamientos mecánicos, existen tratamientos conductuales dirigidos a la reducción de los factores de riesgo asociados al SAS, entre los que destaca la reducción de peso, combinando la reducción de ingesta de calorías con un incremento de la actividad física, disminución de la ingesta de alcohol, drogas y psicofármacos (por ejemplo, benzodiazepinas), y cambios posturales durante el sueño, evitando en la medida de lo posible la postura supina (Sierra y Moreno, 1999).

### 1. Hipoventilación alveolar central congénita («maldición de Ondina»)

Aunque se trata de un trastorno en principio poco usual, con la creciente mejora de las unidades de cuidado neonatal está siendo cada vez más fácilmente reconocido. Se caracteriza por la presencia de una hipoventilación o apnea, que cursa con hipoxia e hipercapnia, y empeora durante el sueño. Normalmente la respuesta ventilatoria al CO<sub>2</sub> está ausente o claramente disminuida. El diagnóstico incluye registro respiratorio y polisomnográfico. En algunos casos se asocia a una malformación de Arnold-Chiari. La mayoría de los niños requieren ventilación asistida (Ferber, 1994).

#### 5.2.2. Síndrome narcoléptico

La narcolepsia es un síndrome caracterizado por la presencia de cuatro síntomas que representan la denominada «tétrada narcoléptica» (APA, 2000):

1. *Somnolencia diurna* acompañada de *ataques repentinos de sueño* (que duran en torno a 15-20 minutos, aunque pueden llegar a durar hasta una hora). Los ataques de sueño

se describen como irresistibles, pudiendo darse en las situaciones más inapropiadas (por ejemplo, al conducir un coche, conversando), aunque las situaciones de baja estimulación aumentan el grado de somnolencia (por ejemplo, leer un libro, asistir a una conferencia). Los sujetos con narcolepsia suelen tener de 2 a 6 episodios diarios de ataques de sueño.

2. *Cataplexia*. La cataplexia, pérdida de tono muscular, ocurre en aproximadamente el 70 por 100 de los individuos con narcolepsia y puede manifestarse en síntomas que van desde pesadez de los párpados o de los brazos hasta pérdida total del tono muscular, con desplome del cuerpo. Este fenómeno suele durar unos pocos segundos, no estando afectadas las funciones respiratorias y el individuo está completamente consciente de la situación. La cataplexia es provocada normalmente por estímulos emocionales potentes.
3. *Alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas*. Entre el 20 y el 40 por 100 de los individuos con narcolepsia sufren alucinaciones hipnagógicas (imágenes intensas de ensoñación antes de dormirse) o alucinaciones hipnopómpicas (justo al despertarse), pudiendo ser también auditivas o cinestésicas.
4. *Parálisis del sueño*. De un 30 a un 50 por 100 de los sujetos con narcolepsia padecen parálisis del sueño justo al ir a dormirse o al despertarse. Los individuos se encuentran despiertos, pero son incapaces de moverse o hablar. Los dos últimos síntomas, alucinaciones y parálisis, pueden darse al mismo tiempo y se piensa que son el resultado de elementos disociados del sueño REM que se entrometen en el período de vigilia.

Aunque se han descrito algunos casos de narcolepsia en niños menores de 10 años, suele iniciarse en la adolescencia tardía. Obviamente, la calidad de vida de estos pacientes se ve claramente afectada por los ataques de sueño y la cataplexia, que interfieren en las relaciones interpersonales, en el rendimiento académico, en el estado de ánimo, etc. A pesar de que

la etiología de la narcolepsia todavía no está clara, parece ser una consecuencia de la combinación entre una susceptibilidad genética y factores medioambientales y bioquímicos (Idiazábal y Estivill, 1998). Para establecer un correcto diagnóstico es necesario realizar registros polisomnográficos nocturnos y, en ocasiones, otras pruebas psicofisiológicas (por ejemplo, el MSLT o «test de latencia múltiple de sueño») y/o inmunológicas. Para una amplia revisión del diagnóstico de la narcolepsia puede consultarse Vela-Bueno (1998). El tratamiento farmacológico representa actualmente la estrategia terapéutica de elección e incluye generalmente una combinación de fármacos estimulantes, como anfetaminas y derivados, pemolina y metilfenidato (para reducir la somnolencia y ataques diurnos de sueño) y antidepressivos tricíclicos (para reducir o suprimir los síntomas auxiliares); más recientemente se está aplicando modiodal, que presenta un menor número de efectos secundarios (Idiazábal y Estivill, 1998). Una descripción más amplia del tratamiento farmacológico del síndrome de narcolepsia puede encontrarse en Espinar (1998) y Navarro (1998). Junto al tratamiento farmacológico, suele resultar también apropiado poner a disposición del paciente narcoléptico una serie de consejos prácticos respecto a cómo debe organizar sus horarios de vigilia/sueño: *a*) realizar siestas de corta duración (en torno a 20 minutos) programadas a lo largo del día. Es conveniente aclarar al paciente que el incremento en la duración de las siestas no se acompaña necesariamente de un aumento del estado de alerta; *b*) la aplicación de las técnicas de higiene de sueño normalmente utilizadas en el insomnio pueden ser también de utilidad para ayudar al paciente a conciliar el sueño, y *c*) evitación de las situaciones susceptibles de desencadenar la cataplexia (Navarro y Espert, 1994b). Espinar (1998) señala una serie de pautas conductuales que se deben seguir con este tipo de pacientes: *a*) informar al paciente y a su familia de la naturaleza crónica del trastorno y de la forma de afrontarla; *b*) evitar la privación de sueño, los ritmos de sueño-vigilia irregulares, controlar la ingesta de estimulantes a las pocas horas de acostarse, etc.; *c*) siestas programadas de 10 a 30 minutos de una a tres veces al día, y *d*) organizar la vida laboral y social de forma que ésta sea activa, tanto física como mentalmente.

### 5.3. Trastornos del ritmo circadiano

El ritmo circadiano o ritmo vigilia/sueño tiene un origen endógeno, siendo controlada la duración de los períodos de sueño y de vigilia por un «reloj biológico» (localizado en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo), pero su distribución a lo largo del nictémero está influida por la acción de sincronizadores externos, que en el caso del hombre son principalmente la alternancia de luz-oscuridad y la pautas temporales marcadas por la sociedad (Miller et al., 1996).

A este respecto, es bien sabido que las modificaciones en el ritmo sueño/vigilia debidas a cambios socioambientales o del funcionamiento del «reloj biológico» pueden provocar alteraciones circadianas del sueño. La característica esencial de los trastornos del sueño relacionados con el ritmo circadiano consiste en una perturbación persistente o recurrente del patrón del sueño que es consecuencia de una falta de sincronización entre el sistema endógeno circadiano sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las demandas exógenas relativas al momento y la duración del sueño, por la otra (APA, 2000).

La infancia supone una etapa de maduración importante, con cambios continuos, y donde el ritmo circadiano se está todavía estableciendo. En este aspecto, los trastornos del ritmo circadiano en este período están relacionados principalmente con la existencia de horarios muy irregulares.

#### 1. Horarios irregulares

En estos casos, existe una desorganización del ritmo sueño/vigilia, desapareciendo o desajustándose la alternancia de un período largo de sueño nocturno y siestas cortas a lo largo del día. En su lugar, se instaura un esquema de sueño interrumpido por largos períodos de vigilia y siestas diurnas excesivamente prolongadas. El tratamiento se fundamenta en la imposición de horarios regulares de sueño, prestando especial atención a los períodos de siestas y comidas (Aguirre, 1992).

### 2. Síndrome de la fase del sueño retrasada

Este trastorno conlleva una gran dificultad para dormirse y despertarse a la hora deseada, ya que el comienzo del sueño se retrasa sistemáticamente en relación con el horario habitual. Aparece fundamentalmente en la adolescencia, habiéndose encontrado hasta un 7 por 100 de prevalencia en esta población. El principal método de tratamiento es la cronoterapia, que implica un reajuste progresivo del horario de sueño y consiste en retrasar tres horas el inicio del sueño cada día (es decir, días de 27 horas) durante al menos una semana, hasta llegar a la pauta de sueño deseada (véase Caballo, Navarro y Sierra, 1998). Lógicamente, este procedimiento requiere un ambiente familiar estable y cooperativo para el adolescente. La terapia luminosa, indicada especialmente en el tratamiento del trastorno afectivo estacional, ha demostrado igualmente cierta utilidad en el síndrome de la fase de sueño retrasada. Recientemente, se ha sugerido que el tratamiento con vitamina B<sub>6</sub> puede ser también eficaz en algunos pacientes. La utilidad de los fármacos hipnóticos es escasa o nula (Regestein y Pavlova, 1995).

### 5.4. Parasomnias

Las parasomnias son trastornos que se caracterizan por conductas o acontecimientos fisiológicos anormales que ocurren asociados al sueño, a etapas específicas del sueño o a transiciones de sueño-vigilia. A diferencia de los trastornos que hemos visto anteriormente, las parasomnias no entrañan anomalías de los mecanismos que generan los estados de vigilia-sueño, ni del momento adecuado para dormir o despertarse. Por el contrario, las parasomnias representan la activación de los sistemas fisiológicos en momentos inapropiados durante el ciclo sueño-vigilia (APA, 2000). Estos trastornos se inician habitualmente (aunque no siempre) en la infancia y son generalmente considerados como problemas «benignos». Seguidamente nos detendremos en las principales parasomnias (véase tabla 8.6).

TABLA 8.6

*Parasomnias principales*

<p>a) <i>Trastornos del despertar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Sonambulismo.</li> <li>— Terrores nocturnos.</li> <li>— Despertar confusional.</li> </ul> <p>b) <i>Trastornos de la transición vigilia/sueño:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Movimientos rítmicos durante el sueño.</li> <li>— Sobresaltos durante el sueño.</li> <li>— Somniloquio.</li> <li>— Calambres nocturnos en los miembros inferiores.</li> </ul> <p>c) <i>Parasomnias asociadas al sueño REM:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Pesadillas.</li> <li>— Parálisis del sueño.</li> <li>— Trastorno de conducta asociado al sueño REM.</li> <li>— Erecciones dolorosas asociadas al sueño.</li> </ul> <p>d) <i>Otras parasomnias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Bruxismo.</li> <li>— Enuresis nocturna.</li> <li>— Disonía paroxística nocturna.</li> <li>— Mioclonías neonatales benignas del sueño.</li> </ul>
---

5.4.1. *Terrores nocturnos*

Son episodios caracterizados por llanto brusco e inesperado del niño, que se acompaña de una expresión de miedo intenso en la cara y sudor frío. Si se le despierta, el sujeto se encuentra confuso y desorientado durante varios minutos y manifiesta una vaga sensación de terror, normalmente sin contenido de que estuviera soñando algo (véanse en la tabla 8.7 los criterios del DSM-IV-TR para este trastorno). Los niños mayores y los adultos proporcionan un conjunto más detallado de imágenes vívidas de temor asociadas con los terrores nocturnos que los niños más pequeños; éstos tendrán, con más probabilidad, una amnesia total o informarán de una vaga sensación de temor (APA, 2000). Los terrores nocturnos aparecen normalmente a los 2-3 años (el DSM-IV-TR señala una edad de aparición entre 4 y 12 años), durante el

TABLA 8.7

*Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para los terrores nocturnos (APA, 2000)*

<p>a) Episodios recurrentes de despertares bruscos, que tienen lugar normalmente durante el primer tercio de la noche y que comienzan con un grito de pánico.</p> <p>b) Miedo intenso y señales de activación autónoma, como taquicardia, hiperventilación y sudoración, durante cada episodio.</p> <p>c) Falta de respuesta a los intentos de los demás para tranquilizar al sujeto durante el episodio.</p> <p>d) No se recuerda un sueño detallado y se da amnesia del episodio.</p> <p>e) Los episodios causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro acusado en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.</p> <p>f) La perturbación no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o de una enfermedad médica.</p>
---

primer tercio de la noche, asociados al sueño profundo (etapas 3 y 4 del sueño) y, como se acaba de señalar, no existe recuerdo del episodio a la mañana siguiente (Estivill, 1994). Entre las causas de los terrores nocturnos se han apuntado los factores psicológicos (tensión emocional, ansiedad, etc.), consumo de drogas, episodios febriles y el retraso madurativo. Aunque suelen remitir espontáneamente, en los casos más graves se han utilizado benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos (por ejemplo, imipramina), inhibidores de la recaptación de serotonina (por ejemplo, paroxetina) (Lillywhite, Wilson y Nutt, 1994) que disminuyen la cantidad de sueño lento y, en consecuencia, la probabilidad de aparición de dichos episodios. Recientemente, se ha informado que la clonidina (un fármaco agonista alfa-2 adrenérgico) puede ser igualmente eficaz (Lecendreux et al., 1996). El tratamiento conductual ha sido utilizado también con éxito en esta parasomnia. Así, Lask (1988) enseñó a los padres a observar en sus hijos, duran-

te cinco noches consecutivas, los signos de activación autónoma asociados a dicho trastorno, con la consigna de que lo despertaran totalmente antes del comienzo del episodio. Los terrores nocturnos desaparecieron completamente a la semana de iniciarse el tratamiento. En niños mayores se ha observado que el entrenamiento autógeno puede ser también eficaz en la reducción de los terrores nocturnos persistentes (Sadigh y Mierzwa, 1995). En general, los terrores nocturnos infantiles suelen desaparecer al regularizar los horarios de vigilia-sueño del niño y al abordar ciertos problemas conductuales que pueden ocurrir durante la vigilia (problemas escolares, relaciones con los padres o los hermanos, etc.).

#### 5.4.2. Pesadillas

Las pesadillas son sueños intensos y angustiosos que normalmente despiertan al individuo que duerme durante la fase REM. La pesadilla es casi siempre un sueño largo, complicado, que se va haciendo cada vez más angustioso hasta que el sujeto se despierta. Las pesadillas son más comunes que los terrores nocturnos. Aquellas tienen lugar durante el sueño REM, mientras que éstos ocurren durante las Fases 3 y 4 del sueño. Sin embargo, debido a que los períodos de sueño REM suelen ser más largos y los sueños más intensos durante la segunda mitad de la noche, es más probable que las pesadillas ocurran en esta parte de la noche. La tabla 8.8 recoge los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para este tipo de trastorno.

Entre el 10 y el 50 por 100 de los niños de 3 a 5 años tienen pesadillas lo suficientemente intensas para llamar la atención de los padres. En los adultos, aproximadamente un 50 por 100 puede informar de pesadillas ocasionales y, en jóvenes, por lo menos un 3 por 100 informa tener pesadillas frecuentemente o siempre (APA, 2000). Según el DSM-IV-TR, la presencia de pesadillas es más frecuente en mujeres que en hombres (en una proporción entre 2 y 4 a 1). Las pesadillas suelen comenzar entre los 3 y los 6 años, aunque su curso es muy variable, pudiendo incluso persistir hasta la edad adulta.

No está clara la etiología de las pesadillas infantiles; no obstante, su aparición suele estar asociada,

TABLA 8.8

*Criterio diagnóstico del DSM-IV-TR  
para las pesadillas  
(APA, 2000)*

- |  |
|--|
| <p>a) Despertares repetidos durante el sueño nocturno o la siesta con un recuerdo detallado de sueños extensos y muy angustiosos, que normalmente entrañan amenazas para la vida, para la seguridad o para la autoestima. Los despertares ocurren generalmente durante la segunda parte de la noche.</p> <p>b) Cuando se despierta de los sueños angustiosos, el sujeto se orienta y asume el estado de alerta rápidamente.</p> <p>c) La experiencia del sueño, o la perturbación del sueño consecuencia del despertar, causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro acusado en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.</p> <p>d) Las pesadillas no ocurren únicamente durante el curso de otro trastorno mental y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o de una enfermedad médica.</p> |
|--|

en la mayoría de los casos, con estados de ansiedad o preocupación. En adolescentes mayores se ha relacionado este trastorno del sueño con un patrón de conducta Tipo A, especialmente en el caso de las chicas (Tan y Hicks, 1995). Es importante diferenciar, en los niños, los terrores nocturnos de las pesadillas, ya que solamente en estas últimas puede ser necesaria la psicoterapia. Suele ser aconsejable que los padres intenten calmar al niño, que estará despierto y plenamente consciente, tratando de restar importancia a lo soñado (Estivill, 1994; Ferber, 1994). Caballo et al. (1998) señalan que con los niños se puede ensayar una forma de afrontamiento de los sueños angustiosos. Una vez que se conoce el contenido de éstos, se puede entrenar al individuo a que ensaye, bien de forma encubierta (imaginación) o bien manifiestamente, alguna manera de enfrentarse al contenido de esos sueños. En una revisión de los tratamientos psicológicos para las pesadillas, Halliday (1987) señala las siguientes técnicas de terapia de conducta para las mismas: desensibilización sistemática, relajación, implosión, ensayo de conducta encubierto y enfren-

tamiento con el contenido de la pesadilla, con un final triunfante (refuerzo). En el caso del empleo de la desensibilización sistemática, por ejemplo, el objetivo consiste en identificar los componentes de las pesadillas generadores de miedo y, luego, desensibilizar al paciente hacia esos elementos. La técnica de la desensibilización por medio de movimientos oculares, descrita inicialmente por Shapiro para el tratamiento de los recuerdos traumáticos en el trastorno por estrés posttraumático, ha sido aplicada también con éxito en algunos casos de pesadillas en niños mayores (Pellicer, 1994). Otros procedimientos mucho más sencillos, como el simple registro y el recuerdo en imaginación al día siguiente de los episodios angustiosos, han demostrado también ser eficaces (Neidhardt, Krakow, Kellner y Pathak, 1992). En general, la terapia para las pesadillas ha necesitado de un tiempo relativamente breve (de 1 a 3 meses o de 1 a 12 sesiones).

#### 5.4.3. Sonambulismo

El sonambulismo se caracteriza por un episodio de actividad motora que aparece normalmente durante el sueño de ondas lentas, casi siempre en el primer tercio de la noche. Un episodio típico se inicia cuando el sujeto se incorpora de la cama, generalmente con una expresión facial blanquecina y con cierta indiferencia hacia los objetos o personas que se encuentran en su entorno inmediato (véanse los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR en la tabla 8.9). Puede levantar las sábanas de forma automática o reajustar la almohada antes de levantarse de la cama y ponerse a caminar, bien en la propia habitación o fuera de ella. Los episodios duran normalmente varios minutos. A menos que se le despierte durante dicho episodio, no recordará nada al día siguiente, e incluso se sorprenderá por lo que haya podido realizar. El episodio de sonambulismo puede terminar de diferentes formas: en ocasiones, el niño después de sentarse en la cama y realizar movimientos repetitivos, se acuesta y continúa durmiendo normalmente; otras veces, el sujeto se despierta mostrando un estado de desorientación durante unos instantes; en otras ocasiones, el niño

puede deambular por la casa y terminar acostándose en otro lugar, no recordando a la mañana siguiente nada de lo ocurrido. Las causas del sonambulismo no están demasiado claras, apuntándose factores genéticos, psicológicos y déficit en el desarrollo madurativo. En ciertas ocasiones, el sonambulismo suele ir acompañado de otros trastornos del sueño, tales como somnolencia, terrores nocturnos y enuresis nocturna (Schenck, Boyd y Mahowald, 1997). Los episodios comienzan en la mayoría de los casos entre los 4 y 8 años, alcanzando su máxima frecuencia a los 12 años y desapareciendo espontáneamente sobre los 15 años. Esta parasomnia se distribuye por igual entre hombres y mujeres y su prevalencia parece estar entre el 1 y el 5 por 100 de los niños (aunque del 10 al 30 por 100 de la población infantil parece haber tenido al menos un episodio de sonambulismo).

TABLA 8.9

*Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR  
para el sonambulismo  
(APA, 2000)*

- |  |
|--|
| <p>a) Episodios repetidos de levantarse de la cama durante el sueño y deambular, lo que ocurre habitualmente durante el primer tercio de la noche.</p> <p>b) Durante el episodio, el sujeto está pálido, es relativamente indiferente a los esfuerzos de los demás para comunicarse con él y sólo puede despertarse con gran dificultad.</p> <p>c) Cuando se despierta (bien después del episodio o a la mañana siguiente), no recuerda nada de dicho episodio.</p> <p>d) Minutos después de despertar del episodio de sonambulismo, no existe deterioro de la conducta, ni de la actividad mental (aunque puede haber un corto período inicial de confusión o desorientación).</p> <p>e) El sonambulismo causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro acusado en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.</p> <p>f) La perturbación no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o de una enfermedad médica.</p> |
|--|



Al tratarse de una alteración del sueño benigna no suele ser necesario ningún tipo de tratamiento especial. La principal precaución que deben adoptar los padres es asegurarse de que el niño no pueda hacerse daño durante el episodio de sonambulismo, evitando además exponerle a situaciones que puedan facilitar su ocurrencia (Navarro y Espert, 1994a). De todos modos, se han descrito algunas estrategias específicas para el tratamiento de este trastorno, como despertar al niño momentos antes del inicio del episodio de sonambulismo, demostrando una buena eficacia si se llevan a cabo de forma sistemática y programada (Frank, Spirito, Stark y Owens-Stively, 1997; Tobin, 1993). La privación de sueño, o un sueño marcadamente irregular, puede precipitar la aparición de episodios de sonambulismo, por lo que los padres deben asegurarse de que sus hijos duermen lo suficiente y se acuestan a una hora apropiada (Masand, Popli y Weilburg, 1995). Generalmente, no resulta conveniente interrumpir el episodio de sonambulismo, ya que lo único que se consigue es confundir o asustar al niño. En su lugar, es mejor conducirlo tranquilamente hacia la cama.

En algunos casos especialmente graves, se ha constatado que la administración de benzodiazepinas (que reducen las fases 3-4 de sueño NREM) puede ser eficaz, aunque su acción parece estar más relacionada con su capacidad para alterar el estado de activación del sujeto. Además de las benzodiazepinas, se han utilizado en adolescentes, con cierto éxito, antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (Dahl, 1992).

#### 5.4.4. *Movimientos rítmicos durante el sueño*

El término «movimientos rítmicos durante la noche» se refiere a un conjunto de trastornos que se caracterizan por la presencia de movimientos estereotipados, de carácter rítmico, que implican principalmente a la cabeza. Los movimientos más frecuentes incluyen golpes con la cabeza sobre la almohada o balanceo de todo el cuerpo estando el niño en posición de decúbito prono. La mayor parte de los episodios se inician al comienzo del sueño,

aunque en ocasiones aparecen también en la Fase 2. Normalmente se prolongan durante 5-15 minutos, pero a veces pueden persistir durante horas. Suelen iniciarse hacia los 9 meses y raramente persisten más allá de los dos años. En la mayoría de los casos no suele ser necesario ningún tipo de tratamiento específico, ya que generalmente desaparecen a medida que el niño crece, normalmente a partir del cuarto año. Sin embargo, si la conducta llega a ser violenta, particularmente en niños con retraso mental o con problemas psiquiátricos, es necesario utilizar programas de modificación de conducta. Un tratamiento eficaz, basado en los principios del aprendizaje, consiste en presentar al niño un sonido aversivo o encender una luz en el momento en que comienzan los movimientos rítmicos, lo cual termina por extinguir la conducta anómala. Así, por ejemplo, Martín y Conway (1976) utilizaron una luz que se encendía cuando la paciente, una niña de 25 meses, realizaba los movimientos estereotipados. La luz tenía un efecto inmediato en la finalización de la conducta. En algunas ocasiones, concretamente en adolescentes, se ha pedido al paciente que realice este tipo de movimientos antes de quedarse dormido hasta que se fatigue, produciéndose una reducción de los mismos durante el sueño. Las benzodiazepinas y los antidepresivos tricíclicos pueden resultar también de utilidad en algunos casos (Thorpy, 1990; Estivill, 1994).

Dentro de esta categoría de trastornos del sueño se podría incluir el síndrome de piernas inquietas, el cual se caracteriza por los siguientes aspectos: deseo de mover las piernas, usualmente asociado a parestesias/disestesias, compulsión a la actividad motora, síntomas que empeoran con el reposo y se atenúan con la actividad motora y síntomas que empeoran durante la noche. Para su diagnóstico se requiere de la cuantificación de estos movimientos durante un registro de sueño. El tratamiento suele ser farmacológico, implicando agentes dopaminérgicos; más recientemente, debido a los efectos colaterales de algunos de estos fármacos (por ejemplo, Levodopa), se han desarrollado otros más específicos, como el pramipexole, un agonista completo de los receptores D. (Montplaisir y Petit, 1998).

#### 5.4.5. Somniloquio

El somniloquio, o hablar durante el sueño, es un fenómeno frecuente e inocuo que puede aparecer a cualquier edad, incluida la infancia. Suelen ser palabras aisladas o frases cortas, que el niño no recuerda al día siguiente. Aparecen típicamente cuando el niño comienza a asistir a la guardería o al colegio (Estivill, 1994); en algunos casos, este fenómeno persiste en la edad adulta, existiendo una relación entre la ocurrencia en la infancia y en edades adultas, por lo que se ha planteado que estamos ante un trastorno con una importante carga genética (Hublin, Kaprio, Partinen y Koskenvuo, 1998).

Los episodios de somniloquio surgen en cualquier fase del sueño. Los contenidos de los somniloquios que aparecen en el sueño NREM tienden a referirse a acontecimientos recientes, sin contenido afectivo, siendo generalmente situaciones reales de la vida diaria, mientras que los que se producen durante el sueño REM suelen hacer alusión a contenidos más afectivos.

Los somniloquios se producen de igual forma en ambos sexos y en cualquier clase socioeconómica. El somniloquio, por sí solo, no es indicativo de patologías físicas o mentales, aunque en el adulto es más común en períodos de tensión emocional o ansiedad e incluso se le ha asociado a otros trastornos psicopatológicos importantes (Hublin et al., 1998). En algunos casos especialmente graves, sobre todo en adultos, el condicionamiento aversivo (mediante una señal auditiva automática) ha resultado eficaz (Le Boeuf, 1979).

#### 5.4.6. Bruxismo nocturno

El bruxismo («chirriar de dientes») es un trastorno psicofisiológico asociado a una contractura excesiva de los maxilares, producido por factores de carácter físico, psicológico y/o neurofisiológico. Aunque puede aparecer a cualquier edad, es un fenómeno particularmente frecuente en la infancia. Se observa también especialmente en niños con malformaciones maxilofaciales y con mala oclusión dental (por ejemplo, síndrome de Down). Más recientemente, se ha señalado como un factor de riesgo para el bruxismo

nocturno el consumo de tabaco (Lavigne, Lobbezoo, Rompre, Nielsen y Montplaisir, 1997; Madrid, Madrid, Vranesh y Hicks, 1998). En ocasiones, el niño que rechina los dientes no es consciente de esta conducta y muy raras veces se despierta como consecuencia del ruido provocado. Las quejas de estos niños suelen ser el dolor en las mandíbulas, cansancio en los músculos de la masticación y una extrema sensibilidad en los dientes al despertar por la mañana. Los procedimientos de intervención del bruxismo nocturno se centran en dos grupos: 1) tratamiento conductual, y 2) tratamientos dentales tradicionales (véase tabla 8.10). En relación con los tratamientos de corte conductual, se han utilizado con éxito en el bruxismo técnicas de relajación, práctica masiva, biorretroalimentación acompañada de relajación facial y retroalimentación-EMG con alarma nocturna, siendo este último el procedimiento más eficaz (Durán y Simón, 1995a, b). Se han utilizado también con éxito técnicas más singulares, como el empleo de música relajante (Caron, Donnell y Friedaman, 1996). Por su parte, los tratamientos dentales tradicionales incluyen el ajuste oclusal, así como la utilización de dispositivos oclusales (férulas y dispositivos interoclusales removibles) y relajantes musculares (robaxina, diacepam, etc.) (Durán y Simón, 1995a, b).

## 6. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS

El conocimiento del sueño y sus trastornos ha evolucionado considerablemente desde mediados de los años cincuenta hasta la actualidad. Los trastornos del sueño constituyen uno de los problemas más frecuentes en la población infantil, habitualmente provocados por circunstancias ambientales. El estilo de vida del niño y de los padres suele desempeñar un importante papel en la existencia de ese tipo de trastornos. Un mayor conocimiento, por parte de los padres, sobre el desarrollo del sueño y sobre prácticas cotidianas que obstaculizan un adecuado descanso suele ser una forma de solucionar parte de los problemas del sueño en la edad infantil. Con breves y sencillas intervenciones conductuales se remedian otra parte importante de dichos trastornos. Sin embargo, en no pocas ocasiones el tratamiento es meramente sintomático y, en

TABLA 8.10

*Tratamiento del bruxismo nocturno  
(Durán y Simón, 1995a)*

Tratamientos conductuales	Tratamientos dentales
Técnicas de relajación. Pretende reducir la activación concomitante a la tensión muscular.	Dispositivos oclusales. Sirven para normalizar la oclusión y prevenir contactos entre los dientes.
Biorretroalimentación-EMG. Aporta información al sujeto para que aprenda a discriminar entre niveles altos y bajos de tensión del masetero.	Ajuste oclusal. Implica la restauración de la oclusión a través del limado selectivo de los dientes.
Biorretroalimentación-EMG con alarma. Es un procedimiento de castigo en el que se presenta un ruido intenso que despierta al sujeto si la actividad EMG del masetero supera un umbral preestablecido.	Relajantes musculares. Enmascaran los síntomas, aunque no eliminan la conducta disfuncional.
Práctica masiva. Implica realizar la conducta disfuncional de forma voluntaria hasta que se produzca tal fatiga que el sujeto sea incapaz de producirla, reforzando la no ejecución.	

otras, la eficacia terapéutica es reducida o no se mantiene a lo largo del tiempo. Nos queda todavía un largo camino por recorrer para buscar procedimientos más eficaces (farmacológicos, quirúrgicos, conductuales) con el fin de abordar de manera más eficiente los problemas de sueño más graves que se dan en la infancia. Los continuos avances en la investigación básica del sueño, junto con la experiencia acumulada por los clínicos en su práctica profesional, redundará indudablemente en un mayor conocimiento y comprensión de los trastornos del sueño y, en definitiva, en una mejor y más eficaz intervención.

## REFERENCIAS

- Aguirre, A. (1992): Trastornos del ritmo circadiano. En R. Peraita (dir.), *Trastornos del sueño en la infancia*. Madrid: CEPE.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR* (4.ª ed. Texto revisado): Washington: Autor.
- Andreu, C. y Letosa, J. M. (1997): Eficacia del tratamiento conductual del insomnio en edades tempranas. *Psicología Conductual*, 5, 155-160.
- Botella, C. (1990): Tratamiento del insomnio en la infancia. En X. Méndez y D. Maciá (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E.; Navarro, J. F. y Sierra (1998): Tratamiento conductual de los trastornos del sueño. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2*. Madrid: Siglo XXI.
- Carlson, N. R. (1996): *Fisiología de la conducta*. Barcelona: Ariel.
- Caron, J. R.; Donnell, N. E. y Friedman, M. (1996): The reduction of bruxism using pasive music listening with person having developmental disabilities. *Canadian Journal of Music Therapy*, 4, 58-73.
- Cashman, M. A. y McCann, B. S. (1991): *Trastornos del sueño en niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.
- Dahl, R. E. (1992): The pharmacologic treatment of sleep disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 161-178.
- Chervin, R. D.; Dillon, J. E.; Bassetti, C.; Ganoczy, D. A. y Pituch, K. J. (1997): Symptoms of sleep disorders, inattention, and hiperactivity in children. *Sleep*, 20, 1185-1192.
- De la Fuente, V.; Estivill, E. y Domènech, M. (1997, mayo): Miedo a dormir en niños de 5 a 10 años: consecuencia del insomnio infantil por hábitos incorrectos no

- tratados. Comunicación presentada en la *VI Reunión Científica de la AIPS*, Sevilla.
- Durán, M. y Simón, M. A. (1995a): Intervención clínica en el bruxismo: procedimientos actuales para su tratamiento eficaz. *Psicología Conductual*, 3, 211-228.
- Durán, M. y Simón, M. A. (1995b): Técnicas de evaluación y tratamiento del bruxismo: una revisión de dos décadas de investigación clínica. *Vigilia/Sueño*, 7, 13-27.
- Espinar, J. (1996): Trastornos de excesiva somnolencia diurna. En M. J. Ramos (dir.), *Sueño y procesos cognitivos*. Madrid: Síntesis.
- Espinar, J. (1998): Tratamiento del síndrome de narcolepsia-cataplejía. *Vigilia-Sueño*, 10 (supl.), 97-106.
- Estivill, E. (1994): Trastornos del sueño en la infancia. *Psicología Conductual*, 2, 347-362.
- Estivill, E. (1998, noviembre): El insomnio infantil por hábitos incorrectos como alteración circadiana: a propósito de 500 casos. Ponencia presentada en el *VII Congreso Latinoamericano de Sueño*, Buenos Aires.
- Estivill, R. (1995): Uso de fármacos hipnóticos en los lactantes y en los niños de corta edad. *Anales Españoles de Pediatría*, 43, 335-338.
- Estivill, E. y Cilveti, R. (1994): Adaptación del método de Ferber en el tratamiento del insomnio infantil por hábitos incorrectos. *Vigilia-Sueño*, 6, 20-25.
- Estivill, E. y De Béjar, S. (1996): *Duérmete, niño*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Ferber, R. (1990): Childhood insomnia. En M. H. Thorpy (dir.), *Handbook of sleep disorders*. Nueva York: Marcel Dekker.
- Ferber, R. (1993): *Soluciono los problemas de sueño de su hijo*. Barcelona: Medici.
- Ferber, R. (1994): Sleep disorders in children. En R. Cooper (dir.), *Sleep*. Londres: Chapman and Hall.
- France, K. G. y Hudson, S. M. (1993): Management of infant sleep disturbance. A review. *Clinical Psychology Review*, 13, 645-647.
- Frank, N. C.; Spirito, A.; Stark, L. y Owens-Stively, J. (1997): The use of scheduled awakenings to eliminate childhood sleepwalking. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 345-353.
- Groswasser, J.; Sottiaux, M. y Kahn, A. (1996): Management of insomnia in infants and young children. *Journal of Sleep Research*, 5 (suppl. 1), 156.
- Halliday, G. (1987): Direct psychological therapies for nightmares: A review. *Clinical Psychology Review*, 7, 501-523.
- Hauri, P. y Linde, S. (1992): *Cómo acabar con el insomnio*. Barcelona: Medici.
- Hoddes, E.; Dement, W. y Zarcone, V. (1972): The development and use of the Stanford sleepiness scales (SSS). *Psychophysiology*, 9, 150.
- Horne, J. A. y Ostberg, O. (1977): A self assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *International Journal of Chronobiology*, 4, 97-110.
- Hublin, C.; Kaprio, J.; Partinen, M. y Koskenvuo, M. (1998): Sleepwalking in twins. Epidemiology and psychiatric comorbidity. *Behavior Genetics*, 28, 289-298.
- Idiazábal, M. A. y Estivill, E. (1998): Narcolepsia en niños. *Vigilia-Sueño*, 10 (supl.), 49-53.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1994): *Synopsis of psychiatry*, 7.ª ed.: Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Lavigne, G. J.; Lobbezoo, F.; Rompre, P. H.; Nielsen, T. A. y Montplaisir, J. (1997): Cigarette smoking as a risk factor on an exacerbating factor for restless legs syndrome and sleep bruxism. *Sleep*, 20, 290-293.
- Lacks, P. y Rotert, M. (1986): Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 365-368.
- Lask, B. (1988): Novel and non-toxic treatment for night terrors. *British Medical Journal*, 297, 592.
- Le Boeuf, A. (1979): A behavioral treatment of chronic sleepwalking. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 10, 83-84.
- Lecendreux, M.; Bouvard, M. P.; Badoual, A. M.; Dugas, M. y Mouren, M. C. (1996): Effect of clonidine in terrifying nocturnal arousal in children: about two personal cases. *Journal of Sleep Research*, 5 (suppl. 1), 240.
- Lillywhite, A. R.; Wilson, S. J. y Nutt, D. J. (1994): Successful treatment of night terrors and somnambulism with paroxetine. *British Journal of Psychiatry*, 164, 551-554.
- Loughlin, G. M. (1992): Obstructive sleep apnea in children. En L. A. Barness (dir.), *Advances in Pediatrics*, vol. 39. Londres: Mosby-Year Book.
- Madrid, G.; Madrid, S.; Vranesh, J. G. y Hicks, R. A. (1998): Cigarette smoking and bruxism. *Perceptual and Motor Skills*, 87, 898.
- Mamber, R.; Bootzin, R. R. y Loewy, D. (1998): Sleep disorders. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Comprehensive clinical psychology*, vol. 8. Oxford: Pergamon.
- Martin, R. D. y Conway, J. B. (1976): Aversive stimulation to eliminate infant nocturnal rocking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 200-201.

- Masand, P.; Popli, A. P. y Weilburg, J. B. (1995): Sleepwalking. *American Family Physician*, 51, 649-653.
- McNamara, F. y Sullivan, C. E. (1996): Sleepdisorder breathing and its effects on sleep in infants. *Sleep*, 19, 4-12.
- Miller, J. D.; Morin, L. P.; Schwartz, W. J. y Moore, R. Y. (1996): New insights into the mammalian circadian clock. *Sleep*, 19, 641-667.
- Minde, K.; Popiel, K.; Leo, N.; Falkner, S.; Parker, K. y Handley, M. (1993): The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 34, 521-533.
- Montplaisir, J. y Petit, D. (1998, noviembre): Desarrollos recientes en la fisiopatología y tratamiento del síndrome de piernas inquietas. Conferencia presentada en el VII Congreso Latinoamericano de Sueño, Buenos Aires.
- Navarro, J. F. (1994): Trastornos del sueño. *Psicología Conductual*, 2 (n.º 3, monográfico).
- Navarro, J. F. (1998): Tratamiento farmacológico del síndrome narcolepsia-cataplexia. *Vigilia-Sueño*, 10, 102-111.
- Navarro, J. F. y Espert, R. (1994a): Sonambulismo. *Psicología Conductual*, 2, 363-368.
- Navarro, J. F. y Espert, R. (1994b): Síndrome narcoléptico. *Psicología Conductual*, 2, 283-296.
- Navarro, J. F.; Moreno, S. y Noriega, S. (1997): Menstruación y sueño: hipersomnia periódica ligada al ciclo menstrual. *Psicología Conductual*, 5, 149-153.
- Neidhardt, E. J.; Krakow, B.; Kellner, R. y Pathak, D. (1992): The beneficial effects of one treatment session and recording of nightmares on chronic nightmare sufferers. *Sleep*, 15, 470-473.
- Nicassio, P.; Mendlowitz, D.; Fussell, J. y Petras, L. (1985): The phenomenology of the pre-sleep state: the development of the pre-sleep arousal scale. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 263-271.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992): *International Classification of Diseases*, 10.ª ed. (ICD-10): Ginebra: OMS.
- Pellicer, F. X. (1994): Desensibilización por el movimiento de los ojos en el tratamiento de las pesadillas en niños: informe de un caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 865-869.
- Peraita, R. (dir.) (1992): *Trastornos del sueño en la infancia*. Madrid: CEPE.
- Raich, R. M. y De la Calzada, M. D. (1992): *El sueño y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rains, J. C. (1995): Treatment of obstructive sleep apnea in pediatric patients, behavioral intervention for compliance with nasal continuous positive airway pressure. *Clinical Pediatric*, 34, 535-541.
- Regestein, Q. R. y Pavlova, M. (1995): Treatment of delayed sleep phase syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 17, 335-345.
- Rosenweig, M. R. y Leiman, A. J. (1997): *Psicología fisiológica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sadigh, M. R. y Mierzwa, J. A. (1995): The treatment of persistent night terrors with autogenic training: a case report. *Biofeedback and Self-Regulation*, 20, 205-209.
- Sánchez-Gómez, A. I. (1999): *Evaluación de la técnica de la presión nasal positiva continua en el nivel de activación diurno y en el estado de ánimo de pacientes con el síndrome de apnea obstructiva del sueño*. Tesis doctoral, Universidad de Granada.
- Schenck, C. H.; Boyd, J. L. y Mahowald, M. W. (1997): A parasomnia overlap disorder involving sleepwalking, sleep terrors, and REM-sleep behavior disorder in 33 polysomnographically confirmed cases. *Sleep*, 20, 972-981.
- Sheldon, S. H.; Spire, J. P. y Levy, H. B. (1992): *Pediatric sleep medicine*. Londres: Saunders.
- Sierra, J. C. y Moreno, S. (1999): Intervención en trastornos del sueño relacionados con la respiración. En M. A. Simón (dir.), *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Stores, G. (1996): Practitioner review: Assessment and treatment of sleep disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 907-925.
- Tan, V. L. y Hicks, R. A. (1995): Type A-B behavior and nightmare types among college students. *Perceptual Motor Skills*, 81, 15-19.
- Thayer, R. E. (1967): Measurement of activation through self-report. *Psychological Reports*, 20, 663-678.
- Thorpy, M. J. (1990): Rhythmic movement disorder. En M. H. Thorpy (dir.), *Handbook of sleep disorders*. Nueva York: Marcel Dekker.
- Tobin, J. D. (1993): Treatment of somnambulism with anticipatory awakening. *Journal of Pediatrics*, 122, 426-427.
- Van Oot, P. H.; Lane, T. W. y Borkovec, T. D. (1984): Sleep disturbances. En H. E. Adams y P. B. Sutker (dirs.), *Comprehensive handbook of psychopathology*. Nueva York: Plenum.

Vela Bueno, A. (1998): Principios básicos de diagnóstico de la narcolepsia. *Vigilia-Sueño, 10 (supl.)*, 75-84.

### LECTURAS RECOMENDADAS

Cashman, M. A. y McCann, B. S. (1991): *Trastornos del sueño en niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.

Estivill, E. y De Béjar, S. (1996): *Duérmete, niño*. Barcelona: Plaza y Janés.

Ferber, R. (1993): *Solucione los problemas de sueño de su hijo*. Barcelona: Medici.

Friebel, V. y Friedrich, S. (1996): *Trastornos del sueño en la infancia*. Madrid: EDAF. (Orig.: 1989.)

Schaefer, C. E. (1995): *Clinical handbook of sleep disorders in children (Child therapy)*. Nueva York: Aronson.

**PARTE SEXTA**  
**Conducta alimentaria anómala**





# Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

# 9

SILVIA MORENO DOMÍNGUEZ  
SONIA VILLAR RODRÍGUEZ<sup>1</sup>

## 1. ¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Etimológicamente hablando, un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) haría referencia a todas aquellas circunstancias que supongan una disfunción en el comportamiento alimentario del afectado. Pero, en realidad, cuando hablamos de un TCA, no nos estamos refiriendo simplemente a la existencia de un inadecuado hábito alimentario o a un deseo excesivo por adelgazar, sino que bajo esta etiqueta existe una compleja patología que incluye aspectos tales como desequilibrios emocionales, trastornos de la personalidad, conductas autolíticas, distorsiones perceptivas, pensamientos obsesivos, autovaloraciones negativas y todo un sinfín de componentes que dan una idea de la complejidad del trastorno.

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) aparecen recogidas dos categorías principales dentro de los TCA, como son la anorexia y la bulimia nerviosas, aunque recoge una tercera categoría para englobar aquellos TCA que, por cualquier motivo, no reúnen las características de las dos anteriores y quedan etiquetados como TCA no especificados.

La *anorexia nerviosa* se caracteriza, a grandes rasgos, por un rechazo al mantenimiento del peso normal de acuerdo con la edad y la altura, miedo intenso a engordar, a pesar de existir un peso por

debajo del ideal, existencia de una distorsión perceptiva de la imagen corporal, negación total o parcial de la enfermedad y, en el caso de las mujeres, la existencia de amenorrea primaria o secundaria.

La *bulimia nerviosa* viene definida por una preocupación excesiva por la comida que da lugar a la aparición de episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos, puesta en práctica de medidas extremas para controlar el aumento de peso tales como vómitos autoprovocados, abuso de laxantes y diuréticos, consumos de fármacos supresores del apetito, períodos de ayuno y, al igual que en los casos de anorexia nerviosa, una preocupación excesiva por el peso.

Aunque el propósito de los investigadores es generar categorías lo más delimitadas posible, lo cierto es que, en la práctica, lo más frecuente es encontrar que los pacientes pasan por las diferentes categorías de los trastornos de la conducta alimentaria, es decir, alternan períodos restrictivos en los que hacen dietas de muy bajo contenido calórico, con etapas de descontrol absoluto, en las que recurren a la ingesta de grandes cantidades de alimentos y práctica del vómito y otras conductas purgativas. Calvo (1996) propone que, por un lado, encontraríamos la anorexia nerviosa primaria de tipo restrictivo o abstinerente, hiperactiva, rígida y perfeccionista y, por el otro, un subgrupo de pacientes de anorexia-bulimia, vomitadora y/o abusadora de purgantes.

<sup>1</sup> Centro de Psicología Viania, Granada (España).

## 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Seguidamente nos detendremos en la descripción de algunas características clínicas de la anorexia y la bulimia nerviosas, incluyendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y algunos datos sobre el curso y la epidemiología de dichos trastornos.

### 2.1. Anorexia nerviosa

Los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV-TR para la anorexia nerviosa son los siguientes:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 por 100 del esperable, o fracaso en conseguir el aumento del peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 por 100 del peso esperable).
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como, por ejemplo, por medio de la administración de estrógenos).

Asimismo, el DSM-IV-TR especifica dos tipologías básicas:

1. *Tipo restrictivo*: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.
2. *Tipo atracarse/purgarse*: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Cuando tienen un peso considerablemente inferior al esperado, muchos individuos con anorexia nerviosa manifiestan síntomas depresivos como un estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y un menor interés en el sexo. Resaltan también en muchos casos las características obsesivo-compulsivas, tanto relacionadas como no relacionadas con la comida. Suelen tener igualmente preocupaciones con respecto a comer en público, una sensación de ineficacia, una acusada necesidad de controlar el propio ambiente, un pensamiento inflexible, una espontaneidad social limitada, perfeccionismo y una expresión emocional restringida. Además, un importante número de sujetos con anorexia nerviosa tiene al menos un trastorno de la personalidad (APA, 2000). En la tabla 9.1 se incluyen algunos de los síntomas más característicos de la anorexia nerviosa, que no necesariamente están presentes en todos los sujetos diagnosticados con el trastorno.

La anorexia nerviosa parece estar muy asociada con los valores culturales sobre la belleza corporal. El trastorno raramente comienza antes de la pubertad y más del 90 por 100 de los casos son mujeres. La prevalencia de la anorexia entre éstas es del 0,5 por 100 aproximadamente, aunque es más frecuente encontrar individuos que no llegan a desarrollar el trastorno completamente. La prevalencia del trastorno entre los hombres es aproximadamente 1/10 de la de las mujeres (APA, 2000)

Los estudios con gemelos han investigado una base genética para la anorexia nerviosa. Las tasas de concordancia que se han encontrado entre gemelos han llegado a ser de hasta el 50 por 100 (Scott, 1986; Holland et al., 1984). Sin embargo, en estos estudios no se criaron los gemelos aparte, aumentando, por tanto, la probabilidad de resultados sesgados y mezclando la contribución de la genética y el ambiente. Los resultados de los estudios genéticos sugieren que algunas características centrales a

TABLA 9.1

*Síntomas característicos de la anorexia nerviosa (Morandé y Rodríguez-Cantó, 1991)*

Síntomas conductuales	Síntomas cognitivos	Síntomas fisiológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Restricción voluntaria de alimentos de contenido calórico elevado, con la intención de bajar peso.</li> <li>— Preparación de los alimentos mediante cocción o a la plancha.</li> <li>— Disminución o ingesta excesiva de agua o líquidos.</li> <li>— Conducta alimentaria extraña (p. ej., come de pie, corta el alimento en pequeños trozos, los estruja o lava y al terminar de comer, con cualquier pretexto, se pone en movimiento).</li> <li>— Aumento de la actividad física para aumentar el gasto energético. En ocasiones, ejercicio compulsivo.</li> <li>— Aumento de las horas de estudio y de actividades supuestamente útiles.</li> <li>— Disminución de las horas de sueño</li> <li>— Irritabilidad.</li> <li>— Uso de laxantes, diuréticos y auto-provocación de vómitos (formas purgantes).</li> <li>— Sintomatología depresiva.*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Preocupación obsesiva en cuanto al peso.</li> <li>— Trastorno grave de la imagen corporal.</li> <li>— Terror a subir de peso.</li> <li>— Negación total o parcial de la enfermedad.</li> <li>— Negación de sensaciones de hambre, sed, fatiga y sueño.</li> <li>— Dificultad de concentración y aprendizaje.</li> <li>— Desinterés sexual.</li> <li>— Desinterés por actividades lúdicas o recreativas.</li> <li>— Dificultad en reconocer sus emociones.</li> <li>— Temor a perder el control.</li> <li>— Sensación de lucha interna entre aspectos de su persona.</li> <li>— Sintomatología obsesiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Anemia moderada.</li> <li>— Leukopenia.</li> <li>— Niveles altos de urea en sangre.</li> <li>— Hipercolesterolemia.</li> <li>— Alcalosis metabólica.</li> <li>— Hipocloremia.</li> <li>— Hipopotasemia.</li> <li>— Acidosis metabólica.</li> <li>— Hiperadrenocortisolismo.</li> <li>— Niveles séricos bajos de estrógenos (mujeres).</li> <li>— Niveles bajos de testosterona (hombres).</li> <li>— Bradicardia sinusal.</li> <li>— Anormalidades difusas en el electroencefalograma.</li> <li>— Aumento del cociente ventrículo/cerebro.</li> <li>— Amenorrea (mujeres).</li> <li>— Estreñimiento.</li> <li>— Dolor abdominal.</li> <li>— Emaciación.</li> <li>— Hipotensión.</li> <li>— Hipotermia.</li> <li>— Sequedad de la piel.</li> </ul>

la anorexia nerviosa pueden transmitirse genéticamente, pero se necesita más investigación para establecer la naturaleza precisa de estas características.

La investigación sobre la etiología de la anorexia nerviosa se ha centrado también en el desarrollo del trastorno. Se ha propuesto (Attie y Brooks-Gunn, 1992) que los problemas de la alimentación relacionados con la anorexia pueden surgir en respuesta a los retos psicológicos del desarrollo adolescente en las mujeres. Estos retos evolutivos incluyen los cambios físicos y biológicos de la pubertad, el desarrollo de las relaciones sexuales, la tendencia a una mayor autonomía y la persecución de una educación y de un trabajo. Estos sucesos de la vida adolescente, a veces estresantes, pue-

den provocar la aparición de la anorexia nerviosa en algunas mujeres jóvenes (Williamson, Rabalais y Bentz, 1996).

## 2.2. Bulimia nerviosa

Los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV-TR para la bulimia nerviosa son los descritos a continuación:

a) Presencia de atracones recurrentes, caracterizados por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período

- de 2 horas) en cantidad superior a la que comería la mayoría de la gente.
2. Sensación de pérdida de control sobre la conducta de comer durante el episodio de ingesta voraz (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera recurrente, para evitar la ganancia de peso, como son provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno; ejercicio excesivo.
  - c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
  - d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
  - e) La perturbación no ocurre exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa

Asimismo, el DSM-IV-TR especifica dos tipologías básicas:

1. *Tipo purgante*: Durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona se provoca regularmente el vómito o utiliza laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
2. *Tipo no purgante*: Durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Los sujetos con bulimia nerviosa se encuentran habitualmente dentro del rango de peso considerado normal. Entre atracón y atracón, generalmente restringen su ingesta calórica total y seleccionan alimentos bajos en calorías, a la vez que evitan alimentos que perciben como altos en grasas o que puedan desencadenar un atracón. En muchos de los individuos con este trastorno, hay un aumento de la frecuencia de los

síntomas depresivos y/o de síntomas/trastornos de ansiedad. Se da también una dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un 30 por 100 aproximadamente de los sujetos y un número importante de éstos padecen uno o más trastornos de la personalidad (sobre todo los trastornos del Grupo B, especialmente los trastornos límite e histriónico de la personalidad) (véase en la tabla 9.2 algunas de las características más importantes de la bulimia nerviosa). Más del 90 por 100 de los casos de bulimia nerviosa son mujeres. La prevalencia de la anorexia entre éstas es del 1 al 3 por 100. aproximadamente, y entre los hombres llega a ser un 1/10 de la prevalencia en las mujeres (APA, 2000; Williamson et al., 1996)

Finalmente, el DSM-IV-TR incluye una categoría denominada *Trastorno de la conducta alimentaria no especificado* (TCA-NE) que es considerada como un diagnóstico «subumbral», donde se diagnostican los trastornos de la alimentación que no cumplen los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria específico, aunque las características básicas del TCA-NE son similares, aunque no tan extremas, a las características de la anorexia y la bulimia nerviosas, tales como: 1) temor excesivo a ganar peso; 2) preocupación excesiva por la silueta corporal, y 3) uso de métodos extremos para perder peso (Williamson, Gleaves y Savin, 1992; Williamson et al., 1996).

### 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

El diagnóstico de los TCA deberá realizarse con base en el análisis y evaluación de las distintas facetas médicas y psicológicas presentes en el propio trastorno. Así, la evaluación que nos conduzca al diagnóstico de estas patologías deberá abarcar los siguientes puntos.

#### 3.1. La entrevista clínica

El objetivo que se persigue por medio de la entrevista es la elaboración de la historia clínica del paciente, de manera que se recopila toda aquella información trascendente que posteriormente pueda ser utilizado en el tratamiento. Asimismo, se obtiene

TABLA 9.2

*Síntomas característicos de la bulimia nerviosa (Morandé y Rodríguez-Cantó, 1991)*

Síntomas conductuales	Síntomas cognitivos	Síntomas fisiológicos
<p><b>CONDUCTA ALIMENTARIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Atracones de comida a escondidas, al menos dos veces a la semana.</li> <li>— Restricción dietética en comidas normales.</li> <li>— Almacenamiento de comida en diversos lugares de la casa.</li> <li>— Ingestión de comidas de otros, sin preocupación aparente y negando la evidencia.</li> <li>— Ingestión de grandes cantidades de agua, café, leche y bebidas de cola «light».</li> <li>— Consumo intensivo de chicles sin azúcar.</li> <li>— Consumo indiscriminado de tabaco para disminuir la ansiedad de comer.</li> <li>— Consumo impulsivo de alimentos congelados, desechados de la basura o de los destinados a animales de compañía.</li> <li>— Rechazo de las comidas sociales.</li> </ul> <p><b>CONDUCTAS DESTINADAS A COMPENSAR ATRACONES Y PERDER PESO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Vómitos autoprovocados.</li> <li>— Rechazo a tragar la comida escupiéndola.</li> <li>— Uso masivo de diuréticos, anorexígenos, laxantes y a veces enemas.</li> <li>— Aumento del ejercicio físico para aumentar el gasto energético.</li> </ul> <p><b>ESTUDIOS Y TRABAJO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Aumento aparente de las horas de actividades útiles y de estudio.</li> <li>— Disminución del rendimiento escolar o laboral.</li> <li>— Absentismo escolar o laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Terror a subir de peso y/o deseo compulsivo de perderlo.</li> <li>— Trastorno grave de la imagen corporal.</li> <li>— Negación total o parcial de la enfermedad.</li> <li>— Persistente sensación de apetito voraz (ansiedad por la comida).</li> <li>— Sueños sobre atracones.</li> <li>— Dificultad de concentración y aprendizaje.</li> <li>— Razonamiento empobrecido, por su elección de todo o nada.</li> <li>— Temor al descontrol y a dejarse llevar por sus impulsos.</li> <li>— Sensación de ansiedad difusa y envolvente.</li> <li>— Sentimientos e ideaciones depresivas con fuerte componente autolítico.</li> <li>— Sensación constante de culpa y facilidad para inculpar a otros.</li> <li>— Baja autoestima personal, física y, a veces, moral.</li> <li>— Persistente sensación de vacío, inutilidad y alejamiento.</li> <li>— Fijación de metas por encima de su capacidad actual.</li> <li>— Dificultad para captar las claves de interacción personal.</li> <li>— Confusión de sensaciones, emociones y sentimientos.</li> <li>— Oscilaciones rápidas del humor y estado de ánimo.</li> <li>— Intensa lucha interna entre aspectos positivos y negativos de la personalidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Hipopotasemia.</li> <li>— Hipernatremia.</li> <li>— Hipocloremia.</li> <li>— Alcalosis metabólica.</li> <li>— Diarreas.</li> <li>— Pérdida del esmalte dental.</li> <li>— Aumento de las glándulas salivares, especialmente de la glándula parótida.</li> <li>— Callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano.</li> <li>— Irregularidades menstruales (mujeres).</li> <li>— Amenorrea (mujeres).</li> <li>— Dependencia de laxantes (quienes los usan a menudo).</li> </ul>

TABLA 9.2 (continuación)

Síntomas conductuales	Síntomas cognitivos	Síntomas fisiológicos
DISMINUCIÓN DE LAS HORAS DE SUEÑO Y DIFICULTAD PARA LEVANTARSE VIDA FAMILIAR — Irritabilidad y cambios bruscos de humor. — Rechazo a compartir la vida familiar, saliendo de casa sin limitación alguna. — Desorden en su habitación, ropa e higiene. — Mentira evitativa y también innecesaria. — Robo de comidas, dinero y objetos inútiles (cleptomanía). VIDA SOCIAL — Intensa e indiscriminada vida social, con intervalos de aislamiento. — Vida sentimental intensa, inestable o ausente. — Actividad sexual que puede fluctuar de ninguna a cierta promiscuidad. — Sucesivos cambios y/o problemas con amistades. CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS — Consumo de alcohol, en ocasiones sin medida. — Consumo de otras drogas en situaciones sociales.		

información relevante que permita sacar conclusiones sobre las variables etiológicas y de mantenimiento del trastorno. Para ello se obtendrán datos referentes a:

### 1. Historia del TCA

- Cuándo y cómo apareció el problema.
- Valoración del peso actual.
- Ingesta actual y hábitos alimenticios.
- Métodos usados para la pérdida de peso.
- Presencia de atracones.
- Historia menstrual.
- Historia psicosocial del paciente (relaciones familiares y escolares/laborales).
- Repercusiones sociales (actividad escolar o laboral, aislamiento, relaciones interpersonales, etc.).

- Existencia de patologías médicas, psicológicas o psiquiátricas anteriores.

### 2. Aspectos conductuales y actitudinales

- Existencia de rituales alimenticios.
- Alimentos prohibidos.
- Actitudes ante la propia patología (negación de enfermedad).
- Hiperactividad.
- Conductas de autocontrol del peso.

### 3. Aspectos psicológicos

- Grado de conciencia de enfermedad.
- Alteraciones del pensamiento (distorsiones cognitivas).

- Distorsión de la imagen corporal.
- Ansiedad y angustia.
- Alteraciones del estado de ánimo.

### 3.2. Cuestionarios y escalas

Algunos de los instrumentos de autoinforme más empleados en la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria son los siguientes:

- «Test de actitudes sobre el comer» (*Eating Attitudes Test, EAT*; Garner y Garfinkel, 1979), usualmente aplicado en casos de anorexia nerviosa para la detección de síntomas y comportamientos propios de esta categoría diagnóstica.
- «Inventario de Bulimia, de Edimburgo» (*Bulimic Inventory Test Edinburgh, BITE*; Henderson y Freeman, 1987), utilizado para la evaluación en bulimia nerviosa, recoge información acerca de conductas y sentimientos asociados a la alimentación y prácticas purgativas.
- «Inventario de trastornos de la alimentación» (*Eating Disorder Inventory, EDI*; Garner, 1991). Se centra en la valoración de cogniciones y grado de insatisfacción personal, aplicable tanto en anorexia como en bulimia.
- «Cuestionario sobre la silueta corporal» (*Body Shape Questionnaire, BSQ*; Cooper et al., 1987). Informa sobre el grado de malestar que provoca la imagen corporal.
- «Test de actitudes sobre el cuerpo» (*Body Attitudes Test, BAT*; Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderline, 1994). Evalúa el grado de satisfacción corporal hacia la imagen corporal.

### 3.3. Exploración física

Dentro de la exploración física tenemos una serie de medidas que se suelen emplear con las personas que sufren un trastorno de la conducta alimentaria y que describimos a continuación.

*Medidas antropométricas:* Permiten hacer una valoración general del estado de nutrición del

paciente. Las medidas más frecuentes son el peso, la talla, el índice de masa corporal (IMC) y los pliegues cutáneos. El índice de masa corporal de Quetelet es la medida basada en el peso más extensamente empleada y sirve como referencia a la hora de determinar el grado de pérdida de masa grasa y muscular de un paciente con TCA. La fórmula para su cálculo es la siguiente:

$$\text{IMC} = \text{Peso (en kilogramos)} / \text{Altura}^2 \text{ (en metros)}$$

Así, una persona que pese 51 kilos y mida 1,62 metros, su IMC sería de 19,4 ( $51 / 1,62^2$ ). Todas las medidas deberán referirse a las tablas percentiles de crecimientos de la población normal; sin embargo, a continuación se presentan algunas estimaciones del grado de depleción:

- IMC menor de 16: Desnutrición grave.
- IMC entre 16 y 18: Desnutrición moderada.
- IMC entre 18 y 20: Desnutrición leve.
- IMC entre 20 y 25: Parámetros dentro de la normalidad.
- IMC entre 25 y 27: Ligero sobrepeso.
- IMC entre 27 y 30: Sobrepeso.
- IMC mayor de 30: Obesidad.

Es importante reseñar aquí que el índice de masa corporal será el elemento principal de control del estado nutricional del paciente, así como de la evolución del mismo, por lo que su medida será valorada especialmente.

La medida del grosor del pliegue cutáneo y la circunferencia muscular del brazo permite calcular indirectamente los índices de masa grasa y muscular, lo que nos acerca a una estimación del grado de depleción corporal (Gurney y Jelliffe, 1973; Frisancho, 1981).

*Constantes vitales:* Frecuencia cardiaca, temperatura y tensión arterial, descartándose inestabilidades hemodinámicas.

*Otros síntomas a explorar:*

- Piel seca y fría.
- Lanugo.
- Carotenemia.

- Alopecia.
- Uñas quebradizas.
- Edemas.
- Fragilidad capilar y hematomas.
- Signo de Russell (callosidades en los nudillos).
- Erosión dentaria.
- Aumento de glándulas salivares.
- Parestesias y alteraciones musculares.
- Bradicardia e hipotensión.

### 3.4. Pruebas médicas

En los sujetos con un TCA será conveniente realizar una serie de exámenes físicos, entre los que se encuentran los siguientes.

- Hemograma.
- Anomalías hidroelectrolíticas.
- Alteraciones bioquímicas.
- Alteraciones en el electrocardiograma.
- Alteraciones endocrinológicas.
- Alteraciones inmunológicas.
- Alteraciones del aparato genital interno.
- Alteraciones óseas.

## 4. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas puede plantearse desde distintos modelos teóricos. Sin embargo, en la actualidad, existe un acuerdo general entre investigadores sobre la necesidad de planificar el tratamiento desde un enfoque multidisciplinar. Esta necesidad viene impuesta por la propia complejidad del trastorno; son tantas las facetas del individuo que se ven afectadas que no es posible garantizar la eficacia del tratamiento si éste no las aborda en su totalidad. El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinar que incluya al menos las siguientes áreas: medicoendocrinológica, psiquiátrica y psicológica.

### 4.1. Modalidades del tratamiento

La intervención terapéutica de los trastornos de la conducta alimentaria puede ser adoptada desde las distintas modalidades de tratamiento existentes, que están determinadas por la gravedad del trastorno. La elección de uno u otro tipo de tratamiento se plantea en función de unos criterios de ingreso propios para cada modalidad. Así, tenemos las siguientes.

#### Hospitalización

El tratamiento se lleva a cabo durante el ingreso hospitalario del paciente con el objetivo principal de impedir la muerte del mismo y alcanzar un nivel de nutrición óptimo. Esta modalidad de tratamiento estará especialmente indicada en aquellos casos en los que el paciente presenta un grado importante de desnutrición o existen complicaciones médicas de gravedad que hacen que peligre su vida. Los criterios de ingreso en esta modalidad, tanto en anorexia como en bulimia, se señalan en la tabla 9.3.

#### Hospital de día

Esta modalidad supone un tipo de tratamiento de los TCA que se lleva a cabo en unidades especialmente creadas para tal fin. En los hospitales de día se ofrece un tratamiento con un horario establecido por el propio protocolo de la unidad, que viene a suponer una jornada completa, lo que incluye la realización de las principales comidas diarias de los pacientes y la realización de actividades terapéuticas destinadas a la recuperación psicológica de los mismos. Los criterios de ingreso, tanto en anorexia como en bulimia, se encuentran incluidos en la tabla 9.4.

#### Tratamiento ambulatorio

Esta modalidad supone realizar el tratamiento en régimen de consulta externa, de manera que resulte compatible con las actividades cotidianas del paciente; se busca, principalmente, evitar la ruptura de lazos familiares y sociales, realizando una inter-



TABLA 9.3

*Criterios para determinar el ingreso hospitalario como modalidad de tratamiento en anorexia y bulimia nerviosas*

Criterios de ingreso en AN	Criterios de ingreso en BN
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Pérdida de peso persistente (25-30%) en menos de 3 meses o un porcentaje mayor en forma progresiva.</li> <li>— Trastornos hidroelectrolíticos graves.</li> <li>— Arritmias cardíacas.</li> <li>— Inestabilidad fisiológica (bradicardia grave, hipotensión, hipotermia, cambios ortostáticos).</li> <li>— Fallo del tratamiento ambulatorio.</li> <li>— Rechazo manifiesto a alimentarse.</li> <li>— Incompetencia familiar manifiesta ante un cuadro en evolución.</li> <li>— Intervenciones en crisis y descompensaciones.</li> <li>— Urgencias psiquiátricas (idea de suicidio, psicosis aguda).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Ideación autolítica y riesgo de acto suicida.</li> <li>— Depresión mayor asociada con actividad delirante.</li> <li>— Trastorno de personalidad, asociado con descompensación psicótica actual</li> <li>— Psicosis tóxica.</li> <li>— Atracones y vómitos incontrolables.</li> <li>— Complicaciones médicas de la malnutrición (síncope, convulsiones, fallo cardíaco, pancreatitis).</li> <li>— Incompetencia familiar manifiesta.</li> </ul>

TABLA 9.4

*Criterios para determinar el ingreso en la modalidad de hospital de día en anorexia y bulimia nerviosa*

Criterios de ingreso
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Índice de masa corporal inferior o igual a 17.</li> <li>— Desnutrición grave.</li> <li>— Complicaciones somáticas graves.</li> <li>— Ausencia de apoyo familiar o ambiente familiar no favorable a la buena evolución de la enfermedad. Crisis familiar.</li> <li>— Descompensación psicopatológica (cuadro depresivo, acentuación de rasgos obsesivos, riesgo suicida).</li> <li>— Episodios de voracidad y vómitos incontrolados o consumo peligroso de laxantes y/o diuréticos.</li> <li>— No tiene conciencia de enfermedad y ausencia de motivación para el tratamiento.</li> </ul>

TABLA 9.5

*Criterios para determinar la modalidad de tratamiento ambulatorio para la anorexia y la bulimia nerviosas*

Criterios de ingreso
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Índice de masa corporal superior a 17.</li> <li>— Existencia de apoyo familiar y social favorable a la implantación del tratamiento .</li> <li>— Ausencia de desnutrición grave.</li> <li>— Episodios de voracidad y vómitos incontrolados o consumo peligroso de laxantes y/o diuréticos.</li> </ul>

### Hospitalización en casa

Esta es una modalidad de tratamiento que se plantea como una alternativa a la hospitalización tradicional, por tratarse de un modelo menos costoso y aversivo. Está indicada especialmente en aquellos casos en los que surge una recaída en sujetos que han estado hospitalizados y en los que la pérdida de peso no ha sido excesiva (Morandé, 1995). El objetivo terapéutico es conseguir el aumento de

vención intensiva y multidisciplinar de la forma menos invasiva y traumática posible. Los criterios de ingreso para esta modalidad de tratamiento se muestran en la tabla 9.5.

peso así como la modificación del patrón de ingesta y de ejercicio físico, recurriendo para ello al reposo vigilado y supervisado. Mediante este tipo de intervención, se establece un programa operante en el que la paciente parte de un nivel cero de privilegios y va obteniendo refuerzos a medida que realiza las conductas establecidas. En este caso es la familia la que se encarga de la correcta realización del programa, contando, por supuesto, con la supervisión constante y directa de los profesionales. Con la hospitalización en casa se consigue, al final del tratamiento, una recuperación de peso similar a la obtenida con la hospitalización, pero con menor coste que dicho tratamiento. Se puede recurrir a esta modalidad cuando no existen complicaciones médicas graves que requieran de una asistencia médica constante, pero haya un peso inferior al esperado que requiera un aumento inmediato. Es imprescindible que exista un ambiente familiar estructurado y una firme voluntad de colaboración.

A modo de ejemplo, en la figura 9.1 se plantea un breve esquema del organigrama del programa de tratamiento en el Servicio de Psiquiatría de la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge, en Barcelona, donde se observa cómo, tras las sesiones probatorias (de evaluación), los pacientes son derivados a las distintas unidades existentes. Evidentemente la elección de una u otra modalidad de tratamiento vendrá determinada por los resultados obtenidos en la fase previa de evaluación, así como por los criterios de ingreso para cada modalidad. En cualquier caso, son varios

los aspectos que se tienen que abordar en el tratamiento de los trastornos alimentarios, independientemente de la modalidad de tratamiento elegida, si bien es cierto que en función del tipo de tratamiento a escoger se dará prioridad a unos aspectos frente a otros (por ejemplo, durante un tratamiento hospitalario, el aumento ponderal de peso es prioritario frente a la aceptación de la propia imagen, mientras que en régimen ambulatorio, si el IMC está normalizado, se puede priorizar la toma de conciencia de la enfermedad). A continuación se expondrán con detalle los aspectos globales a tratar con sujetos afectados de anorexia o bulimia nerviosas.

#### 4.2. Fases del tratamiento

El tratamiento de los TCA se estructura en los siguientes módulos, dentro de los cuales quedarían recogidas las distintas áreas que se abordan:

- Módulo 1: Normalización del comportamiento alimentario.
- Módulo 2: Reestructuración cognitiva.
- Módulo 3: Adquisición de recursos y habilidades básicas de afrontamiento.
- Módulo 4: Eliminación de la distorsión de la imagen corporal.
- Módulo 5: Preparación para el alta y prevención de recaídas.

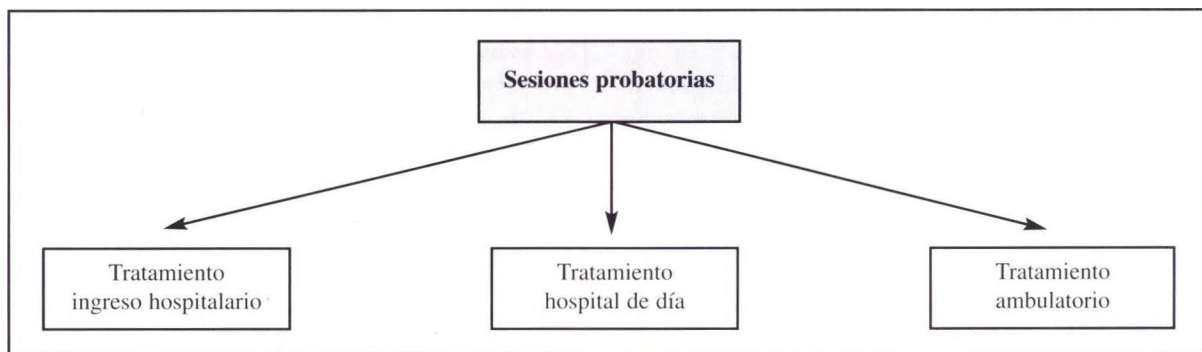


Figura 9.1—Organigrama del programa de tratamiento en el servicio de Psiquiatría de la Ciudad Sanitaria y Universidad de Bellvitge.

#### 4.2.1. *Modulo 1: Normalización del comportamiento alimentario*

### 1. **Toma de conciencia de la enfermedad y establecimiento de la relación terapéutica**

El inicio de cualquier tratamiento debe pasar por la adquisición de una cierta conciencia de enfermedad y aumento de la motivación por parte del paciente. Esta premisa, que a priori podría parecer obvia, se convierte en un objetivo específico del tratamiento de los TCA.

Síntoma tan específico como el «terror» intenso a ganar peso, la distorsión de la imagen corporal o las creencias irracionales existentes con respecto a la alimentación, convierten al afectado de un TCA en un paciente difícil para cualquier profesional de la salud. Asimismo, la falta de información que comúnmente suele existir entre los familiares y allegados de los pacientes sobre las características del trastorno, supone una seria dificultad a la hora de establecer un tratamiento y una relación terapéutica adecuada. Por todo ello, se hace imprescindible, al iniciar esta etapa, conseguir alcanzar una conciencia de enfermedad tanto en el paciente como en su entorno más próximo, promoviendo una correcta información acerca de la sintomatología primaria y asociada a este tipo de trastorno. A través de ello estaremos logrando, por un lado, reducir los altos niveles de ansiedad y estrés con los que los pacientes afrontan sus primeras visitas y, por otro, maximizar las posibilidades de colaboración de los familiares, erradicando conductas y actitudes contrarias a la buena evolución terapéutica. Estrategias tales como proporcionar un adecuado conocimiento de los síntomas del trastorno, la comprensión con respecto a las dificultades que entraña, empatía para con los sentimientos y temores de los pacientes, establecimiento de contratos conductuales, etc., suelen contribuir, en gran medida, a conseguir un cierto grado de conciencia de enfermedad, imprescindible para el inicio de cualquier intervención.

En general, y a través de las primeras sesiones, el terapeuta deberá exponer al paciente, lo más claramente posible, cuáles serán las distintas etapas del tratamiento, así como aquellas medidas a adoptar

destinadas a facilitar su aplicación y realización, de entre las cuales podríamos destacar:

1. El inicio de una realimentación «segura» y escalonada que sea compatible con sus aún existentes temores, así como con una progresiva renutrición.
2. Realización de un intenso control mediante el IMC que garantice no alcanzar bajo ningún concepto un estado de sobrepeso (tan temido por los pacientes).
3. Mostrar evidencias sobre su distorsión con respecto a la imagen corporal.
4. Involucrar desde un primer momento a los familiares en el propio proceso terapéutico, mediante su participación en los grupos de terapia adecuados para ello

### 2. **Educación nutricional**

Durante el desarrollo de los TCA, los pacientes generan todo un sistema de creencias sobre la conducta alimentaria que, en la gran mayoría de los casos, viene a suponer un conjunto de pensamiento erróneos que contribuyen al mantenimiento del resto de la sintomatología presente. Creer que el agua, las cremas hidratantes, los alimentos ricos en hidratos de carbono o, en general, que cualquier acto de alimentación va a suponer una subida de peso, es algo más que común en estas pacientes. Todo ello les lleva, en la mayor parte de los casos, a la búsqueda indiscriminada de información referente a los contenidos calóricos de los alimentos, de dietas de adelgazamiento más o menos justificadas, de estrategias de eliminación de la ingesta que, en definitiva, no hacen más que reforzar sus ideaciones y temores en relación a la alimentación.

Ofrecer una correcta información nutricional que elimine todas estas creencias irracionales se convierte en un objetivo esencial del tratamiento. Analizar la importancia y necesidad de mantener un menú equilibrado y saludable, conocer los consumos calóricos del cuerpo humano (aun en estado de reposo absoluto), explicar las consecuencias negativas de los abusos de sustancias o estrategias de purga, son herramientas necesarias en esta etapa, todo

ello mediante la detección de estos pensamientos irracionales y su posterior análisis y debate.

### 3. **Renutrición y realimentación**

El primer objetivo para cualquier paciente con un TCA es el establecimiento de un estado nutricional apropiado junto con la normalización de las conductas alimentarias. Esto no sólo es de vital importancia para la consecución de un estado físico saludable, sino que, además, debe considerarse como un aspecto prioritario del tratamiento, puesto que la propia pérdida de peso o, en su caso, el desorden alimenticio, constituyen un poderoso factor de mantenimiento. Así pues, no es conveniente incluir en el «tratamiento inicial» otros aspectos del trastorno que se abordan habitualmente desde la psicoterapia, al menos hasta no haber alcanzado un nivel nutricional mínimo o un cierto orden en la alimentación; a modo de ejemplo, no sería muy apropiado trabajar la distorsión de la imagen corporal de las pacientes si éstas se encuentran con un IMC por debajo del esperable según edad y altura, puesto que «una parte importante de la sintomatología psicológica/psiquiátrica de la anorexia nerviosa esta determinada por el estado de desnutrición» (Toro y Vilardell, 1987).

En este apartado del tratamiento encontramos diferencias significativas entre anorexia y bulimia nerviosas. Cuando se trata de un paciente con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, con un peso inferior al esperable, el objetivo principal del tratamiento será, lógicamente, el restablecimiento de un peso mínimo aceptable, de acuerdo con la edad y altura del paciente. Para la consecución de este objetivo, se hace imprescindible que el terapeuta tranquilice a los pacientes, asegurándoles que bajo ningún concepto se trata de engordar, sino de adquirir un estado nutricional saludable y un peso mínimo, que se adecue a las preferencias estéticas del paciente, haciendo especial hincapié en la diferencia que hay entre estar delgado, pero sano, y estar emaciado, pero enfermo. Ésta suele ser una tarea ardua para el terapeuta, dado que la mayoría de los pacientes presentan elevados niveles de ansiedad y tremendas distorsiones de la realidad en relación a la conducta de alimentarse. En este momento, el

tipo de relación entre el terapeuta y el paciente va a jugar un papel decisivo. Si esta relación no está basada en la confianza y colaboración mutuas, es muy complicado conseguir resultados positivos al respecto.

Para reiniciar la alimentación, es conveniente empezar con menús<sup>2</sup> de bajo contenido calórico; la razón de esto es disminuir, en la medida de lo posible, los niveles de ansiedad a los que se enfrentan los pacientes cuando tienen que empezar a comer (por ejemplo, una persona que durante meses ha reducido su ingesta hasta limitarla a la toma de 300 o 400 calorías diarias, no puede comenzar el tratamiento con una dieta de 2.500 calorías, no sólo por el terror que ello le causaría, sino porque, además, nos podemos encontrar con el síndrome de realimentación). Se puede comenzar con menús de 1.000 o 1.500 calorías y, progresivamente, ir aumentando su número dependiendo de la evolución de cada paciente.

En algunas ocasiones, nos podemos encontrar con que, debido al abuso de dietas restrictivas en el pasado, una vez iniciada la realimentación, la ganancia de peso no se corresponde con la cantidad de calorías que ingiere el paciente, es decir, estamos hablando de personas que a pesar de estar siguiendo un menú de 2.500 o 3.000 calorías, no reflejan un aumento de peso según lo esperable (incluso aunque antes de empezar a alimentarse no comieran prácticamente nada). Por esto, para alcanzar el peso mínimo deseable, se pueden llegar a elaborar menús de muy alto contenido calórico, aunque siempre de manera lenta y progresiva, adaptándonos al proceso de evolución nutricional de cada paciente. En cualquier caso, si no perdemos nunca de vista que nuestro objetivo principal no es que la persona coma más, sino que alcance un IMC mínimo aceptable y estable en el tiempo, sin grandes variaciones, entonces es posible que, una vez alcanzado el tope deseado, la cantidad de calorías del menú se reduzca hasta asegurarnos de que los pacientes cubren sus necesidades calóricas y de esta forma se mantienen

<sup>2</sup> Con los pacientes se emplea la palabra menú, en lugar de dieta, para evitar las connotaciones negativas que supone seguir una dieta, entendiéndola ésta como la práctica de conductas y hábitos alimentarios restrictivos destinados a provocar una pérdida de peso progresiva.

sanos. Así pues, una persona puede seguir un menú de 3.500 calorías durante la fase inicial de los tratamientos de renutrición y después, paulatinamente, reducir el contenido calórico hasta, por ejemplo, 1.800 calorías, si con ello el IMC se mantiene según los niveles adecuados para esa persona.

En el caso de los pacientes afectados de bulimia nerviosa, esta fase del tratamiento de renutrición y realimentación difiere notablemente de la anorexia nerviosa. En general, no nos encontramos con personas que se encuentran en un peso inferior al esperado; es más, frecuentemente el peso será normal o incluso habrá sobrepeso de grado leve o moderado. El objetivo en bulimia nerviosa, a este nivel, es eliminar las conductas de ingesta excesiva de alimentos y la práctica del vómito o conductas purgativas mediante la normalización de los hábitos alimentarios. Para conseguir esto, al igual que ocurre en anorexia nerviosa, se recurre al establecimiento de un menú equilibrado cuyo contenido calórico se ajusta a las necesidades de cada persona. Cuando un paciente tiene sobrepeso, se puede elaborar un menú de bajo contenido calórico para conseguir una reducción del mismo y, de esta forma, controlar la preocupación por el cuerpo (no olvidemos que el miedo a engordar es tan intenso como en anorexia nerviosa, a pesar de no estar emaciadas). No obstante, el contenido calórico de los menús debe cuidarse especialmente con pacientes de bulimia nerviosa por la siguiente razón: un menú muy bajo en calorías dará lugar a un aumento de la sensación de hambre, eso hará que se disparen los niveles de ansiedad, y puede incidir negativamente en la posibilidad de controlar los atracones; igualmente, un menú de alto contenido calórico proporcionará a los pacientes una sensación de total plenitud gástrica (sobre todo después de las comidas), que puede dar lugar a la provocación del vómito. Para evitar esto, resulta muy útil la elaboración de menús que distribuyan el número de calorías necesarias en un mayor número de ingestas diarias, pero tomando en cada una cantidades moderadas o pequeñas de alimentos, para que los pacientes no pasen hambre pero tampoco sientan en ninguna de las ingestas que han comido demasiado y tengan así la necesidad de expulsar los alimentos.

En el caso de aquellos pacientes que pasan por los diferentes momentos del TCA, es decir, períodos res-

trictivos frente a situaciones de descontrol con la comida y práctica de conductas purgativas, el objetivo es igualmente la normalización de la conducta alimentaria, por lo que el método es el seguimiento de un menú con un contenido calórico ajustado a sus necesidades, tal como se ha explicado con anterioridad; es más, en estos casos es imprescindible romper con el caos que experimentan las pacientes, procurándoles, a través de la puesta en marcha de un menú, un mínimo orden en sus hábitos de alimentación.

Finalmente, en relación con la conducta de alimentarse, como la idea principal es que las pacientes perciban su alimentación con total normalidad, es importante detectar, en cada caso, la presencia de alimentos prohibidos, para que, de una forma progresiva y en colaboración con los pacientes, se puedan ir introduciendo en el menú y lograr así una normalización definitiva.

#### 4. Control estimular

Por control estimular entendemos la planificación y estructuración del entorno de la paciente, de manera que exista un control directo por parte del terapeuta sobre aquellas circunstancias cotidianas que puedan estar incidiendo en el TCA. Esta planificación se materializa en el establecimiento de unas «normas para casa» que persiguen el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Reducción de los niveles de ansiedad.
- Eliminación de pensamientos obsesivos.
- Eliminación de la práctica de rituales.
- Minimizar el riesgo de aparición de crisis puntuales.
- Favorecer la desviación de la atención a otras áreas de la paciente no patológicas.
- Imposibilitar la práctica de conductas purgativas/restrictivas.
- Mejorar las relaciones entre paciente y familiares.

Evidentemente, para asegurar el correcto seguimiento de normas por parte de la paciente, es imprescindible la colaboración de familiares y allegados, que son las personas encargadas de su

correcta aplicación y cumplimiento. En la tabla 9.6 se recogen las normas más empleadas para ejercer el control estimular. La elección de unas u otras

dependerá del tipo de trastorno diagnosticado y, por supuesto, de las características y situaciones personales de cada paciente.

TABLA 9.6

*Normas para seguir en casa y garantizar el control estimular del tratamiento*

<b>Normas para casa</b>	
—	<i>No entrar en la cocina.</i> Con esta norma y las restantes que tienen que ver con la no manipulación ni toma de decisiones con respecto a la comida, se pretende apartar a los pacientes de aquellos estímulos que controlan su comportamiento y producen elevados niveles de ansiedad.
—	<i>No manipular alimentos bajo ninguna circunstancia.</i>
—	<i>No se podrá cambiar ningún alimento sin autorización del terapeuta.</i>
—	<i>La duración de la comida deberá ser de 45 minutos. Nunca se le dedicará más tiempo.</i>
—	<i>No se puede dejar ninguna comida en el plato (sobre lo establecido con el terapeuta).</i>
—	<i>Todas las comidas se harán acompañadas.</i> De esta forma garantizamos que los pacientes siguen estrictamente el menú que les ha sido asignado.
—	<i>Se guardarán los siguientes reposos:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 hora tras el desayuno y la cena.</li> <li>• 1 hora y media tras el almuerzo.</li> <li>• 30 minutos después de la merienda.</li> </ul> <p>Durante el reposo, no se podrá ir al cuarto de baño, estudiar, ni hacer cualquier actividad física, y deberá permanecer sentado o tumbado. Esta norma se pone en práctica fundamentalmente para evitar los momentos de hiperactividad de los pacientes que surgen cuando quieren quemar o eliminar de alguna manera los alimentos ingeridos. Por supuesto, en los casos en los que se requiere una subida de peso urgentemente, al reducir la actividad realizada por las pacientes se conseguirá un aumento de peso más rápido.</p>
—	<i>No ir a supermercados, pastelerías o cualquier establecimiento donde haya comida.</i> De esta forma reducimos el riesgo de atracones y descontrol con la comida. Igualmente, todo lo que no sea estar en contacto con comida supone una desviación de la atención de los pacientes.
—	<i>No llevar dinero encima cuando se salga a la calle.</i> Esta norma se pone en práctica sobre todo cuando los pacientes tienen dificultades a la hora de controlar el no comprar alimentos en pastelerías o supermercados.
—	<i>No quedarse nunca a solas en casa.</i> Lo que se trata es de reducir la posibilidad de producirse atracones y conductas purgativas.
—	<i>No comer fuera de horas y de lo establecido por el terapeuta.</i>
—	<i>No se podrá comprar ropas con tallas muy pequeñas ni se podrán arreglar ropas antiguas sin autorización del terapeuta.</i> Esta norma es aplicable especialmente en pacientes con anorexia nerviosa restrictiva y se utiliza por la siguiente razón: cuando la paciente ha perdido mucho peso y se encuentra por debajo del IMC apropiado a su edad, la talla de la ropa cambia hasta proporciones mínimas; posteriormente, cuando se inicia el tratamiento y las pacientes tiene que subir de peso, por muy poco que sea, se notará cualquier aumento ya que la ropa que llegaron a usar es demasiado pequeña; en la mayoría de los casos esto es suficiente para dar lugar a la aparición de un momento de crisis, debido a que la interpretación más probable por parte de la paciente será la de «estoy poniéndome muy gorda, tengo que volver a dejar de comer».
—	<i>Tendrán que ir acompañadas al cuarto de baño o dejar la puerta abierta.</i>

#### 4.2.2. *Modulo 2: Reestructuración cognitiva*

Las distorsiones cognitivas juegan un papel determinante tanto en la etiología del trastorno de la conducta alimentaria como en su mantenimiento. La mayoría de las teorías al respecto postulan que las personas afectadas de un TCA presentan una forma muy característica de interpretar la realidad, en la cual, el peso y la figura adquieren tales connotaciones que el control de peso se convierte en una práctica a la que se someten el resto de las funciones y valores personales (Vitousek y Hollon, 1990; Cooper, Anastasiades y Fairburn, 1992; Cooper y Fairburn, 1992; Sebastian, Williamson y Blouin, 1996; Cooper, 1996). Las teorías cognitivas proponen que los individuos presentan unidades generales de conocimiento o esquemas, a partir de los cuales interpretan la realidad de tal manera que tienden a dar mayor importancia a determinados aspectos de la misma frente a otros que son prácticamente obviados. En varios estudios llevados a cabo con pacientes afectados de trastornos de ansiedad y depresión se observa que los sujetos interpretan más estímulos como amenazantes y vivencian más situaciones de fracaso personal (Mathews, 1983; Finlay-Jones y Brown, 1981; Beck, 1972; Markus, Hamill y Sentis, 1987). Con respecto a los TCA, se ha planteado la existencia de estructuras cognitivas organizadas en las que aspectos tales como el peso y la figura corporal se entremezclan con el autoconcepto, de forma que los sujetos tienden a interpretar las situaciones a las que se enfrentan en términos de dichos aspectos. A modo de ejemplo, una paciente que ve que su novio está más serio de lo normal, tenderá a pensar que eso es debido a que ella ha dejado de gustarle por su aspecto físico, en lugar de imaginar que pueda encontrarse deprimido por problemas relacionados con su trabajo. Esta forma distorsionada de pensar lleva a los pacientes a interpretar buena parte de las situaciones a las que se enfrenta diariamente en función de la estimación que hacen de sus dimensiones corporales, con las consecuencias que esto conlleva, es decir, inanición, estados de ánimo ansioso-depresivos, aislamiento social, etc.

En un estudio reciente de Cooper (1996) se pone de manifiesto la existencia de este tipo de errores en el procesamiento de la información. En este trabajo se presentó a tres grupos de sujetos, grupos con anorexia, bulimia y un grupo control, una serie de situaciones cotidianas ambiguas y se les pidió que expresaran lo que interpretarían de esas situaciones. Lo que encontraron fue que los sujetos con un TCA, sistemáticamente y de forma significativa solían interpretar más situaciones en términos de la concepción que tenían de su aspecto físico y, más concretamente, haciendo constantes referencias a lo que creían de su figura corporal (por ejemplo, ante la situación de contemplar a dos amigas cuchicheando, la interpretación más probable era que hablaran sobre su cuerpo).

En esta fase del tratamiento, el objetivo principal es la identificación de las creencias erróneas y formas de pensar distorsionadas que iniciaron y mantienen el problema, con la idea de sustituirlas por modos de interpretación de la realidad más funcionales.

En primer lugar, es importante concienciar a los pacientes sobre la necesidad de hacer una serie de cambios en sus estructuras de pensamiento, pero, antes de eso, hay que dedicar un tiempo considerable a asegurarnos que el paciente comprende lo que estamos planteando. Esto quiere decir que el proceso de cambio empieza con la explicación de un modelo sobre cómo el trastorno se caracteriza por una alteración de los procesos cognitivos, con una constante elaboración de pensamientos irracionales que determinan los comportamientos que emite el sujeto; es importante que los pacientes comprendan que, en parte, este estilo de pensamiento está influenciado por el estado de desnutrición, puesto que esto dificulta que el paciente ponga en tela de juicio sus propios pensamientos (Turón, 1996).

De nuevo, cuando trabajamos la modificación de pensamientos para conseguir el cambio deseado, es decisivo el tipo de relación terapéutica establecido y la colaboración de los pacientes. Para que resulte eficaz, sería de mucha utilidad que el terapeuta no pida a los pacientes que renuncien a sus creencias (con la consiguiente sensación de pérdida de control sobre la situación por parte de éstos) para acatar simplemente lo que diga el profesional; más bien se les pide que

participen en un proceso experimental que consiste en descubrir cómo son sus pensamientos y de qué manera éstos determinan su forma de comportarse y su estado de ánimo. Si dejamos esto claro desde el principio, es más probable que el paciente se disponga para el cambio. De lo contrario, el abandono de sus creencias sin razón de ser (por muy irracionales que estas sean), generará más niveles de ansiedad y el consiguiente abandono de la terapia.

Se pueden señalar algunas formas de pensamiento distorsionadas que están presentes en personas afectadas de un TCA y que se constituyen como poderosas variables de mantenimiento del trastorno. Las más frecuentes se resumen seguidamente:

- *Pensamiento dicotómico.* Consiste en la visión de las cosas con posturas extremas, sin identificar situaciones intermedias, como, por ejemplo, «Si dejo de estar esquelética entonces me pondré como una foca», «Si no puedo estudiar cinco horas seguidas, entonces mejor no estudio ninguna».
- *Interpretación-advinación del pensamiento.* Consiste en imaginar constantemente lo que los demás piensan de ellas/os, de manera que suponen que las otras personas ven y creen lo mismo que ellas/os. Por ejemplo, «Tengo la barriga tan gorda que todo el mundo por la calle debe estar dándose cuenta», «Los demás están viendo que no soy la más divertida del grupo».
- *Visión catastrófica.* Anticipación de consecuencias muy negativas e insostenibles. Por ejemplo, «Si subo de peso aunque sean 100 gramos mi vida se irá al traste», «Si suspendo el examen no podré soportar la vergüenza».
- *Minimización de los logros.* Consiste en obviar el valor de los logros que consiguen, restándoles importancia a cada momento, para centrarse en los aspectos que se consideran más negativos. Por ejemplo, «De nada sirve el sobresaliente si no consigo que me den la matrícula de honor», «No valgo ni para tocar en piano, puesto que a veces no me salen los ejercicios a la perfección».
- *Abstracción selectiva.* Consiste en elegir un

aspecto de la realidad y centrarse en él exclusivamente, obviando otros aspectos relevantes. Por ejemplo, «Si los pantalones me quedan un poco más estrechos es porque esta mañana he tomado una galleta de más en el desayuno».

- *Pensamiento supersticioso.* Planteamiento de relaciones causa-efecto entre acontecimientos que no son contingentes. Por ejemplo, «Si como un dulce eso se convertirá inmediatamente en grasa en la barriga».

Para la modificación de creencias erróneas, la primera tarea es entrenar al paciente en la identificación de pensamientos con el propósito de que compruebe por sí mismo la relación existente entre cada una de las distorsiones y los estados de ánimo asociados. Como la resistencia al cambio en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa es muy notable, las primeras sesiones de reestructuración cognitiva se dedican a que los pacientes sean capaces de comprobar esa relación.

El siguiente paso es conseguir que los sujetos atribuyan los estados ansioso-depresivos a una forma de interpretar la realidad. El método de trabajo es la detección de pensamientos a través del autorregistro diario, para lo que se les entrena durante las primeras sesiones, determinando las situaciones específicas a las que tiene que prestar especial atención. En los momentos iniciales, habrá que hacer hincapié en áreas tales como la comida, el peso o la imagen corporal, ya que éstas son las situaciones que en los TCA causan más ansiedad y con las que se asocian la mayoría de las creencias erróneas. Sin embargo, la modificación de creencias se hace extensible, de forma paulatina, a otras áreas, como puede ser el estudio, la autoestima, la prevención de recaídas, etc. Posteriormente, se plantea al paciente la necesidad de aprender a razonar de una manera más objetiva con la idea de conseguir un tipo de pensamientos más realista. La forma de alcanzar esta meta es mediante el diálogo socrático, intentando que el sujeto se cuestione su forma de pensar. Siguiendo este esquema, se insta a los pacientes a contrastar sus pensamientos con los datos que posee para estimar el grado de validez de su interpretación, a la vez que se les pide que



planteen hipótesis alternativas que tengan algún tipo de validez. A modo de ejemplo véase la siguiente conversación:

P: *Hoy he salido a la calle pensando que tenía la barriga hinchada y mientras venía hacia aquí, lo he pasado fatal.*

T: *¿Cómo te has sentido exactamente?*

P: *Me sentía deprimida y con ganas de llorar, no quería que nadie me viera por la calle.*

T: *Si te has sentido mal es porque probablemente estabas pensando algo en concreto. ¿Por qué no querías que te viera nadie? ¿Qué has pensado mientras venías hacia aquí?*

P: *Creo que cuando voy por la calle todo el mundo me mira y se da cuenta de lo gorda que estoy. Me doy tanto asco que no quisiera que me viera nadie. Mi barriga hoy está tan hinchada que es imposible que los demás no la vieran.*

T: *Por lo que me dices, me imagino que te habrás fijado en lo que hacía la gente que pasaba a tu lado y habrás notado que te miraban, especialmente a tu barriga. ¿Cómo se comportaban las personas con las que te has cruzado?*

P: *Bueno... No sé... Yo creía que me miraban, tampoco me he fijado mucho, sé con seguridad que me ha mirado una chica y una señora mayor. Esas sí que me han mirado.*

T: *Lo cierto es que entonces no todo el mundo te ha mirado y seguro que ha pasado mucha gente cerca que iba pensando en sus cosas y ni siquiera se ha percatado de tu presencia. ¿Qué has creído que pensaban las dos personas que se han fijado en ti?*

P: *Lo que más nerviosa me ha puesto ha sido la chica porque estaba muy delgada. Estoy segura de que se ha dado cuenta de lo gorda que yo estaba y que se estaba diciendo a sí misma cómo una chica como yo podía salir a*

*la calle estando tan horrorosa, y por eso me he sentido tan mal. Ella estaba tan delgada...*

T: *Por lo que dices, me imagino que la chica te ha mirado con cara de repugnancia, o puede que hasta te haya manifestado sus pensamientos directamente, diciéndotelo por ejemplo.*

P: *No ha hecho nada de eso, pero yo sé que ella lo estaba pensando.*

T: *¿Cómo lo sabes? ¿Eres capaz de adivinar el pensamiento de los demás? Por favor, dime si eso es así porque en ese caso intentaremos explotar esa facultad tuya [risas].*

P: *Claro que no puedo adivinar el pensamiento, pero ¿qué otra cosa podía estar pensando?*

T: *Bueno, yo no lo sé, dime tú en qué otras cosas podía ella pensar cuando te miraba. A mí se me ocurre que podía estar pensando que le recordabas a alguien, o bien podía gustarle tu camiseta y te miraba por eso.*

P: *Eso es imposible.*

T: *¿Por qué es imposible? ¿Tú puedes de alguna manera saber lo que piensa la gente con un gesto?*

P: *No. En realidad podía estar pensando en miles de cosas, pero...*

T: *Por favor, dime algún ejemplo de cosas en las que una persona puede pensar cuando mira a otra.*

P: *Por ejemplo, puede que me conozca, puede que le gustara mi ropa como tú dices (aunque en realidad no lo creo), puede que quisiera preguntarme la hora, o incluso puede que me mirara pero estuviera pensando en otra cosa.*

T: *Con todas estas posibilidades que planteas, ¿cómo sabemos con seguridad cuál es la verdadera?*

P: *No lo puedo saber con seguridad. Pero si yo me veo gorda me imagino que los demás también.*

- T: *¿Crees que todo el mundo tiene que pensar como tú? ¿Qué relación hay entre tu pensamiento y el de los demás?*
- P: *No hay ninguna.*
- T: *Date cuenta de cómo no sólo adivinas el pensamiento de los demás, sino que también das por hecho cosas sobre las que no tienes suficiente información, como, por ejemplo, creer que los demás ven lo que tú ves y piensan lo que tú piensas. ¿Puedes sacar alguna conclusión de esta conversación?*
- P: *Tienes razón. Cuando pienso en que los demás me están viendo gorda me siento fatal, y si realmente lo analizo un poco, no es probable que todo el mundo esté pendiente de mí. Bastantes problemas tienen ya el resto de la personas. Intentaré no creer eso cuando vaya por la calle.*
- T: *Muy bien. Basta con que la próxima vez te pares a pensar un poco sobre tus pensamientos y analices si tienes información suficiente para dar por hecho las cosas.*

En el transcurrir de las sesiones, los pacientes van aprendiendo a cuestionar sus pensamientos y a sacar conclusiones más acertadas y, aunque al principio les cuesta creer las nuevas alternativas, progresivamente, al generalizar este estilo de pensamiento, asocian las nuevas interpretaciones con estados de ánimo más positivos.

La modificación de creencias irracionales, puede llevarse a cabo a través de la terapia individual, de manera que el paciente, a lo largo de las sesiones, plantee los pensamientos negativos que ha identificado, para que el terapeuta proceda a la discusión de dichos pensamientos. Otra forma de abordar la creación de un nuevo estilo cognitivo es mediante la terapia de grupo. Las ventajas de trabajar en grupo son amplias y constituyen una poderosa herramienta para el cambio cognitivo en los pacientes con un TCA. Cuando los pacientes se relacionan con personas que presentan la misma problemática, es más evidente que se den cuenta de

sus errores en la medida en que ven reflejados en los demás su propia controversia, y el hecho de analizar la situación desde fuera permite una observación y valoración más objetiva. Analizar y cuestionar el propio pensamiento es una tarea complicada; sin embargo, atender y discutir los pensamientos y conductas exhibidos por otro condiciona una interpretación más realista a la vez que serena. De este modo, si en el marco del grupo de terapia proponemos la discusión de creencias irracionales, no sólo aliviarnos la preocupación que supone para los pacientes pensar que son personas raras (ya que al ver que los otros miembros del grupo también manifiestan posturas irracionales se pueden relajar más), sino que, además, podemos encontrar que la fuerza de las discusiones planteadas por otros pacientes hagan más mella en cada persona y de esa forma se acelere el proceso de cambio.

La reestructuración cognitiva trabajada en grupo de pacientes con un TCA, cuenta con una estrategia de vital importancia como es la representación de papeles. Una forma especialmente útil de plantear la modificación de creencias es el intercambio de papeles, no entre el terapeuta y los miembros del grupo, sino entre los mismos pacientes. El modo de actuación es el siguiente: Una vez explicado al grupo el modelo ABC (véase, por ejemplo, Lega, Caballo y Ellis, 1997), cuando todos los miembros son conscientes de la asociación entre pensamientos y conductas/estados de ánimo, podemos proceder a la fase de discusión, entrenando a las pacientes en la técnica de la representación de papeles y dando instrucciones pertinentes sobre la forma de hacerlo. Primero el terapeuta realiza la tarea con un paciente para que los miembros del grupo aprendan el ejercicio. Los pacientes trabajan en pareja. Un miembro de la pareja selecciona un pensamiento irracional y lo expone a todo el grupo, hasta que quede completamente clara la naturaleza del mismo. A continuación, el otro miembro de la pareja representa la situación descrita por su compañero y éste tendrá que cuestionar su propia interpretación discutiendo con la persona que representa su problema e intentando en todo momento convencerle. Con este ejercicio, se consiguen varias cosas: en

primer lugar, los miembros del grupo se dan cuenta de la dificultad que entraña poner en tela de juicio sus propios pensamientos frente a lo fácil que resulta rebatir a otra persona (es interesante observar que cuando se trata de otra persona, son capaces de analizar la situación en términos absolutamente objetivos); en segundo lugar, cada miembro del grupo, por la práctica personal y por modelado mediante la observación del resto de los participantes, aprende a utilizar la discusión y crítica de sus pensamientos irracionales, convirtiendo el diálogo socrático en un hábito generalizado de pensamiento.

La labor en grupo con pacientes con un TCA es un trabajo arduo y requiere una serie de habilidades específicas en el terapeuta, especialmente una inmensa paciencia. El terapeuta que conduce al grupo tiene que estar en todo momento pendiente de cada miembro del mismo, cuidándose mucho de que los pacientes no se alíen para rebatir la utilidad de los ejercicios así como las conclusiones extraídas de cada representación. A pesar de ello, la colaboración mutua entre pacientes y el procedimiento de modelado suponen una posibilidad más de conseguir el cambio de estilo de pensamiento deseado, básicamente porque la experiencia compartida entre los miembros del grupo hace que parezca más creíble la probabilidad de mejorar en cada una de las facetas del trastorno. Por ejemplo, cuando una persona ve que otra cree que está gorda, a pesar de encontrarse prácticamente emaciada, le va a conducir al planteamiento de una serie de dudas sobre sus propias creencias, pudiéndose llegar a cuestionar todo lo que le está ocurriendo.

#### 4.2.3. *Modulo 3: Adquisición de recursos y habilidades básicas de afrontamiento*

Bajo este epígrafe general se encontrarán todas aquellas herramientas que el terapeuta pondrá en marcha con vistas a fortalecer y enriquecer el abanico de recursos y estrategias existentes en los patrones de comportamiento de los afectados.

La necesidad de abordar este tipo de habilidades se ha venido haciendo patente en la literatura, tanto para anorexia como para bulimia, ya que en estos

pacientes encontraremos, de forma general, ciertas pautas básicas de comportamiento que se van situar en los cimientos mismos de la patología, reforzando y activando las vías de inicio y mantenimiento. En concreto, todos aquellos aspectos relacionados con la autoestima, las situaciones de interacción social y familiar, las habilidades de comunicación, etc., aparecen muy disminuidos con respecto al funcionamiento óptimo del individuo. Alusiones a estas realidades podemos encontrarlas, de forma abundante, en la literatura existente. Así, al hablar de las pacientes con un TCA, González (1997) señala que *el entrenarlas en técnicas adecuadas como son las habilidades sociales, hace que muchas de ellas se abran a las puertas de salida. No significa que salgan directamente de la enfermedad, pero sí les ayuda a conocer que pueden recuperar a esos amigos que perdieron, cómo volver a divertirse... el objetivo es demostrarles que los sentimientos pueden verbalizarse y los conflictos resolverse sin amenazar su salud y su estructura personal, social y familiar... No sólo padecen una baja autoestima, sino también escasas habilidades para resolver problemas y abundan las deficiencias para manejar el estrés y las relaciones personales.* Por su parte, Raich (1997) escribe que *las personas que presentan trastornos alimentarios suelen tener una pobre relación social. Las restricciones sociales que se autoimponen, para no ser observadas ni juzgadas, favorecen cierta fobia social.*

De lo expuesto hasta el momento podríamos plantear dos importantes reflexiones: por un lado, la realidad de las deficiencias en habilidades de estas personas para manejar de forma funcional y gratificante sus relaciones interpersonales y, por otro, la existencia de una baja autoestima que podría estar incidiendo en el mantenimiento de esta falta de adquisición de recursos.

Igualmente, son múltiples las citas que aluden a la relevancia de integrar este tipo de habilidades, tanto como complemento a la terapia como en la prevención de recaídas o, simplemente, para la prevención del desarrollo del trastorno. Parece obvio que una persona con más y mejores estrategias de afrontamiento y de solución de problemas sería una peor candidata a sufrir este tipo de trastornos o, al menos,

contaría con un número mayor de recursos para afrontar su recuperación. Por tanto, el programa de tratamiento debería aumentar sus niveles de autoestima (una mayor sensación de control interno, un aumento de la confianza en uno mismo y un mejor conocimiento de sus capacidades reales) así como sus habilidades de afrontamiento en situaciones estresantes (reduciendo sus niveles de estrés y ansiedad por medio del incremento de la autoeficacia). El entrenamiento se debe plantear de forma eminentemente práctica a través de técnicas de representación de papeles, dramatización, exposición en vivo y en imaginación. De este modo, lograremos maximizar las posibilidades de aprendizaje y reeducación, tanto por propia experiencia como por aprendizaje vicario, a través de la observación crítica de modelos, cubriéndose así las principales vías de aprendizaje. Igualmente, mediante este tipo de técnicas se contribuye a mejorar la capacidad de conocimiento de sí mismo, reflexionando acerca de sus conductas en las diferentes situaciones de interacción y ampliando su grado de concienciación con respecto al papel que los demás interpretan en sus propias problemáticas mediante el uso de la empatía en los casos prácticos.

En conclusión, puede considerarse que el uso y aplicación de programas protocolizados sobre autoestima, habilidades sociales, relajación y percepción corporal, supone una valiosa herramienta con la que trabajar en situaciones relevantes al trastorno de la conducta alimentaria, fomentando la optimización de las características psicológicas del individuo, dotándole de estrategias y habilidades para manejar con éxito sus relaciones personales, solucionar eficazmente los problemas a los que se enfrente elevando la autoestima de los sujetos mediante la percepción más positiva de uno mismo y una mejor valoración de sus propias potencialidades.

Una forma coherente de planificar este trabajo de generación y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento y superación es la consideración de módulos individuales, pero complementarios, que permitan abarcar todas las áreas potencialmente afectadas. Así, en nuestra propuesta, se tendrían en cuenta las siguientes áreas de intervención: autoestima, habilidades sociales, distorsión de la imagen corporal, relajación, exposición y prevención de la respuesta ante

estímulos fóbicos generadores de ansiedad. Con respecto a los tres primeros procedimientos, teniendo en cuenta su especificidad e importancia, se plantearían de forma independiente, aunque su puesta en marcha no debería ser simultánea. Parece lógico pensar que, antes de abordar un aspecto tan complejo y delicado como es la distorsión de la propia imagen corporal, sería conveniente reforzar las habilidades de los afectados y, para ello, realizar un trabajo intenso sobre su autovaloración personal o autoestima. Por otro lado, aunque no por ello de menos valor o utilidad terapéutica, el entrenamiento en relajación podría, sin embargo, compatibilizarse con el resto de los módulos considerados. El cuarto módulo o programa de entrenamiento centrado en la exposición con prevención de respuesta se plantearía, asimismo, como un área complementaria a las anteriores, aunque, al ubicarse su puesta en marcha en el ámbito de la terapia individual, el momento de inicio dependerá en gran medida de la evolución específica de cada paciente. Seguidamente nos detendremos en cada una de las intervenciones que acabamos de plantear.

### **1. Mejora de la autoestima**

Bajo este epígrafe nos encontramos con el diseño de programas protocolizados de trabajo en grupo, cuya aplicación y duración deberán estar perfectamente organizadas y delimitadas. Igualmente, se recomienda el uso de instrumentos de medición que permitan obtener una valoración pre y postratamiento. Para garantizar, en la medida de lo posible, un aprendizaje sistematizado, se estructura éste en sesiones, debiendo existir un protocolo previo donde se recojan objetivos generales y concretos para cada sesión, así como las estrategias o ejercicios prácticos a realizar, junto a su justificación teórica. Una cuestión importante sería determinar la preferencia por grupos cerrados o abiertos, ya que ambos modelos presentan ventajas e inconvenientes, aunque ello deberá depender de las necesidades y posibilidades de la unidad o centro terapéutico. Será importante establecer que, en el caso de grupos abiertos, las sesiones deberán plantearse de forma independiente y nuclear, de forma que la incorporación al grupo en sesiones avanzadas no suponga un obstáculo ni merma en el

aprendizaje del paciente. Las áreas temáticas que podrían abordarse en un grupo terapéutico de estas características serían: *a)* derechos asertivos; *b)* crítica patológica; *c)* percepción de uno mismo; *d)* valoración negativa de sí mismo; *e)* realización y aceptación de la crítica externa; *f)* valoración de las propias potencialidades, y *g)* locus de control interno versus externo.

La realización de controles periódicos sobre la utilidad práctica de las sesiones para cada paciente sería una herramienta útil para el terapeuta con vistas a aplicar las correcciones oportunas. Asimismo, se deberán establecer unos criterios de ingreso y alta a dichos grupos de forma protocolizada, aunque su aplicación práctica considere en mayor grado las necesidades concretas de cada paciente.

## 2. Entrenamiento en habilidades sociales

Esta estrategia de intervención será muy útil para mejorar el inicio, mantenimiento y conclusión de contactos interpersonales, concienciación y utilización de la comunicación no verbal, solución de problemas, superación de la timidez en situaciones de interacción, etc. Todos estos aspectos serán incluidos en el programa de entrenamiento, ya que todos, en mayor o menos grado, contribuyen a mejorar la actuación social del sujeto.

El esquema general de planteamiento del grupo deberá seguir las indicaciones comentadas con anterioridad (abierto versus cerrado, aprendizaje significativo, etc.), aunque en este apartado es especialmente recomendable el uso de estrategias basadas en la representación de papeles y la dramatización, por su mayor efecto moldeador del comportamiento. Las áreas que se incluyen en el programa de intervención son:

- *Interacciones sociales y comunicación*, tales como: *a)* inicio y mantenimiento de conversaciones; *b)* la improvisación; *c)* estrategias de afrontamiento de situaciones sociales estresantes (no directamente relacionadas con el trastorno de la conducta alimentaria ya que para éstas existirá un programa específico que se expondrá posteriormente). Estilos de afrontamiento inhibido e intimidador versus estilo asertivo; *d)* importancia y ventajas de una inte-

racción social habilidosa; *e)* la asertividad, y *f)* la empatía y la escucha activa.

- *La comunicación no verbal*, como: *a)* el espacio físico; *b)* la postura corporal, y *c)* la expresión corporal.
- *Solución de problemas*, con pasos como: *a)* generación de alternativas; *b)* análisis de alternativas; *c)* toma de decisiones; *e)* planificación de la solución de problemas, y *f)* organización del tiempo.

Es recomendable también establecer un sistema de seguimiento de la evolución de cada participante, así como los criterios para el ingreso y el alta en el grupo.

## 3. Grupo de imagen corporal

Aunque nos encontramos ante una estrategia destinada, por un lado, a eliminar las distorsiones que, con respecto a la propia imagen corporal, presentan los afectados y, por otro, a un trabajo sobre refuerzo de una adecuada autoevaluación de dicha imagen, consideramos que el contenido de este apartado es lo suficientemente amplio y complejo como para requerir un módulo de atención y explicación específico, con lo que la exposición de sus contenidos se pospondrá al Módulo sobre eliminación de la distorsión de la imagen corporal. Es importante señalar que este aspecto del trastorno constituye, hoy día, uno de los aspectos de más difícil modificación desde la perspectiva terapéutica, dado el importante papel que esta distorsión juega en el mantenimiento del propio trastorno y la dificultad que supone su tratamiento debido a la multiplicidad de factores que intervienen en su aparición.

## 4. Entrenamiento en relajación

La relajación como medio de reducción de la ansiedad y el estrés es una estrategia más que recomendable en este tipo de trastornos, que puede emplearse como complemento de otro tipo de intervenciones o bien como una técnica de intervención por sí misma. Un ejemplo de esto podrían ser los Grupos de exposición a la gordura que realiza Calvo (1996), planteando la relajación de forma comple-

mentaria a las técnicas de exposición. En cualquier caso, el uso de las técnicas de relajación está especialmente indicado aquí debido al alto nivel de estrés que suelen presentar los pacientes así como a sus dificultades «naturales» para relajarse.

Preferir técnicas activas (por ejemplo, relajación progresiva) o pasivas (por ejemplo, relajación autógena) será una cuestión del propio profesional y del modelo teórico al que se adhiera, por lo que la elección de uno u otro modelo práctico deberá considerar no sólo estos aspectos teóricos, sino también las características propias de los pacientes, ya que, en ocasiones, se pueden encontrar sujetos que presentan dificultades para el aprendizaje de una u otra estrategia de relajación. Como conclusión podemos indicar que el uso de la relajación debe convertirse en una estrategia común en cualquier programa de intervención para los TCA teniendo como objetivo el lograr la generalización del uso de esta estrategia a cualquier situación ansiógena de la vida del individuo.

#### 4.2.4. *Modulo 4: Eliminación de la distorsión de la imagen corporal*

La distorsión de la imagen corporal no sólo constituye un criterio diagnóstico para la determinación de un trastorno de conducta alimentaria, sino que además es uno de los síntomas más resistentes al cambio y más difícil de modificar. Esta distorsión se caracteriza por una preocupación excesiva por el aspecto físico, llegando a convertirse en una auténtica obsesión, con una notable insatisfacción acerca de las dimensiones corporales (estimadas, no reales) y actitudes negativas hacia el propio cuerpo, con especial énfasis en determinadas zonas (caderas, abdomen, etc.). Esta compleja sintomatología no es sólo una manifestación del trastorno, sino que, a su vez, se convierte en uno de los elementos desencadenantes, y mantenedores del mismo. Por ello, abordar el tratamiento de estas distorsiones corporales es un objetivo fundamental en el proceso terapéutico integral de los TCA.

Afrontar estos aspectos a través de las intervenciones individuales, familiares o grupales, e incluso mediante el ingreso hospitalario, se ha demostrado, y

así lo suscriben múltiples autores (por ejemplo, Rosen, 1997; Deter y Herzog, 1994), insuficiente para lograr el restablecimiento de una autopercepción normalizada. La complejidad que entraña la distorsión cognitiva hace imprescindible la necesidad de utilizar herramientas terapéuticas directas, específicas y apropiadas para este tipo de sintomatología.

Algunas de las estrategias o técnicas descritas en la literatura (Vandereycken, 1990; Rosen, 1997) para el tratamiento de la actitud negativa y distorsionada hacia el propio cuerpo se pueden resumir en las siguientes: *a)* técnicas de exposición a la visión del cuerpo en el espejo; *b)* entrenamiento en relajación; *c)* técnicas psicomotoras (expresión corporal), y *d)* ejercicios de ajustes de la silueta real.

### 1. **Técnicas de exposición a la visión del cuerpo en el espejo**

Con esta estrategia se busca que los pacientes aprendan a percibir sus dimensiones corporales reales, corrigiendo la estimación distorsionada, a la vez que analizan y debaten los pensamientos y sensaciones que provoca la visión de su propio cuerpo. La forma de hacerlo es mediante la planificación de «exposiciones» ante el espejo, siguiendo las pautas comúnmente aceptadas para cualquier exposición a un estímulo fóbico (tal como se ha mencionado en módulos anteriores), ya que, en principio, podemos considerar que, para el afectado, la visión de su imagen se ha convertido en un estímulo de estas características. Las exposiciones para la corrección de la distorsión corporal se estructuran en sesiones de alto y bajo contenido ansiógeno, utilizando, por ejemplo, ropas ajustadas, bañadores, etc., para las primeras, y atuendos holgados y amplios, para las segundas. Asimismo, las sesiones se organizan jerarquizando las partes del cuerpo, de forma que en las primeras sesiones el trabajo se centra en la mitad superior (cara, manos, brazos y tórax), para ir progresivamente avanzado hacia las zonas más peligrosas y generadoras de mayores niveles de ansiedad (barriga, caderas, trase-ro y piernas). Finalmente, en las últimas sesiones, se trabaja el cuerpo entero con traje de baño.

La duración de las sesiones de exposición depende de cómo el sujeto va superando la ansiedad

asociada a cada parte del cuerpo y nunca se pasa al siguiente nivel hasta que no desaparezca completamente el malestar que provoca la zona que se esté trabajando (por ejemplo, no habrá exposición a los brazos hasta que el paciente no experimente ninguna ansiedad al observarse las manos). Esto supone que encontraremos pacientes con los que tendremos que pasar meses practicando con las exposiciones. Los ejercicios se realizan, al principio, en la consulta con el terapeuta, para ir, poco a poco, generalizándolos a otras situaciones, como estar en casa solo, luego en compañía de algún familiar y, finalmente, en lugares públicos (por ejemplo, ir a una piscina y pasearse en bañador).

## 2. Relajación

El malestar que provoca la visión del cuerpo no sólo está causado por las cogniciones distorsionadas presentes, sino que influye, de manera decisiva, el elevado nivel de ansiedad que está asociado a la imagen corporal. Los pacientes frecuentemente informan de lo mal que se sienten, no sólo cuando miran su reflejo, sino también cuando sienten cada parte de su cuerpo y notan las «carnes» a su alrededor. Signos tales como angustia, tensión corporal, ganas de vomitar, temblores o taquicardia son algunas de las sensaciones que pueden experimentar cuando se ven en un espejo, se duchan o se prueban ropa en una tienda, llegando a padecer en algunas ocasiones verdaderos ataques de pánico. Por esta razón el entrenamiento en técnicas de relajación puede resultar muy útil, ya que sirve para dotar a los pacientes de instrumentos que les permitan reducir la tensión corporal y el malestar provocado por la percepción de su propio cuerpo. El objetivo principal es conseguir que los pacientes adquieran algún control sobre sus propias sensaciones y sean capaces de manejar síntomas tales como la tensión muscular y la respiración rápida y entrecortada. A través de las sesiones de entrenamiento, los sujetos toman conciencia de la tensión asociada a ciertas creencias y aprenden, mediante la realización de ejercicios concretos, a reducir esa tensión.

La relajación se puede utilizar en combinación con las exposiciones a estímulos provocadores de

ansiedad, de forma que, mientras el paciente se expone a las situaciones que disparan el malestar y el disgusto, se fomenta la práctica de ejercicios de respiración y relajación (por ejemplo, cuando se están enfrentando a las partes de su cuerpo que les desagradan), se les insta a respirar profundamente y poner en práctica los ejercicios que han aprendido, con la idea de romper el vínculo existente entre la imagen corporal y el estado de ansiedad. A lo largo de las sesiones, las pacientes van informando de menores niveles de ansiedad asociados a su imagen corporal, a pesar de que ésta siga sin gustarles demasiado y continúen viéndose excesivamente gordas. En la medida en que la autopercepción corporal empieza a no ser un estímulo provocador de altos niveles de estrés, los pacientes van centrando su atención, de forma progresiva, en otros aspectos de su vida y dejan de estar continuamente pendientes de la estimación de sus dimensiones corporales.

## 3. Técnicas psicomotoras

La relación que el sujeto mantiene con su cuerpo es, evidentemente, anómala cuando hablamos de un trastorno de conducta alimentaria. No sólo no es capaz de estimar sus verdaderas características, sino que el cuerpo es considerado el instrumento por medio del cual el paciente valora otras facetas de su vida, tales como capacidades, aptitudes, etc., convirtiéndolo en un simple medidor de gordura (por ejemplo, si estoy gorda no sirvo para nada). Con la puesta en práctica de técnicas psicomotoras se persigue el objetivo de promover un cambio de actitud a la hora de percibir la realidad corporal. Los ejercicios de expresión corporal, dramatización, gimnasia, ballet, etc., son algunas de las actividades que se realizan durante el tratamiento. Preferentemente se llevan a cabo en grupo, con el fin de promover las actividades conjuntas entre pacientes, entre otras ventajas.

## 4. Ejercicios de ajuste de la silueta

Las pacientes afectadas por un TCA se resisten a reconocer las dimensiones reales de su cuerpo, aun

cuando constantemente reciben mensajes de las personas de su entorno sobre lo delgadas que se encuentran o el mal aspecto físico que presentan. Este tipo de mensajes son siempre interpretados de forma incorrecta, siendo obviados o simplemente justificados para que concuerden con su idea de gordura (por ejemplo, una paciente puede llegar a plantear que la gente la engaña cuando le dice que está delgada, para evitarle que se sienta peor aún de lo que ya está, es probable que esté totalmente convencida de que, en realidad, los demás piensan que necesitaría perder algún peso).

Es, por tanto, muy difícil hacerles ver que lo que perciben cuando se miran a un espejo no es real, sino que se trata de una imagen distorsionada. Para conseguir este objetivo, es preciso emplear estrategias que permitan ofrecer al paciente una información más objetiva que un simple comentario sobre su situación corporal. Se trata de reflejar la diferencia que existe entre lo que ven y lo que hay en realidad, para lo que se puede utilizar el siguiente procedimiento de ajuste de la silueta mediante el dibujo: primero el paciente tiene que estimar cada una de las partes de su cuerpo dibujando sobre papel una parte concreta (por ejemplo, el muslo) o bien todo el contorno; a continuación el terapeuta dibuja la silueta del paciente sobre otro papel, utilizándolo como plantilla y asegurándonos que la persona observa que se está tomando una medida exacta de sus formas. Generalmente hay una gran diferencia entre lo que estiman los afectados y la silueta real, es decir, una paciente puede determinar un ancho concreto de su muslo y, posteriormente, observar que cuando alguien lo marca o dibuja sobre papel, resulta tener la mitad del ancho que había señalado previamente según su esquema personal. La eficacia de este ejercicio es mayor si se realiza en grupo, puesto que cada sujeto observa los errores que cometen el resto de los miembros, haciendo más factible la toma de conciencia sobre la distorsión. A través de las sesiones, los pacientes aprenden a estimar correctamente todas y cada una de las dimensiones de su cuerpo, consiguiendo, a su vez, aumentar el grado de satisfacción personal.

## 5. Exposición y prevención de la respuesta

El trabajo en exposición y prevención de respuestas puede abordarse tanto desde la perspectiva de trabajo individual como grupal. De hecho, consideramos recomendable la aplicación de ambas estrategias en distintas fases del tratamiento, pudiendo comenzarse por un entrenamiento individual sobre aquellos aspectos más comprometidos y específicos de cada paciente (por ejemplo, distorsión de su propia imagen, zonas corporales «prohibidas», situaciones ansiógenas, etc.), continuándose más tarde con un programa de trabajo en grupo en el que abordar situaciones de común aparición y donde se puedan aprovechar los recursos y las ventajas que el trabajo grupal proporciona.

Esta fase del tratamiento es generalmente abordada desde el planteamiento de que las conductas de evitación y escape que los afectados con un TCA emiten en respuesta a la presencia de «sus» estímulos fóbicos son similares a las emitidas en los casos de un trastorno obsesivo compulsivo, centrándose la exposición en el procedimiento del refuerzo negativo.

El objetivo que debe plantearse un programa de exposición a estímulos fóbicos en TCA es la prevención de la respuesta de evitación o escape mediante la reducción de los niveles de ansiedad ante dichos estímulos (en este caso frecuentemente relacionados con el cuerpo y la comida), la tasa de las conductas de evitación (vómitos, restricción alimentaria, etc.) y el grado de creencias irracionales en torno al cuerpo y la comida. Para su aplicación suelen realizarse exposiciones en consulta mediante imaginación y/o en vivo (usando espejos, por ejemplo), así como exposiciones en el entorno social del paciente, implicando de forma progresiva en ello a los familiares. Como ejemplo podemos exponer brevemente el programa seguido en la Unidad de trastornos de la conducta alimentaria del Hospital del Niño Jesús (Madrid), en la cual se realizan exposiciones durante la hospitalización de los pacientes a estímulos fóbicos, en este caso ropa, realizándose dichas exposiciones ante un espejo siguiendo la siguiente ordenación: 1) parte superior del cuerpo con ropas holgadas;



2) parte superior del cuerpo con ropas ajustadas; 3) parte inferior del cuerpo con ropas holgadas, y 4) parte inferior del cuerpo con ropas ajustadas.

Así, se expone al sujeto a estos estímulos realizando una prevención de la respuesta de ansiedad. Es importante señalar que, para realizar dichas exposiciones, se establecen jerarquías en intensidad de los estímulos, aunque, habitualmente, en los TCA suelen estar bastante bien definidos y afectan a prácticamente la totalidad de los afectados. Asimismo, indicar que la duración de las sesiones es de un mínimo de 2 horas y no deben concluir nunca en presencia de altos niveles de ansiedad. Este mismo sistema de exposiciones se lleva a cabo ante estímulos relacionados con la alimentación, las salidas de «compras» y, en general, con todas las situaciones que en los TCA suelen ser provocadoras de altos niveles de ansiedad y estrés.

#### 4.2.5. *Modulo 5: Preparación para el alta y prevención de recaídas*

##### 1. Preparación para el alta

Sea cual fuere la modalidad de tratamiento de referencia (ingreso hospitalario, hospital de día o tratamiento ambulatorio), el alta de un paciente con un TCA deberá encontrarse perfectamente protocolizado en función de los llamados criterios de alta, aunque podrían variar de forma sustancial en función del tratamiento en cuestión. No obstante, es importante señalar que para la mayoría de los auto-

res no es posible hablar de curación antes de los 4 años de evolución. En un estudio publicado por el Instituto Nacional de la Salud (1995), con un seguimiento a largo plazo, se han encontrado los resultados que se recogen en la tabla 9.7.

Como factores que podrían acompañar a un pronóstico desfavorable de evolución, este mismo estudio plantea que se resumirían en: *a)* obesidad premórbida; *b)* mayor edad en el diagnóstico; *c)* mayor tiempo de evolución; *d)* retraso en el inicio del tratamiento; *e)* desarrollo de rasgos bulímicos (en anorexia); *f)* hospitalización previa sin éxito terapéutico; *g)* inmadurez sexual persistente; *h)* psicopatología familiar, e *i)* alteraciones psiquiátricas asociadas.

Por tanto, una planificación de altas deberá tener en consideración todos y cada uno de estos factores de manera que no se esté contribuyendo con ella a la próxima aparición de una evolución desfavorable. En cualquier caso, establecer unos criterios para el alta del paciente deberá considerar la ausencia de sintomatología en un plazo de tiempo determinado, así como la espaciación de las sesiones de control de forma progresiva y en consonancia con dichos plazos. Una buena estrategia puede consistir en la instauración de un protocolo para preparación al alta que, diseñado de forma modular, estableciera criterios de evolución que indicaran la periodicidad de las sesiones de control, de manera que ante la aparición de sintomatología adversa se pudiera retomar el sistema de trabajo establecido en el módulo inmediatamente anterior (incluyendo sus plazos y criterios de ingreso y alta) evitándose así un retroceso mayor que, al final, significase una sensación de fracaso en el

TABLA 9.7

*Datos de evolución de los trastornos de la conducta alimentaria según el Instituto Nacional de la Salud (1995) basado en un estudio de seguimiento a largo plazo*

	<b>Anorexia nerviosa</b>	<b>Bulimia nerviosa</b>
<b>Mortalidad</b>	20 por 100 a los 20 años	5 por 100 a los 2-5 años
<b>Recuperación</b>	40-50 por 100 a los 20 años	50-60 por 100 a los 2-5 años
<b>Cronificación</b>	20 por 100 a los 20 años	25 por 100 a los 2-5 años

paciente. Plazos de seis meses para las distintas etapas de prealta, en ausencia de sintomatología podrían ser adecuados a la hora de diseñar el espaciamiento de las sesiones de control (véase la figura 9.2 para un esquema de este planteamiento).

Es importante comprobar cómo mediante este modelo se pretende detectar no sólo las recaídas reales (volver a niveles de sintomatología previa al tratamiento), sino también aquellos posibles «tropezones» que, sin ser recaídas, podrían estar amenazando la buena evolución del paciente. Obviamente, las sesiones de control deberán abarcar desde la evolución del paciente hasta el entrenamiento para la prevención de recaídas, por lo que sus contenidos serán eminentemente terapéuticos y no una mera sesión de control de la evolución. De cualquier manera, y sea cual fuere la modalidad de tratamiento existente, la planificación de un protocolo para el alta será la herramienta fundamental con la que se garantice, en la medida de lo posible, la no cronificación del trastorno o, al menos, la detección de aquella sintomatología que pueda estar anunciando una próxima recaída, todo ello mediante la definición de unos criterios de buena o mala evolución, así como de los instrumentos de medida de dichos criterios.

## 2. Prevención de recaídas

Una vez superados los períodos de prealta y alta, son los pediatras y médicos de atención primaria, jun-

to con los propios familiares y afectados, los profesionales que con más frecuencia pueden identificar el riesgo de presencia de un TCA. Para ello sería ideal generalizar el uso de instrumentos de identificación de sintomatología adecuados en los controles periódicos de salud de los sistemas de asistencia primaria. De cualquier manera, y según datos aportados por el Ministerio de Sanidad (1995), los principales signos de alarma a atender en estos casos serían:

1. Dieta asociada a objetivos de pérdida de peso crecientes.
2. Dieta asociada a un rechazo creciente a la figura corporal.
3. Dieta asociada a un aislamiento social progresivo.
4. Dieta asociada a amenorrea.

La mejor prevención de recaídas vendrá siempre influenciada por un buen tratamiento así como una adecuada planificación de las fases de seguimiento y de prealta, a lo largo de las cuales será siempre posible detectar la aparición de conductas o comportamientos «sospechosos» de anunciar una próxima recaída (aumento de la ansiedad ante los «antiguos» estímulos fóbicos, repentina falta de apetito, etc.) y será ante estos «comportamientos anómalos» que la familia, como elemento de mayor proximidad al afectado, deberá reaccionar de forma inmediata. De especial atención serán los indicios señalados en la tabla 9.8.

TABLA 9.8

*Señales indicadoras de recaídas en anorexia y bulimia nerviosas*

Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Irregularidades menstruales.</li> <li>— Amenorrea primaria o secundaria.</li> <li>— Depresión.</li> <li>— Debilidad.</li> <li>— Lesiones deportivas.</li> <li>— Fracturas patológicas.</li> <li>— Edemas en tobillos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Preocupante deseo de volver a dietas.</li> <li>— Irregularidades menstruales.</li> <li>— Depresión.</li> <li>— Fatiga/cansancio.</li> <li>— Conductas purgativas.</li> <li>— Alteraciones dermatológicas.</li> <li>— Palpitaciones.</li> </ul>

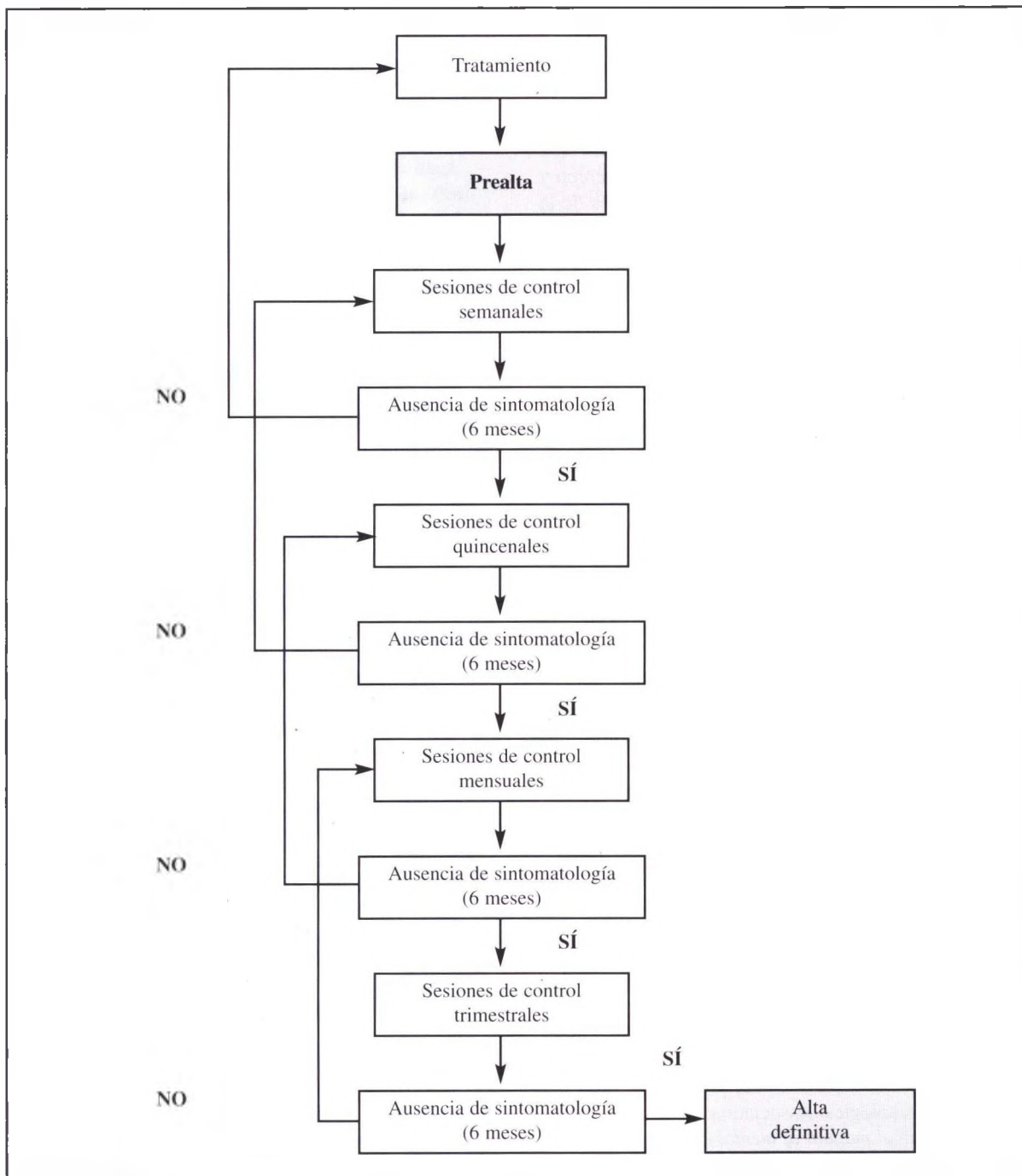


Figura 9.2.—Fases previas al alta definitiva.

Igualmente, los pacientes deben ser oportunamente preparados para enfrentarse por sí mismos a situaciones que en cualquier momento puedan convertirse en potencialmente peligrosas. De este modo, se les anima a poner en práctica en todo momento las habilidades adquiridas durante el tratamiento, para que con su puesta en marcha en el día a día se refuercen y consoliden como hábitos y recursos integrantes de la estructura de personalidad del sujeto. Aunque el terapeuta mantendrá controles con los pacientes durante mucho tiempo, es importante ofrecerles la posibilidad de acudir en cualquier momento en busca de ayuda y que, de esa forma, el espacio en el que se realizó el tratamiento se convierta en un lugar de referencia para los pacientes, a la vez que les proporcione un aumento en la sensación de seguridad.

## 5. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

La anorexia y la bulimia nerviosas constituyen dos trastornos de la conducta alimentaria de permanente actualidad. En este capítulo se han presentado toda una serie de síntomas que caracterizan a ambos trastornos, así como una evaluación amplia de dichos síntomas. Finalmente, hemos planteado un programa específico para el tratamiento cognitivo-conductual de la anorexia nerviosa, destacando los principales aspectos a abordar. A través de las páginas anteriores hemos visto que los trastornos de la conducta alimentaria son un tema apasionante y difícil, que necesita mucha más investigación para ayudar con más eficacia a las personas que lo padecen. Los próximos años deberán darnos respuesta a muchas de las cuestiones sin resolver que permanecen hoy día en este campo.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4.ª ed. Texto revisado). Washington: Autor.
- Attie, I. y Brooks-Gunn, J. (1992): Developmental issues in the study of eating problems and disorders. En J. Crowther, D. Tennenbaum, S. Hobfoll y M. Stephens (dirs.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. Washington, DC: Hemisphere.
- Beck, A. T. (1972): *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy.
- Calvo, R. M. (1996): Trastornos de la alimentación (I): Análisis. En E. Echeburúa (dir.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Cooper, P. J.; Taylor, M. J.; Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987): The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cooper, M. J.; Anastasiades, P. y Fairburn C. G. (1992): Selective processing on eating-shape, and weight-related words in person with bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 352-355.
- Cooper, M. J. y Fairburn, C. C. (1992): Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 30, 501-511.
- Cooper, M. J. (1996): Bias in interpretation on ambiguous scenarios in eating disorders *Behavior Research and Therapy*, 35, 619-626.
- Deter, H. C. y Herzog, W. (1994): Anorexia nervosa in a long-term perspective: Results of the Heidelberg-Mannheim study. *Psychosomatic Medicine*, 56, 20-27.
- Fernández F. y Turón V. (1996): *Trastornos de la conducta alimentaria. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Finlay-Jones, R. A. y Brown, G. W. (1981): Types of stressful life-event and the onset of anxiety depressive disorders. *Psychological Medicine*, 11, 803-815.
- Frisancho, A. R. (1981): New norms of upper limb fat and muscle area for assessment of nutritional status. *American Journal of Clinical Nutrition*, 34, 2540-2545.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979): The Eating Attitudes Test: An index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M. (1991): *Eating Disorders Inventory-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- González, A. (1997): Clínica y tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes. Madrid: AETCA.
- Gurney, J. M. y Jellife, D. B. (1973): An anthropometry in nutritional assessment: normogram for rapid calculation of muscle circumference and cross-sectional muscle and fat areas. *American Journal of Clinical Nutrition*, 26, 912-915.

- Henderson, M. y Freeman, C. C. L. (1987): A self-rating scale for bulimia-the BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Holland, A. J.; Hall, A.; Murray, R.; Russell, G. F. M. y Crisp, A. H. (1984): Anorexia nervosa: A study of 34 twin pairs and one set of triplets. *British Journal of Psychiatry*, 145, 414-419.
- Lega, L. I.; Caballo, V. E. y Ellis, A. (1997): *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Markus, H.; Hamill, R. y Sentis K. P. (1987): Thinking fat: Self-schemas for body weight and the processing of weight relevant information. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 50-71.
- Mathews, A. (1983): Anxiety and its management. En R. Gajnd y B. Hudson (dirs.), *Current themes in psychiatry*, vol. 3. Nueva York: S. P. Publication.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1995): *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Instituto Nacional de Salud.
- Morandé, G. y Rodríguez-Cantó (1991): Anorexia y bulimia nerviosa. Trastornos del apetito y de la alimentación en adolescentes. *Medicine*, 5, 3281-3287.
- Morandé, G. (1995): *Un peligro llamado anorexia: La tentación de adelgazar*. Madrid: Temas de Hoy.
- Probst, M.; Vandereycken, W.; Van Coppenolle, H. y Vanderline, J. (1994): Body Attitudes Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristic of a new questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133-145.
- Raich, R. (1994): *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.; Mora, M. y Soler, A. (1996): Trastorno de la imagen corporal. *Clínica y Salud* 1, 51-66.
- Raich, R.; Mora, M.; Marroquin, H.; Pulido, S. y Soler, A. (1997): Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 405-424.
- Rosen, J. C. (1997): Cognitive-behavioral body image therapy. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (dirs.), *Handbook of treatment for eating disorders*. 2.ª ed.: Nueva York: Guilford.
- Sebastian, S. B.; Williamson, D. A. y Blouin, D. C. (1996): Memory bias for fatness stimuli in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 275-286.
- Toro, J. y Vilardel, E. (1987): *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Scott, D. W. (1986): Anorexia nervosa: A review of possible genetic factors. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 1-20.
- Vandereycken, W. (1990): The relevance of body-image disturbance for the treatment of bulimia. En M. M. Fichter (dir.), *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and treatment*. Chichester: Wiley.
- Vitousek, K. B. y Hollon, S. D. (1990): The investigation of schematic content and processing in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Williamson, D. A.; Gleaves, D. H. y Savin, S. S. (1992): Empirical classification of eating disorder not otherwise specified: Support for DSM-IV changes. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 201-216.
- Williamson, D. A.; Rabalais, J. Y. y Bentz, B. G. (1996): Trastornos de la alimentación. En V. E. Caballo, G. Buela y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Brownell, K. D. y Fairburn, C. G. (dirs.): *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Londres: Guilford.
- Fairburn, C. (1998): *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós. (Orig.: 1995).
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (dirs.) (1997): *Handbook of treatment for eating disorders*. Nueva York: Guilford.
- Raich, R. M. (1994): *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Toro, J. (1996): *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.



**PARTE SÉPTIMA**  
**Problemas relacionados**  
**con el abuso infantil**





# Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil

# 10

JOSÉ CANTÓN DUARTE  
MARÍA ROSARIO CORTÉS ARBOLEDA<sup>1</sup>

## 1. DEFINICIÓN, INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Por abuso sexual infantil se entiende cualquier actividad sexual con un menor. Incluye el contacto sexual acompañado por la fuerza o la amenaza de utilizarla, con independencia de la edad de los participantes, y cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño, con independencia de que haya engaño o de que la víctima comprenda la naturaleza sexual de la actividad. El contacto sexual entre un adolescente y un niño más pequeño también se puede considerar abusivo cuando exista una disparidad significativa de edad (cinco o más años), de desarrollo o de tamaño que haga que el más pequeño no esté en condiciones de dar un consentimiento informado. La actividad sexual puede incluir penetración, tocamientos o actos sexuales que no impliquen contacto, como la exposición o el voyeurismo (Berliner y Elliott, 1996).

Durante las dos últimas décadas se ha venido produciendo en los países industrializados un incremento muy importante en el número de denuncias de abuso sexual infantil (Lamb, 1994). No obstante, no está claro si este incremento en el número de casos denunciados refleja un aumento real de la incidencia, un mejor conocimiento del problema, una mayor voluntad de denunciar ante una sospecha fundada o una combinación de todos estos factores.

Por ejemplo, en Estados Unidos la cifra de incidencia de abuso sexual infantil pasó de 325.000 denuncias en 1985 (0,46 por 100) a medio millón (0,7 por 100) en 1992. Las cifras de incidencia son inferiores en los demás países industrializados, aunque conservando esta tendencia al alza. Por ejemplo, en Gran Bretaña se produjo un incremento entre 1991 y 1992, pasando de 3.700 (0,034 por 100) a 4.200 nuevos casos denunciados (0,037 por 100). La tasa de incidencia de 1992 en Noruega fue del 0,22 por 100, mientras que en Israel los casos denunciados fueron 1.438, una cifra superior a los 1.260 casos del año anterior.

Sin embargo, por primera vez en varias décadas, han comenzado a detectarse indicios de una inversión de esta tendencia. En 1994 hubo 141.628 informes comprobados de abusos sexuales a niños y adolescentes menores de dieciocho años de edad; en 1995, esta tasa se redujo a 126.095 (*U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect*, 1996, 1997). Wang y Daro (1996) también informaron de unas reducciones similares en las tasas de denuncias comprobadas de abusos sexuales. No obstante, a pesar de estas disminuciones, un gran número de niños continúan sufriendo abusos sexuales.

Recientes publicaciones realizadas en nuestro país han puesto también de relieve la gravedad de este problema en diversas comunidades autónomas. Por ejemplo, Inglès (1995) informó que durante 1988 se produjeron en Cataluña 7.590 casos de maltrato a menores, el 2,8 por 100 de los cuales consis-

<sup>1</sup> Universidad de Granada (España).

tió en abusos sexuales. Cifras sobre la incidencia del abuso sexual infantil en Andalucía se pueden encontrar en Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña (1995) y en Moreno, Jiménez, Oliva, Palacios y Saldaña (1995). Estos investigadores informaron de una incidencia durante 1992 de 171 casos, un 3,6 por 100 de todos los malos tratos detectados. Por su parte, De Paúl, Arruabarrena, Torres y Muñoz (1995), basándose en los casos de malos tratos detectados por profesionales (pediatras, profesores, trabajadores sociales) en Guipúzcoa en 1989, informaron de 17 víctimas de abuso sexual (el 1,8 por 100 del total de denuncias por maltrato infantil). Finalmente, en un estudio realizado a nivel nacional utilizando los expedientes abiertos por los servicios de protección infantil entre 1991 y 1992, Saldaña, Jiménez y Oliva (1995) informaron de 359 casos de abuso sexual infantil, un 4,2 por 100 del total de niños maltratados. Además, el 78,8 por 100 de las víctimas eran niñas y la frecuencia de casos aumentaba con la edad de los sujetos.

Es probable que las cifras de prevalencia sean muy superiores a las de incidencia. Basándose en informes retrospectivos de adultos, Finkelhor calculaba que unos 500.000 niños norteamericanos al año sufren este tipo de abusos. Este autor llegaba a la conclusión de que en torno al 20 por 100 de las mujeres y de un 5 a un 10 por 100 de los hombres han sufrido abusos sexuales durante su infancia o adolescencia (Finkelhor, 1993). Estos datos son muy similares a los informados en otras investigaciones, en las que también se concluye que el abuso sexual infantil no es una experiencia rara, informándose de unas tasas del 15 al 30 por 100 en las mujeres (por ejemplo, Fergusson, Lynskey y Horwood, 1996) siendo de un 5 al 15 por 100 los hombres que se han visto expuestos a alguna forma de actividad sexual no deseada durante la infancia (por ejemplo, Halperin et al., 1996). En nuestro país, López, Hernández y Carpintero (1995) informaron de una prevalencia del 19 por 100 (15 por 100 en los varones y 23 por 100 en las mujeres), similar a la encontrada en otros países, aunque el porcentaje correspondiente a los varones era algo superior (15 por 100 versus promedio del 10 por 100 en otros países).

## 2. CONSECUENCIAS DE LOS ABUSOS SEXUALES

### 2.1. Efectos a corto plazo

#### 2.1.1. Principales dimensiones

Los niños y adolescentes víctimas de abusos sexuales tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas interpersonales y psicológicos que otros iguales de su misma edad que no han sufrido estos abusos. Cuando la sintomatología de las víctimas se compara con la de un grupo de control clínico (niños en tratamiento no abusados), son estos últimos los que presentan, en mayor medida, todos los síntomas excepto dos. Los abusados sexualmente sólo superan a los controles clínicos en el trastorno por estrés postraumático y en conducta sexualizada. El abuso sexual infantil se ha relacionado con la obtención de unas puntuaciones más elevadas en depresión, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, trastorno por estrés postraumático, trastornos somáticos, conductas regresivas (enuresis, encopresis), baja autoestima, retraimiento social, conducta anti-social agresiva, huida de casa, revictimización, delincuencia, embarazo adolescente, conducta sexual inapropiada, hiperactividad, problemas de aprendizaje/escolares y problemas internalizantes y externalizantes del comportamiento según las valoraciones realizadas por sus padres en la «Lista de comportamiento infantil» (*Child Behavior Checklist, CBCL*; Achenbach, 1991b); también se ha relacionado con una menor competencia social según el CBCL (para revisiones véase Berliner y Elliott, 1996; Cortés y Cantón, 1998; Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Trickett y McBride-Chang, 1995).

#### 2.1.2. Necesidad de adoptar una perspectiva evolutiva

Aunque las víctimas de abuso sexual infantil tienen una mayor probabilidad de presentar los síntomas anteriormente expuestos, se produce una gran variabilidad en la naturaleza y extensión del estrés

psicológico que experimentan (por ejemplo, Mannarino y Cohen, 1996a, 1996b; Wolfe, Sas y Wekerle, 1994). Para poder comprender la naturaleza e impacto de la victimización sexual sufrida por los niños, así como la forma en que actúan los factores de protección, es necesario adoptar una *perspectiva evolutiva* (Finkelhor, 1995; Feiring, Taska y Lewis, 1998a, 1998b). La presencia o no de determinados síntomas en las víctimas parece depender de su edad o estadio evolutivo, de manera que mientras algunos efectos del abuso pueden presentarse durante todo el período infantil, otros son específicos de una determinada etapa. Por ejemplo, es menos probable que el sentimiento de culpabilidad se presente en el caso de los preescolares y que aumente la probabilidad de aparecer conforme maduran las víctimas. Por otra parte, los adolescentes suelen presentar depresión; conductas de retraimiento, suicidas o autolesivas; trastornos somáticos; conductas delictivas; huida del hogar, y consumo de drogas (Luster y Small, 1997).

Los niños y los adolescentes se diferencian en su forma de procesar y de responder al abuso sexual, de manera que los patrones de adaptación pueden cambiar en función de la edad (Kendall-Tackett et al., 1993). Por ejemplo, Feiring, Taska y Lewis (1998a) encontraron que, en el momento de la evaluación, los adolescentes presentaban unos niveles superiores de síntomas depresivos y una menor autoestima, aunque la relación entre victimización y sintomatología se encontraba mediatizada por los sentimientos de vergüenza y por la autoinculpación. Las tareas evolutivas propias de la adolescencia pueden colocarlos en una situación de riesgo de desarrollar problemas internalizantes del comportamiento. El estrés provocado por los abusos, por el proceso de su revelación o descubrimiento y por la problemática propia del estadio evolutivo, hace que estas víctimas sean especialmente vulnerables a problemas psicológicos relacionados con la regulación del afecto y con la autoevaluación.

Los resultados de los estudios sugieren que a los adolescentes, comparados con los niños, se les considera más responsables de los abusos sexuales sufridos y, consiguientemente, sus cuidadores pueden prestarles menos apoyo (por ejemplo, Heriot,

1996). Además, los adolescentes tienen una mayor autonomía con respecto a sus padres, de manera que es más probable que experimenten un conflicto ante el apoyo y protección que éstos les brinden. Por otra parte, los niños mayores son más conscientes de las consecuencias sociales que conlleva la revelación, sobre todo cuando los abusos los está cometiendo un familiar. Entre estas consecuencias se incluyen un mayor sentimiento de culpabilidad por los cambios producidos en la composición familiar y/o en el estatus económico de la familia, el apartamiento del hogar y el miedo de que no lo crean (Spaccarelli, 1994). Además, hay que tener en cuenta que los efectos del proceso de revelación en la adaptación psicológica puede ser una cuestión evolutiva, es decir, puede que no aparezcan en el momento de la revelación y que se manifiesten unos meses o años después. En definitiva, de todos estos resultados se deduce que para captar el verdadero impacto del abuso sexual habría que evaluar el funcionamiento psicológico de las víctimas en diversos momentos de su desarrollo posterior.

El diseño longitudinal resulta imprescindible para analizar la evolución de la sintomatología con el tiempo y averiguar cuáles son los factores que contribuyen a la recuperación de la víctima. En general, los resultados de estos estudios señalan que los síntomas tienden a amainar con el paso del tiempo. Por ejemplo, Waterman (1993) encontró que dos tercios de los preescolares víctimas de abusos rituales mejoraron desde un rango clínico en la «Lista de comportamiento infantil» (*Child Behavior Checklist, CBCL*) a un rango normal. Por su parte, los niños de la muestra utilizada por Oates, O'Toole, Lynch, Stern y Cooney (1994) tendían a aproximarse a un rango normal de funcionamiento un año después de producirse la revelación de los abusos sexuales. No obstante, hay un grupo considerable de niños (entre un 10 y un 24 por 100) que parece empeorar o incluso que llega a desarrollar síntomas que no habían aparecido en la evaluación inicial.

El patrón de recuperación difiere de unos síntomas a otros, siendo más probable que desaparezcan las señales de ansiedad (problemas para dormir, miedo al agresor), mientras que los indicios de

agresividad (como las peleas con los hermanos) tienden a mantenerse o empeorar (por ejemplo, Mannarino et al., 1991). Otros síntomas, como las preocupaciones sexuales, parecen agravarse con el tiempo, al menos en el grupo de víctimas menores de 12 años (Gomes-Schwartz et al., 1990).

### 2.1.3. Estudios sobre diferencias intragrupo

Ante la cantidad de obstáculos con que tropieza la realización de estudios longitudinales, algunos autores (por ejemplo, Briere y Elliott, 1993) han propuesto como una alternativa viable la investigación transversal intragrupo para investigar los procesos que pueden mediatizar o moderar el desarrollo de síntomas en esta población. Ha surgido así una segunda generación de estudios centrada en las diferencias intragrupo de los efectos, que se ha encargado de investigar los factores que pueden incrementar o aliviar su impacto psicológico. La mayoría se ha ocupado de analizar los *factores de riesgo* que pueden estar asociados a las consecuencias negativas del abuso sexual infantil (Spaccarelli y Fuchs, 1997). Sin embargo, aunque los abusos sexuales constituyen un factor grave de estrés con unos efectos negativos duraderos, no debemos olvidar que también existen ciertos recursos individuales y ambientales que podrían actuar como *factores de protección* contra el desarrollo de posteriores problemas de conducta (Spaccarelli, 1994). Como señalan Feiring, Taska y Lewis (1998a), la investigación de los factores de protección también es fundamental para poder diseñar el tratamiento o la prevención, de manera que cada vez son más los estudios que se ocupan de este tema (Lynskey y Fergusson, 1997; Mannarino y Cohen, 1996a, 1996b; Spaccarelli y Kim, 1995).

### Características de los abusos sexuales

El impacto de los abusos sexuales se puede explicar, al menos en parte, por las características de estos abusos. A este respecto, hay pruebas que indican que el impacto del abuso es más grave cuando se ha producido con más frecuencia y prolongado durante más

tiempo, el perpetrador ha recurrido al empleo de la fuerza, se han realizado actos más graves (es decir, con penetración) y cuando existe una relación más próxima entre víctima y perpetrador, sobre todo si se trata de una relación incestuosa con el padre (Kendall-Tackett et al., 1993). Finalmente, hay que tener en cuenta que muchos niños experimentan más de un tipo de abuso, habiéndose encontrado que las víctimas de abusos sexuales que también son objeto de maltrato físico presentan más problemas (Luster y Small, 1997).

Sin embargo, aunque pueden ayudarnos a identificar cuáles son las víctimas con mayor riesgo de dificultades de adaptación, las características del abuso son variables del estatus y, como tales, no son susceptibles de intervención. Por el contrario, el estudio de los procesos o mecanismos que explican cómo las víctimas llegan a desarrollar una sintomatología resulta de mayor utilidad a la hora de diseñar una intervención eficaz (Feiring, Taska y Lewis, 1998a).

### Características de la víctima

Recientes formulaciones teóricas han propuesto que los efectos del abuso sexual infantil se encuentran mediatizados por la formación de valoraciones cognitivas negativas (Finkelhor, 1995; Spaccarelli, 1994). Los estudios empíricos han investigado las atribuciones, percepciones y estrategias de afrontamiento del sujeto que ha sufrido abuso sexual y sus consecuencias para la evolución psicológica. Los resultados de estos estudios indican que se produce un incremento de los síntomas en el caso de las víctimas que tienden a autoinculparse, que perciben el abuso sexual como una mayor amenaza para su seguridad física o imagen corporal o que enfatizan la evitación cognitiva como una forma de afrontar los abusos sufridos (Feiring, Taska y Lewis, 1998a; Mannarino y Cohen, 1996a, 1996b; Spaccarelli y Fuchs, 1997). Un estilo atribucional interno, estable y global y sentimientos de vergüenza parecen desempeñar un importante papel en la presencia o no de altos niveles de estrés en las víctimas de abuso sexual infantil. La vergüenza por los abusos se relaciona con una mayor depresión, con los sín-

tomas del trastorno por estrés postraumático, menor autoestima y con un comportamiento sexualizado. A su vez, el desarrollo de sentimientos de vergüenza puede estar asociado a determinados procesos familiares, como los estilos de disciplina, las atribuciones de culpabilidad realizadas por los padres y un ambiente familiar en el que son frecuentes las expresiones de cólera y disgusto. Estos resultados tienen importantes implicaciones para el tratamiento de los niños abusados sexualmente. Cuando las víctimas se sienten avergonzadas por los abusos, un tratamiento que aborde directamente la vergüenza y la estigmatización puede producir una mayor mejoría en la autoestima y en los síntomas de depresión, trastorno por estrés postraumático y disociación. La reacción al tratamiento también puede depender de la medida en que se haya conseguido modificar los estilos atribucionales no adaptativos del sujeto.

### **El proceso de revelación, reacción de los padres y ambiente familiar general**

Los estudios realizados hasta la fecha indican que se trata de un proceso extremadamente complejo, en el que se van sucediendo la negación de lo sucedido, la revelación y posterior retractación por parte de la víctima. Asimismo, los datos obtenidos han puesto de relieve la existencia de una fuerte relación entre la revelación de los abusos sexuales y el funcionamiento psicológico de los niños (Nagel, Putnam, Noll y Trickett, 1997).

La intensidad y gravedad de las reacciones emocionales de los padres ante el abuso sexual sufrido por sus hijas se ha relacionado con la depresión y ansiedad-estado autoinformadas y con problemas internalizantes del comportamiento (valoraciones de los padres en el CBCL) que presentaban las víctimas doce meses después de producirse la revelación. Este resultado sugiere que la resolución por los padres de sus propios sentimientos sobre lo sucedido, podría llevar, con el tiempo, a una disminución de la sintomatología en la víctima. Probablemente será necesario tratar a los propios padres para poder abordar los sentimientos y las cuestiones relacio-

nadas con el abuso o, al menos, sería importante conseguir que se involucraran a fondo en el tratamiento del hijo.

La forma en que el niño percibe el abuso sexual sufrido y su adaptación al mismo va a depender, en gran medida, del apoyo que le presten sus cuidadores en el momento de producirse la revelación (Spaccarelli, 1994). La falta de apoyo por parte de la madre se ha relacionado con unas conductas sexualmente inapropiadas en las niñas y con una mayor probabilidad de que las víctimas de incesto tengan que ser desplazadas de su hogar y presenten unos niveles superiores de psicopatología. Asimismo, hay pruebas de que el apoyo de los progenitores (normalmente de la madre) se asocia a un mejor diagnóstico y a un menor estrés psicológico. Concretamente, se ha relacionado con menos síntomas de ansiedad y depresión y con unos niveles superiores de competencia social (Feiring, Taska y Lewis, 1998b; Spaccarelli y Fuchs, 1997; Spaccarelli y Kim, 1995). La mejora de la calidad del apoyo prestado por los padres podría repercutir en una mejor adaptación de niños y adolescentes abusados sexualmente. Puede ocurrir que los padres, parientes y amigos quieran prestarles apoyo emocional, pero que no sepan muy bien cómo hacerlo. De hecho, varios padres del estudio de Feiring, Taska y Lewis creían que la mejor estrategia para reducir el estrés era no hablarle del abuso; es decir, estaban convencidos de que no hablándole del asunto, el hijo terminaría por olvidarlo y superarlo. Sin embargo, es preciso recordar al respecto que la utilización de esta estrategia puede ocasionar un incremento de la sintomatología. En esta misma línea, Deblinger, Lippmann y Steer (1996) han señalado la necesidad de ofrecer a los padres guía y entrenamiento sobre la forma de apoyar a sus hijos a procesar el abuso, ayudándoles a eliminar el estrés y a desarrollar su competencia. El diseño de estas intervenciones debería tener en cuenta determinadas cuestiones evolutivas, como la necesidad que tiene el adolescente de adquirir un sentimiento de autonomía, por una parte, y la conveniencia de que los padres estén al tanto de sus actividades con amigos e iguales, por la otra.

## **Factores relacionados con la intervención del sistema**

La investigación y consiguiente intervención de un caso de abuso sexual conlleva la implicación en el mismo de diversos sistemas sociales (servicios sociales de protección infantil, policía judicial, juzgados de menores, juzgados de lo penal), cada uno con sus objetivos específicos. Los escasos estudios realizados sobre el impacto de la intervención del sistema social se han centrado, fundamentalmente, en las posibles consecuencias negativas que pueden tener para la víctima someterse a múltiples entrevistas por distintos entrevistadores y el tener que testificar. Los resultados de estas investigaciones indican que se puede minimizar el daño psicológico reduciendo el número de entrevistas y que testificar no tiene por qué perjudicar necesariamente al niño si se le prepara adecuadamente para su comparecencia (Berliner y Conte, 1995; Henry, 1997).

## **2.2. Abuso sexual infantil y adaptación durante la etapa adulta**

### *2.2.1. Principales dimensiones*

Los resultados de gran número de estudios han sugerido que la exposición al abuso sexual infantil se relaciona con un amplio rango de consecuencias negativas a largo plazo, incluyendo tasas elevadas de depresión, ansiedad, baja autoestima, trastorno por estrés postraumático, trastornos de la personalidad, disfunciones sexuales, trastornos somáticos, consumo de drogas y alcohol, intentos de suicidio y autolesivos y revictimización. Los estudios empíricos también han encontrado que las mujeres con un historial de abuso sexual infantil suelen tener dificultades en las relaciones con los demás y con la crianza de los hijos (para revisiones véase Beitchman, Zucker, Hood, daCosta, Akman y Cassavia, 1992; Briere y Runtz, 1993; Cortés y Cantón, 1998; Green, 1993; Neuman, Houskamp, Pollock y Briere, 1996; Trickett y McBride-Chang, 1995).

### *2.2.2. Variabilidad en la adaptación de las víctimas*

Aunque los abusos sexuales sufridos durante la infancia pueden tener unas consecuencias psicológicas graves y a largo plazo, algunas víctimas parecen resultar ilesas, presentando un funcionamiento asintomático o sano. La cuestión clave vuelve a ser la investigación de los factores o características que diferencian a estos adultos con un historial de abuso sexual infantil de las víctimas que resultan ser más vulnerables. A este respecto, los resultados de estudios empíricos indican que la adaptación que presentan estas personas durante la etapa adulta depende de ciertos factores relacionados con el incidente y con la propia víctima.

### **Gravedad de los abusos y relación con el perpetrador**

Diversas características del abuso sexual parecen estar relacionadas con sus consecuencias a largo plazo. Por ejemplo, Koverola, Proulx, Battle y Hanna (1996) informaron que las estudiantes universitarias víctimas de abuso sexual infantil que volvieron a sufrir abusos sexuales durante la etapa adulta, tenían más probabilidad de haber sido objeto de abusos más graves, más frecuentes e implicando violencia, que las otras víctimas que no volvieron a sufrir abusos. Banyard y Williams (1996) estudiaron una muestra de mujeres afroamericanas diecisiete años después de que fueran atendidas en los servicios de urgencias de un hospital por haber sufrido abuso sexual infantil. Los resultados demostraron que el empleo de la fuerza física permitía predecir unos niveles superiores de depresión, ansiedad y trastornos del sueño. Asimismo, cuando el perpetrador era un miembro de la familia era más probable que presentaran trastornos del sueño, disociación y una puntuación total superior en el nivel de trauma. Los datos obtenidos en estos estudios enfatizan la necesidad de analizar los sentimientos de impotencia o traición que pudieran experimentar las víctimas con estas características.

## Procesos cognitivos

Los procesos cognitivos también pueden ayudarnos a entender las diferencias individuales en el impacto de los abusos sexuales (Himelein y McElrath, 1996; McMillen y Zuravin, 1997; Spaccarelli, 1994). Buena parte de los estudios sobre los procesos cognitivos se han centrado en las atribuciones de culpa y responsabilidad que realizan las víctimas y que parecen estar muy relacionadas con una peor adaptación en la etapa adulta. Por ejemplo, McMillen y Zuravin (1997) encontraron que la autoinculpación de las víctimas se relacionaba con una menor autoestima, mayor ansiedad en las relaciones, menor disfrute en las relaciones íntimas y con una mayor probabilidad de que se produjeran malos tratos a los hijos.

El cambio en la percepción de un suceso estresante (reevaluación cognitiva) puede ser una manera eficaz de afrontar los acontecimientos aversivos del abuso sexual infantil. Es posible que los adultos con un historial de abuso y que, sin embargo, no presentan síntomas recurran más a la reevaluación cognitiva, reevaluación que no tiene por qué basarse en la realidad para tener unos efectos positivos. En el caso de las mujeres, los resultados de las investigaciones sugieren que el mantenimiento de un sentimiento de control es un componente importante de la adaptación. Por ejemplo, Himelein y McElrath (1996) investigaron a estudiantes universitarias «resistentes» a los efectos del abuso e identificaron cuatro estrategias de afrontamiento: la revelación y discusión del abuso, la minimización de su impacto, la reevaluación positiva y no dejarse obsesionar por la experiencia. La mayoría de las víctimas resistentes describió los abusos en términos de esperanza y optimismo (vehículo de cambio personal y de desarrollo, aprendizaje a partir de la experiencia, encontrar sentido a la adversidad). Además, habían decidido conscientemente no pensar más sobre el asunto.

## Características de la familia

Los estudios realizados indican que las características de la familia contribuyen a la adaptación psicológica y social posterior de las víctimas

(Koverola et al., 1996; Lynskey y Fergusson, 1997; Ray y Jackson, 1997). Por ejemplo, Ray y Jackson (1997) demostraron la existencia de un efecto significativo del ambiente familiar sobre la adaptación a largo plazo de las víctimas, con independencia de la relación entre perpetrador y víctima. Las estudiantes pertenecientes a familias con altos niveles de cohesión-flexibilidad (preocupación por los otros miembros familiares y apoyo mutuo, al tiempo que se estimula la autosuficiencia y la libre expresión de los sentimientos) y de organización familiar (énfasis en el orden y rutina del hogar, en los valores morales y espirituales y en la responsabilidad individual) tenían una mayor autoestima, mejor adaptación social y menos depresión.

## 3. EVALUANDO LA EXISTENCIA DE UN POSIBLE ABUSO SEXUAL

El diagnóstico ante una sospecha o denuncia de abuso sexual es una tarea difícil, ya que normalmente no hay pruebas médicas que lo corroboren, bien por el tiempo transcurrido hasta la denuncia o bien, como suele ser el caso, porque no ha habido penetración (los delitos más comunes suelen ser los tocamientos, el exhibicionismo o la cópula oral); también es raro que el perpetrador admita el abuso cometido (Bruck, Ceci y Hembrooke, 1998; De Jong, 1992). Por consiguiente, la determinación de si se ha producido o no un abuso sexual se suele basar en la declaración de la propia víctima, siendo un factor decisivo el grado de fiabilidad y credibilidad que se le dé a las afirmaciones del niño.

Los expertos suelen diferenciar entre dos perspectivas para abordar el tema de la validez de las declaraciones del niño: el enfoque de los estándares y el de los indicadores. el *enfoque de los estándares* se caracteriza por centrarse en el desarrollo de protocolos y de guías sobre cómo realizar la entrevista y la evaluación del abuso, con objeto de aumentar la probabilidad de que el niño describa con exactitud lo sucedido. Estas guías y protocolos pretenden mejorar la validez de los juicios emitidos por los profesionales, incorporando los conocimientos científicos relevantes y reconociendo la impor-

tancia de acomodarse al nivel de desarrollo social, emocional y cognitivo de los niños. El *enfoque de los indicadores* implica determinar si las respuestas emocionales, conductuales o fisiológicas del niño que declara haber sido objeto de abusos son similares a las respuestas de los niños con un historial ya comprobado de abuso sexual.

### 3.1. La entrevista de evaluación

#### 3.1.1. *Evolución de las declaraciones*

Algunos expertos mantienen que entre los niños abusados sexualmente se suele producir un patrón en la revelación de los abusos, consistente en que al principio guarda silencio, no haciendo ninguna manifestación espontánea, de manera que las alegaciones las realiza después de que algún adulto comience a sospechar y le pregunte. Aunque comienza negándolo todo, después de preguntarle y entrevistarle repetidas veces, termina por revelar los abusos sufridos. No obstante, es posible que se retracte y, nuevamente, vuelva a reafirmarse en sus alegaciones de abuso. Hay dos formas de interpretar este patrón de comportamiento, de manera que mientras unos expertos afirman que se trata de algo frecuente, susceptible incluso de ser aplicado como elemento de diagnóstico, otros consideran que, en algunos casos, la revelación puede estar reflejando el uso de técnicas sugestivas durante la entrevista (Ceci y Bruck, 1995).

Por ejemplo, Bradley y Wood (1996) encontraron que el 5 por 100 de 234 niños negó los abusos y sólo un 3 por 100 se retractó de sus declaraciones anteriores. Es decir, que, aunque un pequeño porcentaje de niños pequeños parece ser reactivo a revelar los abusos y un porcentaje aún más pequeño se retracta de sus declaraciones, la inmensa mayoría parece mantenerse firme en lo revelado y nunca lo niega cuando son interrogados por la policía. Sin embargo, a pesar de la fragilidad de las pruebas empíricas sobre la prevalencia del patrón de revelación antes descrito, entre los profesionales implicados parece estar muy arraigada la creencia de que la retractación forma parte del proceso normal de

revelación y de que los estudios lo han confirmado. Esto se traduciría en un convencimiento de que es necesario acosar a los niños o, de lo contrario, nunca revelarían los abusos de que han sido objeto (Bruck, Ceci y Hembrooke, 1998).

#### 3.1.2. *Estrategias para minimizar la sugestibilidad de los niños*

Con objeto de disminuir lo más posible la sugestibilidad del niño durante la entrevista forense, Reed (1996) y Warren y McGough (1996) han propuesto varias estrategias a seguir referidas al ambiente de la entrevista, a las características del entrevistador, a la clarificación de las expectativas del niño y a la forma de preguntarle.

#### **Ambiente y momento de la entrevista**

El ambiente de la entrevista debe garantizar que el niño se sienta razonablemente cómodo, sobre todo si se trata de un preescolar (por su mayor probabilidad de sentirse intimidado, ansioso y desorientado en un ambiente formal). En algunos casos, puede resultar apropiado entrevistarle en su hogar, donde el niño es más probable que se sienta más cómodo (siempre que el perpetrador no viva allí, sus familiares no pretendan influir o no existan contraindicaciones técnicas). Cuando la entrevista se realiza en un ambiente formal, se debe procurar convertirlo en más «amistoso», decorándolo con figuras y dibujos de cuentos populares realizados por otros niños, procurando también que el mobiliario se adapte a su tamaño. El ambiente debe ser privado, informal y libre de perturbaciones y de accesorios que puedan distraer al niño; puede ser útil disponer de algún material de dibujo y unos cuantos juguetes, pero demasiados objetos de este tipo pueden distraerlo o llevarlo a error.

La realización de la entrevista en los primeros momentos no sólo capta los recuerdos cuando todavía están frescos, sino que puede reducir el olvido posterior. El olvido puede hacer que los niños se vuelvan más sugestionables si se les presenta una información capciosa después de haber transcurrido un cierto



tiempo. Además, cuando se le entrevista en los primeros momentos, su declaración posterior es más completa y exacta, reduciéndose significativamente la sugestibilidad (Warren y Lane, 1995).

### Características del entrevistador

El profesional debe realizar la entrevista con una mente abierta y mostrarse amistoso. Debe tener en cuenta diversas hipótesis sobre lo sucedido, sin aceptar, ya de antemano, como válida la información previa a la entrevista. Así será menos probable que influya en la declaración del niño y que éste piense que ya conoce los hechos relativos al caso. Aunque la sugestibilidad se reduce significativamente cuando el entrevistado se siente cómodo, hay que procurar no reforzarlo de manera selectiva (por ejemplo, sonriéndole sólo cuando realiza afirmaciones que están en consonancia con las sospechas del entrevistador); el entrevistador también puede configurar involuntariamente una respuesta mediante su lenguaje corporal.

Para evitar el riesgo de partidismo, algunos expertos consideran necesario que el entrevistador sea un profesional independiente, debiendo acometerse para ello las reformas legales pertinentes, similares a las ya introducidas en países como Israel, Noruega, Francia y Alemania (véase Bottoms y Goodman, 1996). Mientras tanto, lo mejor que se puede hacer es suministrar un buen entrenamiento a los profesionales implicados y elaborar protocolos estándar para la entrevista, como los elaborados en Estados Unidos o Inglaterra (por ejemplo, *Home Office*, 1992).

### Aclaración de las expectativas del niño

El entrevistador debe recalcarle la importancia de decir la verdad y de no inventarse nada, de manera que sólo debe contar lo que realmente sucedió. Es muy importante, sobre todo cuando se trata de un preescolar, determinar si puede distinguir entre fantasía y realidad. Tiene también que dejarle muy claro que él no sabe lo que pasó y estimularlo para que cuando no entienda algo lo admita, en vez de realizar conjeturas. Los estudios han demostrado que cuando

presenta una información capciosa alguien que parece que conoce lo sucedido, aumenta la probabilidad de que el niño se deje llevar por las sugerencias (por ejemplo, Togli, Ross, Ceci y Hembrooke, 1992). Además, como el niño puede suponer que hay una respuesta correcta o incorrecta, el entrevistador debe explicarle que puede responder perfectamente con un «no me acuerdo», «no lo sé» o (más importante aún) con un «no entiendo la pregunta».

Los resultados indican que un buen procedimiento para reducir la sugestibilidad de los niños es advertir que las preguntas pueden ser difíciles y complicadas y que sólo debe responder lo que recuerde. Para evaluar y estimular esta actitud del niño se le puede plantear preguntas sin sentido (por ejemplo, «¿Cuántas gazintas hay en una botaluza?») y animarlo para que reconozca sin problemas que no se acuerda de algo o no lo sabe, y no haga suposiciones. Sin embargo, estas instrucciones tienen poco efecto si no van acompañadas por el entrenamiento. No obstante, para evitar una sobreutilización del «no lo sé», hay que estimularlo para que sea selectivo en su uso. También hay que advertirle de que si se repiten las preguntas no es porque sus anteriores respuestas fueran incorrectas. De lo contrario, puede verse tentado o sentirse presionado para cambiarlas (sobre todo si se siente intimidado por el entrevistador). Los resultados de los estudios sugieren que el entrevistador no debe hacer preguntas previamente planteadas, evitando ser reiterativo (por ejemplo, Walker y Warren, 1995). Cuando no queda más remedio que repetir las preguntas, habría que tranquilizar al niño explicándole que sólo está intentando comprender mejor una respuesta anterior y no buscando una respuesta diferente. Por otra parte, se le debe autorizar de manera expresa para que, si no lo desea, no responda en ese momento a preguntas que le resulten difíciles de comentar.

### Estrategias para preguntar

Son varias también las estrategias que se deben seguir para preguntar. En primer lugar, ser siempre conscientes de que al niño lo podemos estar induciendo tanto para que denuncie falsamente unos

abusos como para que los niegue o minimice, y diseñar la entrevista en consecuencia. En segundo lugar, es necesario que las preguntas que se le planteen sean evolutivamente apropiadas; habría que utilizar un vocabulario acorde con su nivel de comprensión de conceptos (por ejemplo, unidades de tiempo, causalidad). Si no entiende lo que se le pregunta, se incrementa la probabilidad de que realice conjeturas y que se deje influir por el entrevistador. A este respecto, pueden ser útiles los consejos de Walker (1994) de no realizar preguntas complejas, estar alerta ante cualquier indicio de que no haya entendido lo que se le pregunta y no utilizar «grandes palabras», en general, y la jerga legal, en particular. Habría que evitar también hacerle preguntas tendenciosas o coercitivas, ya que pueden dar lugar a estereotipos, a un contexto acusatorio o a una falta de atención que pueden distorsionar las respuestas (sobre todo de los preescolares más pequeños).

Como la declaración espontánea del niño en forma de recuerdo libre es más exacta (aunque menos completa) que la obtenida con preguntas específicas, se debe comenzar haciéndole preguntas abiertas/cerradas y después, una vez que haya realizado una narración libre, plantearle preguntas específicas sobre la cuestión, si se considera necesario. La utilización juiciosa de estas preguntas puede ser necesaria para que los niños, sobre todo los preescolares, entiendan claramente los contenidos por los que se les está preguntando. Las preguntas específicas tienen una mayor probabilidad de ser tendenciosas y de que los pequeños (especialmente los de preescolar) se dejen llevar por las sugerencias de los adultos (Ceci y Bruck, 1993).

Los estudios indican que los niños presentan una mayor resistencia a las preguntas capciosas cuando éstas se refieren a detalles centrales, detalles interesantes para ellos o cuando se utiliza un artículo indefinido para preguntar. Por el contrario, resultan más fáciles de influir que los adultos cuando la pregunta contiene una afirmación seguida de una interrogación («El hombre tenía el pelo castaño, ¿verdad?»). Otro problema que plantea la utilización de preguntas directas, específicas, es que los niños intentan responder a todas las preguntas, incluso aunque claramente no entiendan su significado.

Además, rara vez piden aclaraciones cuando no entienden lo que se les está preguntando y, a menudo, no comprenden que no han captado la pregunta.

Aunque lo ideal es que aporten toda la información relevante que conozcan durante el recuerdo libre o en respuesta a preguntas de tipo general, la mayoría de las declaraciones espontáneas de los niños son lamentablemente incompletas. No obstante, en vez de recurrir a preguntas específicas para obtener más información, algunos investigadores han desarrollado nuevas técnicas para que durante el recuerdo libre los niños aporten una información lo más completa posible, sin comprometer su exactitud. Por ejemplo, la entrevista cognitiva (Geiselman y Fisher, 1992) incluye varios procedimientos nemotécnicos que han demostrado ser útiles para fomentar el recuerdo libre (recordar hacia delante y hacia atrás, adoptar la perspectiva de otra persona, reconstruir las circunstancias, enfatizar la importancia de recordar toda la información, aunque no se la considere importante).

Por último, se deben registrar de manera fiable las respuestas (verbales y no verbales) y la forma de preguntar utilizada para conseguir estas respuestas, sobre todo si el entrevistado es un preescolar. La entrevista se debe grabar siempre, como se hace ya en Inglaterra, Escocia y Canadá (véase Bottoms y Goodman, 1996). La grabación de la entrevista puede servir para refrescarle la memoria al niño sobre lo que ha recordado anteriormente, reducir el número de entrevistas (y entrevistadores), incentivar el uso de técnicas apropiadas por los entrevistadores, conservar las afirmaciones, emociones y comportamientos exactos en el momento de la revelación y evaluar la fuerza del testimonio acusatorio (decidiendo así si se sigue adelante con la acusación). Finalmente, y lo más importante para la justicia, la entrevista grabada se puede utilizar como referencia para sopesar la fiabilidad de versiones posteriores en las que se omitan o añadan detalles; es decir, permite realizar un juicio más informado sobre si los cambios son resultado de la reminiscencia (el recuerdo exacto posterior de información no recordada anteriormente) o de sugerencias inadecuadas.

### 3.1.3. Usos funcionales de los muñecos anatómicos

El dilema de tener que optar por una información completa (utilizando preguntas específicas) o por una información más exacta (utilizando preguntas generales y el recuerdo libre) ha llevado al desarrollo de métodos no verbales para obtener información. El interés de investigadores y profesionales se ha centrado principalmente en la utilización de muñecos anatómicamente detallados. A pesar de la popularidad de que gozan, su nivel de aceptación no es ni mucho menos general, constituyendo el centro de un debate clínico y legal intenso, en ocasiones áspero. Algunos expertos consideran que el único uso legítimo de los muñecos en los casos de abuso sexual es el de poder clarificar las afirmaciones del niño, una vez revelados los abusos. Aunque se pueden utilizar para evaluar sus conocimientos anatómicos y sexuales o su terminología sobre las partes del cuerpo, la mayoría de los estudios se ha centrado en la capacidad de estos muñecos para facilitar o distorsionar el recuerdo.

## 3.2. Evaluación de la veracidad de las declaraciones

Partiendo del supuesto de que los niños normalmente dicen la verdad cuando alegan ser víctimas de abusos sexuales, se han realizado diversos intentos de articular las características que presentan las explicaciones y conductas de las víctimas, que podrían utilizarse como indicativas de abuso sexual. La variante más conocida e investigada en el enfoque de los indicadores la constituye un método conocido como Análisis de la validez de la declaración (*Statement Validity Analysis; SVA*) y su elemento central, el Análisis del contenido basado en criterios (*Criteria-based Content Analysis; CBCA*), que se centra en las declaraciones realizadas sobre el abuso sexual en sí mismo. Se basa en el supuesto de que las afirmaciones realizadas por un niño sobre sucesos que realmente ha experimentado difieren de manera cuantificable de las afirmaciones falsas o producto de su fantasía, de manera que un

análisis de la declaración prestada puede discriminar entre una declaración verdadera y una falsa sobre lo sucedido.

El SVA se compone de tres elementos principales: la evaluación psicológica de la supuesta víctima, un análisis de su declaración de acuerdo con determinados criterios y, finalmente, la comprobación de la validez. El objetivo de la *evaluación psicológica* es situar las declaraciones dentro de un contexto más amplio, proporcionando una imagen de los aspectos positivos y negativos del niño y del contexto y nivel general de funcionamiento de la familia. Se deben utilizar medidas estandarizadas que permitan recabar información sobre la salud física del niño y sobre su desarrollo social, emocional, sexual, cognitivo y lingüístico.

El análisis de las declaraciones se realiza mediante la «Evaluación del contenido basada en criterios» (*Criterion Based Content Analysis, CBCA*; Raskin y Esplin, 1991), que consiste en puntuar la presencia o no de 19 criterios, agrupados en cinco categorías (0 si no está presente, 1 si se encuentra presente y 2 si se encuentra fuertemente presente un determinado criterio). Una declaración válida no tiene por qué cumplir todos los criterios, aunque cuanto mayor sea el número de criterios presentes en la declaración más probable será que el niño esté diciendo la verdad (la presencia de un criterio fortalece la credibilidad, pero su ausencia no sugiere que inevitablemente mienta).

La primera categoría, *características generales*, trata de analizar las afirmaciones en su conjunto, teniendo en cuenta los criterios de estructura lógica, producción desestructurada y cantidad de detalles. La estructura lógica se refiere a la consistencia y coherencia de la narración. La declaración puede estar desestructurada, en el sentido de que se producen saltos de un tema a otro, aunque la unión de los distintos fragmentos debe dar lugar a una historia lógica (una explicación muy organizada y excesivamente cronológica de los hechos puede ser indicativa de una alegación falsa, mientras que las explicaciones espontáneas suelen contener fragmentos dispersos de los hechos ocurridos). Finalmente, se considera que las explicaciones que contienen muchos detalles específicos son más creíbles.

La segunda categoría, *contenidos específicos*, la componen cuatro criterios: adecuación contextual, descripción de interacciones, reproducción de conversaciones y complicaciones inesperadas. La adecuación contextual se refiere a hechos o sucesos específicos, situados dentro de un contexto espacial y temporal. La descripción de las interacciones se ocupa de las acciones y reacciones mutuas entre la víctima y el agresor (las explicaciones en las que el niño aporta su propia percepción e interpretación son indicativas de que no miente). La reproducción de conversaciones, diferenciando los roles de los implicados, también se considera que es un indicio de que está diciendo la verdad. Finalmente, se refuerza la validez de las afirmaciones si cuenta alguna complicación inesperada que tuviera lugar durante el abuso sexual (por ejemplo, la llamada de un vecino).

La categoría *peculiaridades del contenido* valora si se hace referencia explícita a detalles distintivos, emociones, asociaciones y sentimientos. Los criterios utilizados en esta categoría son detalles inusuales, detalles irrelevantes, detalles mal interpretados pero descritos con exactitud (por ejemplo, cuando describe el orgasmo del adulto como si se tratara de micción o experimentara dolor), asociaciones externas relacionadas, explicaciones sobre su estado mental durante los abusos (por ejemplo, los sentimientos experimentados o las ideas que había tenido sobre cómo escapar de la situación) y, finalmente, la atribución de un estado mental al perpetrador.

La cuarta categoría, *contenidos relacionados con la motivación*, se refiere a la capacidad del niño para elaborar una explicación con diversos contenidos que, en principio, se podría pensar que perjudican su credibilidad. Los criterios incluyen las correcciones espontáneas, la admisión de falta de memoria sobre alguna parte del incidente, el planteamiento de dudas sobre su propio testimonio, el desprecio de uno mismo (por sus declaraciones o conducta) y el perdón del agresor.

Finalmente, la quinta categoría la componen diversos *elementos específicos de la agresión* que contradicen las creencias que la gente suele tener sobre el abuso sexual infantil. Se trata de detalles sobre los antecedentes y secuelas del abuso sexual

infantil, que es poco probable que conozca un niño que no haya sido víctima de abusos sexuales.

Una vez realizada la evaluación, se procede a *comprobar su validez* en función de las categorías adecuación del lenguaje, forma en que se ha llevado a cabo la entrevista (especialmente si se han utilizado preguntas sugerentes o coactivas), motivos que han llevado al niño a revelar el abuso sexual (analizando la posibilidad de que haya sido presionado) y consistencia de la declaración con otras declaraciones y pruebas disponibles (por ejemplo, resultados médicos). Completadas las tres fases de la evaluación, se realiza una valoración global de la declaración catalogándola como «creíble», «probablemente creíble», «indeterminada», «poco creíble» o «no creíble».

El SVA es un método que puede ser de utilidad para los profesionales dedicados a la evaluación de presuntos casos de abuso sexual infantil. Sin embargo, aunque los resultados suministran cierto apoyo a su validez, es necesario realizar más investigaciones y, desde luego, no olvidar que los indicadores se deben considerar como parte de un conjunto clínico global y no de un modo aislado. La técnica constituye un instrumento experimental en proceso de desarrollo y refinamiento, por lo que, excepto como procedimiento heurístico, sería prematura su utilización en un contexto judicial (Coulborn-Faller y Corwin, 1995).

Además, aún continúan sin resolverse una serie de problemas metodológicos y prácticos relacionados con la utilización del SVA (Bradford, 1994). Por ejemplo, el sistema de puntuación y la importancia relativa de cada uno de los criterios de la credibilidad requieren de una mayor clarificación. Finalmente, existe el peligro de un empleo inadecuado del método, especialmente por parte de los evaluadores totalmente centrados en la presencia o ausencia de determinados criterios y sin tener en cuenta que las explicaciones de los niños varían en función de su edad, nivel de desarrollo y adecuación de la entrevista. Finalmente, el SVA sólo se puede aplicar cuando las declaraciones de los sucesos tienen una cierta longitud, lo que plantea el problema de si se puede utilizar con los niños pequeños y hasta qué edad exactamente (Raskin y Esplin, 1991).

#### 4. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA VÍCTIMA

Las reacciones de los niños ante el descubrimiento de los abusos varían considerablemente. Algunos que no presentan problemas inmediatamente después de la revelación, los desarrollan en un momento posterior; por el contrario, otros que presentan problemas importantes al principio, comienzan a mejorar rápidamente poco después de la revelación (Berliner y Conte, 1995).

O'Donohue y Elliott (1991) señalaron los principales factores que debería incluir la evaluación, factores que no se deben pasar por alto ni tampoco asumir que forzosamente se tengan que encontrar presentes, sino que hay que considerar como hipótesis a comprobar durante el proceso de evaluación. Según estos autores, es necesario evaluar la posible existencia de problemas evolutivos (de comunicación, pseudomadurez/conductas regresivas), depresión (riesgo de suicidio, sentimientos de pérdida), trastorno por estrés postraumático, experiencias disociativas, revivir experiencias, miedos (especialmente a estímulos asociados al abuso y a que se vuelvan a producir los abusos, a que salgan a la luz pública y a las represalias), culpabilidad, autolesiones, sentimientos de cólera, problemas sociales (habilidades sociales, interacción padres-niño, límites poco claros/confusión de roles en las relaciones familiares), dificultades con los iguales (conocimiento de lo sucedido y reacción de los iguales, estigmatización, retraimiento, desconfianza), trastornos del comportamiento (agresión y conducta antisocial), consumo de drogas, hiperactividad, problemas de rendimiento escolar (memoria, incapacidad de concentración), trastornos somáticos (trastornos del sueño y del apetito, pobre imagen corporal), problemas de adaptación sexual (conocimientos y creencias acerca del sexo, preocupación por la homosexualidad, conducta sexualizada), autoestima, asertividad, comprensión del significado de lo sucedido (atribuciones y estilo atribucional, indefensión aprendida, creencias irracionales, sentido de la justicia), habilidades de solución de problemas y factores de estrés (futuras comparencias en el juzgado; contacto con el agresor). Los instrumentos de medi-

da estandarizados que se han aplicado a los niños objeto de abuso sexual y a los adultos de su entorno (padres, profesores) para evaluar las variables cognitivas, de personalidad y problemas de conducta se pueden encontrar en la revisión realizada por Waterman y Lusk (1993).

De acuerdo con el modelo propuesto por Wolfe y Gentile (1992), la evaluación de las consecuencias del abuso sexual y la interpretación de los datos obtenidos debe realizarse a dos niveles, evaluando la adaptación global de la víctima y su adaptación específica al abuso sexual. Para la *evaluación global* del niño se puede pedir a los padres o a las personas encargadas de su custodia que rellenen un cuestionario de problemas de comportamiento. El más utilizado con las víctimas de abuso sexual infantil es la «Lista de comportamiento infantil» (*Child Behavior Checklist*) para padres (CBCL-PRF; Achenbach, 1991a, 1991b) y profesores (CBCL-TRF; Achenbach, 1991a, 1991c); también se suele aplicar la «Lista de problemas de comportamiento-revisada» (*Revised Behavior Problem Checklist, RBPC*; Quay y Peterson, 1987). Según los resultados obtenidos con estas pruebas, entre un cuarto y un tercio de las víctimas de abuso sexual infantil presentan problemas conductuales y emocionales a un nivel clínico o importantes déficits en competencia social, siendo ya evidentes estos problemas poco después de producirse la revelación.

A la víctima se le debe aplicar algún cuestionario general sobre problemas de conducta como el «Autoinforme para jóvenes» (*Youth Self Report, YSR*; Achenbach, 1991a), así como inventarios sobre determinados aspectos de adaptación como la depresión y la ansiedad («Inventario de depresión para niños» [*Children's Depression Inventory-CDI*] de Kovacs; la «Escala de ansiedad manifiesta para niños-revisada» [*Revised Children's Manifest Anxiety Scale*] de Reynolds-RCMAS; el «Inventario de ansiedad estado-rasgo para niños» [*State-Trait Anxiety Inventory for Children-STAI-C*] de Spielberger), el autoconcepto (la «Escala del concepto sobre uno mismo, de Piers-Harris» [*Piers-Harris Self-concept Scale*]) y la competencia social percibida (el «Perfil de percepción de uno mismo

para niños» [*Self-perception Profile for Children-SPPC*] de Harter). La utilización de instrumentos estandarizados ofrece a la víctima la oportunidad de responder en privado a un amplio rango de cuestiones problemáticas (situación menos estresante que la entrevista) y permite que los resultados sobre la adaptación se puedan comparar con datos normativos según el sexo y la edad de la víctima. No obstante, estas autovaloraciones de los miedos y preocupaciones habría que completarlas con preguntas específicas sobre su origen, intensidad y reacción típica. Además, incluso aunque la puntuación en una de estas medidas no caiga dentro del rango clínico, nos puede llevar al descubrimiento de temores aislados importantes (a la homosexualidad, al embarazo, al rechazo de los padres) que requieren la atención del terapeuta. Por otra parte, conviene tener en cuenta que las víctimas pueden haber desarrollado miedos asociados a estímulos relacionados con el abuso sexual y que no aparecen en el examen que se le realiza. Con objeto de detectarlos, habría que preguntarle sobre actividades cotidianas (vestirse, bañarse, ir a la escuela, en el patio de recreo, con la canguro, irse a la cama) que podrían provocar miedo o ansiedad. Como el niño se puede dar cuenta de la irracionalidad de estos miedos atípicos (a desnudarse o bañarse, por ejemplo), el terapeuta debe procurar no transmitirle la inadecuación de sus temores. Por el contrario, debe tranquilizarlo informándole de que ha tratado casos semejantes en los que otros niños presentaban miedos y preocupaciones difíciles de expresar, similares a los suyos, y que se le darán suficientes oportunidades para que pueda ir expresando sus pensamientos y sentimientos sin ningún tipo de presión o de vergüenza. Los resultados de los estudios indican que las víctimas no suelen informar de un nivel elevado de síntomas inmediatamente después de la revelación del abuso sexual.

Se han propuesto varias estrategias para evaluar los *síntomas específicos de las víctimas de abuso sexual* utilizando los marcos teóricos del Trastorno por estrés postraumático, el modelo de los cuatro Factores traumagénicos y la Teoría de la erotización. Lo mismo que en el caso de la evaluación global, la medición de los síntomas relacionados con el

abuso sexual se debe realizar utilizando los informes de los padres, del niño y la propia valoración del profesional.

Para obtener información de los padres, Wolfe y colaboradores diseñaron una subescala de Trastorno por estrés postraumático utilizando veinte ítems del cuestionario CBCL-PRF de Achenbach, mientras que la víctima puede cumplimentar la «Subescala de evaluación sobre los temores de abuso sexual» (*Sexual Abuse Fear Evaluation Subscale, SAFE*) para medir los miedos y fobias relacionados con el abuso sexual y la «Escala sobre el impacto en los niños de acontecimientos traumáticos-revisada» (*Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised, CITES-R*; Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas y Wolfe, 1991) para la evaluación de sus percepciones y atribuciones acerca de los abusos sexuales sufridos. La escala CITES-R está compuesta por 78 ítems, integrados en cuatro dimensiones: PTSD (Pensamientos intrusivos, Evitación, Hiperactividad y Ansiedad sexual), Reacciones sociales (Reacciones negativas de los otros y apoyo social), Atribuciones del abuso (autoinculpación y culpabilidad, fortaleza, vulnerabilidad, mundo peligroso) y Erotización. La aplicación de la escala se realiza a través de una entrevista estandarizada en la que se le plantean distintas alternativas de respuesta a víctimas con edades comprendidas entre los 8 y 16 años. Dependiendo de la edad del niño y de su tendencia a elaborar las respuestas (es frecuente que aporten datos valiosos no solicitados), la aplicación de la escala puede durar entre 20 y 40 minutos.

Para la evaluación de la conducta sexual se puede aplicar el «Inventario sobre la conducta sexual de los niños» (*Children's Sexual Behavior Inventory, CSBI*; Friedrich, Grambsch, Broughton, Kuiper y Beilke, 1991) que consta de dos partes bien diferenciadas. La primera plantea una serie de preguntas sobre las fuentes de información sexual disponibles por el niño (películas de televisión, personas desnudas en libros o en casa), mientras que los ítems de la segunda parte intentan captar el tipo y frecuencia de las conductas sexualizadas que presentan.

Finalmente, habría que evaluar las *variables mediadoras* del impacto del abuso sexual, clasificadas en cuatro categorías principales. Los factores

relacionados con el abuso sexual (gravedad, frecuencia, duración, número de perpetradores, relación emocional con el agresor y nivel de coacción), los factores relacionados con el niño (capacidad de recuerdo; la comprensión del abuso en función de su desarrollo cognitivo, cognitivo-social y moral), el estilo atribucional y las relaciones familiares.

## 5. TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSOS SEXUALES

### 5.1. Terapia individual y de grupo

El tratamiento requiere que el terapeuta aborde las creencias y actitudes de las víctimas, sus reacciones emocionales y las respuestas conductuales. La iniciación del niño en la sexualidad adulta interfiere en su desarrollo normal produciendo con frecuencia *creencias y actitudes inadecuadas* que pueden dar lugar a respuestas desadaptativas. Por consiguiente, el terapeuta tendrá que identificar y cambiar estas creencias y actitudes erróneas, que muy probablemente estarán afectando a cuestiones tan importantes como la responsabilidad del abuso, la confianza en los demás y su autoimagen y competencia. Por lo que respecta a las *respuestas afectivas*, la mayoría de los niños abusados sexualmente reaccionan con miedo, ansiedad y cólera, siendo también frecuentes los sentimientos de pena en aquellos casos que implican la pérdida de una persona importante (por ejemplo, cuando el agresor es el propio padre). Aunque estos sentimientos constituyen una reacción adaptativa normal, pueden constituir la base de futuros comportamientos no adaptativos. El miedo y la ansiedad pueden generalizarse a otras personas y situaciones, los sentimientos de cólera dar lugar a una personalidad hostil y negativa y la pena llevar a la depresión y a la desesperación. Finalmente, los niños víctimas de abuso sexual suelen presentar también una serie de *conductas inapropiadas*, como la agresión o un comportamiento antisocial. Además, las víctimas (especialmente las de menos edad) de un abuso prolongado pueden haber aprendido a equiparar relación interpersonal con relación sexual; a su vez, la conducta sexualizada puede suponerles un riesgo de

rechazo y de revictimización (Bolton, Morris y MacEachron, 1989).

Para explicar las altas tasas de síntomas de miedo y de ansiedad presentes entre las víctimas de abuso sexual infantil se ha recurrido a la teoría del condicionamiento (por ejemplo, Deblinger y Heflin, 1996). De acuerdo con esta perspectiva, durante la experiencia de abuso sexual se producen respuestas de miedo y de ansiedad en la víctima. Estímulos neutros presentes en el ambiente en que tiene lugar el abuso (por ejemplo, la habitación, la cama, la ropa) o el recuerdo de la experiencia llegan a convertirse en estímulos condicionados, adquiriendo la capacidad independiente de evocar miedo y ansiedad. Estas respuestas de miedo y ansiedad se pueden generalizar a otros estímulos similares o relacionados con los estímulos condicionados primarios. Como resultado, la víctima puede desarrollar una amplia disposición de circunstancias provocadoras de miedo y ansiedad, algunas no relacionadas con la experiencia abusiva. Cuando se enfrenta con estos estímulos condicionados, al resultarle aversivos, a menudo intenta evitarlos. La víctima puede evitar lugares, personas, situaciones, objetos, olores u otras señales que le hagan sentir miedo y ansiedad. Así, puede recurrir a la evitación cognitiva intentando no pensar sobre los recuerdos relacionados con el abuso, o bien utilizar otras estrategias de evitación, como la disociación. Esta evitación reduce el miedo y la ansiedad, lo que, a su vez, refuerza negativamente la respuesta. Sin embargo, estas estrategias de evitación no alteran las asociaciones condicionadas, pueden ser una fuente de estrés y provocar dificultades en el funcionamiento cotidiano.

Hasta fechas muy recientes ha sido muy escasa la información empírica disponible sobre las formas óptimas de intervención terapéutica con niños abusados sexualmente debido a la falta de estudios de evaluación con un diseño experimental riguroso. Al final de su revisión, Finkelhor y Berliner (1995) concluían con la recomendación de que se realizaran estudios sobre la eficacia del tratamiento, pero con un mayor rigor científico. Desde entonces se han publicado algunas investigaciones bien diseñadas (asignación aleatoria, instrumentos estandarizados, evaluaciones de seguimiento) sobre la eficacia

del tratamiento y todas ellas han aplicado una terapia cognitivo-conductual centrada en el abuso (Berliner y Saunders, 1996; Deblinger, Lippman y Steer, 1996; Cohen y Mannarino, 1997, 1998). Este tipo de tratamiento ha demostrado ser apropiado, por ejemplo, para abordar las cuatro dinámicas traumagénicas que, según Finkelhor y Browne, explican la sintomatología de la víctima: sexualización traumática, estigmatización, sentimientos de impotencia y sentimientos de traición (Cohen y Mannarino, 1997, 1998). El sentimiento de haber quedado dañado para siempre por la experiencia del abuso sexual, la autoinculpación de los abusos sufridos y la sensación general de indefensión o impotencia después de haber sido abusado son cuestiones que guardan relación, todas ellas, con cogniciones que pueden ser registradas y modificadas mediante reestructuración cognitiva. La sexualización traumática y el desarrollo de otras conductas inapropiadas después del abuso sexual se pueden deber a cogniciones distorsionadas acerca del comportamiento apropiado, así como al modelado y refuerzo de dichas conductas, lo que sugiere que estas dificultades también deben ser susceptibles a una intervención cognitivo-conductual. La terapia cognitivo-conductual específica del abuso también ha demostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (Deblinger, Lippman y Steer, 1996), un trastorno que explicaría, según éstos y otros autores, la variabilidad de la sintomatología de las víctimas. Farrell, Hains y Davies (1998) comprobaron la eficacia de la intervención cognitivo-conductual con cuatro niños que habían sufrido abusos sexuales y que presentaban un trastorno de estrés postraumático. Realizaron evaluaciones pre y postratamiento, así como una tercera valoración tres meses después para determinar la sintomatología de dicho trastorno, depresión y ansiedad. La intervención contenía elementos educativos, autorregistro, entrenamiento en habilidades de relajación, reestructuración cognitiva, representación de papeles y práctica «en vivo» de las habilidades aprendidas. Los resultados del estudio demostraron que la intervención cognitivo-conductual puede ser eficaz con víctimas de abusos sexuales que presentan un trastorno de estrés postraumá-

tico. Todos los participantes informaron de una disminución en la sintomatología evaluada (trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad).

La terapia de grupo es una de las formas preferidas de tratamiento en el caso de los niños mayores y de los adolescentes, considerándose particularmente eficaz cuando ya ha amainado la crisis de la revelación, siendo apoyada también por el trabajo con la familia. Los expertos recomiendan admitir únicamente a aquellos niños que han experimentado directamente el abuso sexual, excepto en el caso de los hermanos mayores que se sientan responsables. No obstante, no se debe incluir en el grupo a aquellos hermanos que mantengan unas relaciones conflictivas con la víctima. Tampoco se deben admitir a niños con trastornos emocionales y conductuales graves hasta que hayan mejorado mediante otras formas de intervención (probablemente no se beneficien y pueden perjudicar el funcionamiento del grupo). Finalmente, los niños deben tener un nivel cognitivo y emocional similar y no estar en espera de prestar declaración en el juzgado (se puede ver afectada su credibilidad al haber sido expuestos a los razonamientos y explicaciones de otros niños). El número óptimo de miembros en un grupo es de cinco a ocho, ya que un número inferior haría prácticamente imposible la realización de las sesiones debido a la frecuencia con que se producen las ausencias, mientras que un número mayor de ocho hace difícil conceder el tiempo, el espacio y la atención que necesita cada uno. En el caso de las víctimas de preescolar se suelen celebrar sesiones semanales de una hora de duración y con seis niños como integrantes del grupo, mientras que con los mayores y adolescentes son aconsejables las sesiones de hora y media y con unos ocho niños como número óptimo.

Las razones por las que la terapia de grupo permite afrontar las necesidades de las víctimas con mayores garantías de éxito han sido expuestas por diversos autores (De Luca, Boyes, Grayston y Romano, 1995; Sturkie, 1992). El formato grupal proporciona un contexto menos amenazante para la intimidad y más abierto a múltiples personas y a las relaciones de igualdad. El grupo permite que los niños vuelvan a conectar e interactuar con sus igua-



les: la relación con otros que también han sido víctimas de abusos sexuales puede disminuir su sentimiento de aislamiento y de estigmatización. No se definirá ya en función de una experiencia que todo el grupo ha sufrido y comenzará a descubrir aspectos positivos de su personalidad y de la de los otros. El grupo también se puede convertir en un elemento de estabilidad y de apoyo en aquellos casos en los que, como consecuencia de la revelación del abuso, la víctima percibe una reacción negativa de su entorno. Este tipo de tratamiento ofrece al niño un contexto seguro, en el que tiene acceso a diversas oportunidades educativas, como el desarrollo y fortalecimiento de habilidades sociales, el aprendizaje de formas eficaces de interacción con sus iguales, el descubrimiento de soluciones alternativas a sus problemas, la experimentación con nuevas conductas (por ejemplo, asertividad), una retroalimentación sincera sobre estas conductas por parte del grupo y la representación de sucesos para poder afrontarlos mejor. Otra indudable ventaja es que permite llegar a un mayor número de víctimas con un menor coste de recursos.

El tratamiento de grupo también conlleva ciertos problemas, como la posibilidad de que los participantes desarrollen sentimientos y síntomas que no habían experimentado anteriormente, una disminución de la implicación de la víctima en otras formas de tratamiento, los problemas que puede ocasionarle a los niños en espera de juicio (por ejemplo, se puede pensar que han sido entrenados sobre lo que deben decir o que en su exposición de los hechos han incorporado elementos de otros), la posibilidad de que el tratamiento prolongado en un grupo de «víctimas» perpetúe la identificación y el rol de víctima, y, finalmente, la mayor dificultad que presenta esta forma de tratamiento a nivel de aplicación, manejo y conclusión.

Los estudios sobre programas de tratamiento de grupo para el abuso sexual infantil se han centrado en la descripción de los problemas abordados y de los procedimientos seguidos para conseguir sus objetivos, siendo aún pocas las investigaciones que han evaluado la eficacia del tratamiento (especialmente que hayan utilizado un diseño pre-postratamiento y un grupo de control). Los resultados de los

estudios realizados indican que la terapia de grupo es un procedimiento eficaz para reducir la depresión, la ansiedad y los problemas de conducta que presentan las víctimas de abusos sexuales, así como para aumentar su nivel de autoestima (De Luca, Boyes, Grayston y Romano, 1995; McGain y McKinzey, 1995; Stauffer y Deblinger, 1996).

## **5.2. El programa cognitivo-conductual de Deblinger y Heflin para el tratamiento de los niños que han sufrido abuso sexual**

A continuación presentamos un resumen del programa de tratamiento cognitivo-conductual centrado en el abuso, diseñado por Deblinger y Heflin (1996), y dirigido a los niños víctimas de abusos sexuales y a sus progenitores (no implicados en el abuso). Dada la importancia del apoyo parental para la adaptación de la víctima, los niños abusados sexualmente pueden beneficiarse de la ayuda que se les preste a sus padres para que afronten su propio estrés, enseñándoles también la forma de ayudar a sus hijos a afrontar la experiencia negativa del abuso sexual. La terapia se basa en la consecución de estos dos objetivos.

### *5.2.1. Intervención con el niño*

Consta de varias técnicas cognitivo-conductuales, entre las que se incluyen el modelado, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la exposición gradual, el procesamiento cognitivo y afectivo y la educación sobre abuso sexual, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal. Las sesiones iniciales se suelen dedicar a conseguir establecer una buena relación terapéutica, completar la evaluación y presentar los resultados de la evaluación y los motivos para el tratamiento. Posteriormente, se inicia el trabajo terapéutico con el niño, que consta de tres componentes: entrenamiento en habilidades de afrontamiento (expresión emocional, entrenamiento en habilidades de afrontamiento cognitivo, entrenamiento en relajación); exposición gradual y

procesamiento cognitivo y afectivo; y educación sobre abuso sexual infantil, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal. El número de sesiones dedicadas a cada uno de estos componentes y el orden de aplicación son flexibles, con el fin de que el terapeuta pueda diseñar la terapia que mejor satisfaga las necesidades del niño. A menudo, el trabajo se puede programar de manera que aparezca más de un componente durante las mismas sesiones.

### **Módulo 1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento**

Este componente de la terapia se centra, fundamentalmente, en el entrenamiento de la expresión emocional, el afrontamiento cognitivo y la relajación, ya que estas habilidades pueden ser especialmente útiles para afrontar los pensamientos y sentimientos que pueden haberse experimentado durante el curso del abuso. Sin embargo, en función de las necesidades del niño, el terapeuta también puede optar por incorporar otras intervenciones de construcción de habilidades en esas sesiones (por ejemplo, solución de problemas y/o entrenamiento en habilidades sociales).

#### ***Habilidades de expresión emocional***

El terapeuta puede iniciar el trabajo *desarrollando un vocabulario para designar las emociones*, primero estableciendo y luego ampliando el vocabulario emocional del niño. Aunque las víctimas experimentan con frecuencia un amplio rango de emociones, puede que no tengan las palabras que les permitan etiquetarlas. Después de asegurarse de que el niño ya tiene un vocabulario básico sobre las emociones, puede centrarse en el desarrollo de habilidades que le permitan *identificar con exactitud distintas emociones de otras personas*. Estos ejercicios se pueden llevar a cabo de distintas maneras. Los más pequeños pueden aprender a identificar señales faciales de las emociones imaginando cuáles son los sentimientos que el terapeuta está representando cuando dibuja una serie de caras. Fotografías, imágenes y muñecos se pueden utilizar

también para identificar y etiquetar emociones. Por último, algunos pueden disfrutar leyendo una historia sobre otros niños que expresan sus sentimientos. Para que aprendan a identificar las emociones de otras personas, el terapeuta les puede enseñar la frase «mira, escucha, pregunta». Se les explica que el primer paso para aprender cómo se siente alguien es mirar su cara y escuchar su voz y sus palabras. Sin embargo, como puede producirse una percepción errónea de las emociones, lo mejor sería preguntarle directamente a esa persona cómo se siente.

El terapeuta debería también enseñarle a *identificar sus propias emociones*, dada la tendencia de las víctimas a no expresarlas. Es importante aclarar que no hay sentimientos correctos o incorrectos. Para fortalecer la conciencia e identificación de sus emociones se le puede animar para que discuta situaciones reales y personales (aunque no necesariamente relacionadas con el abuso) que le hayan producido distintas emociones (alegría, tristeza, orgullo, preocupación, vergüenza, excitación, etc.). Cuando ya haya tomado conciencia de sus emociones y se sienta cómodo hablando de ellas, el terapeuta puede centrarse en el *desarrollo de medios apropiados para expresarlas*. En principio, se le puede pedir al niño que diga de qué manera podrían expresarse distintas emociones como la tristeza, la cólera, la alegría, el miedo, el amor o la preocupación. Puede describir tanto formas adaptativas como desadaptativas de responder a diferentes sentimientos. Si menciona métodos desadaptativos de afrontamiento, se le anima para que piense en otras formas de afrontamiento. Después de comentar las estrategias de afrontamiento utilizadas con distintas emociones, el terapeuta puede enfatizar la importancia de compartir los sentimientos con los demás. En este tipo de entrenamiento, se puede utilizar la representación de papeles o muñecos para representar una situación sobre una determinada emoción.

Al comentar la expresión de las emociones, suele ser de utilidad dedicar algún tiempo a discutir sobre el *afrontamiento de la cólera*, tanto por tratarse de una emoción experimentada normalmente como por el hecho de que su expresión inapropiada puede resultar especialmente problemática. Lo más adecuado sería estimular al niño para que trabaje en

resolver, de manera apropiada, la situación que provocó la cólera y, cuando no sea posible, se le puede estimular para que explore y exprese su cólera a través de una serie de actividades terapéuticas (por ejemplo, mediante la discusión o el dibujo). La finalidad de este ejercicio es permitirle conocer mejor sus sentimientos y que no se obsesione con la cólera. Se le puede estimular para que utilice estrategias de afrontamiento cognitivo (descritas en la sección siguiente) con objeto de sustituir los pensamientos provocadores de cólera por pensamientos reductores de esa emoción. También se le puede enseñar a controlar su cólera respirando hondo, utilizando técnicas de relajación, haciendo ejercicio o distrayéndose con otras actividades. Es importante que el niño y sus padres comprendan que el objetivo no es eliminar el sentimiento normal de cólera que pueda estar experimentando, sino evitar que se obsesione y/o lo exprese de un modo que pueda perjudicarlo.

De manera gradual pero intencionada, el terapeuta puede ir pasando de la discusión de los sentimientos despertados por diversas cuestiones a la *discusión de las emociones relacionadas con la experiencia de abuso sexual*. Puede ayudar al niño a que exprese los sentimientos que experimentó durante y después del abuso, durante la investigación y actualmente, cuando piensa sobre lo que le ocurrió. Es especialmente importante estimular una discusión sobre sentimientos confusos o ambivalentes, ya que muchos niños abusados sexualmente los experimentan.

### ***Habilidades de afrontamiento cognitivo***

Los esfuerzos que realizan las víctimas por encontrarle un sentido a las experiencias sufridas se reflejan en sus pensamientos que, a su vez, constituyen la base sobre la que se desarrollan sus puntos de vista y sistemas de creencias. El terapeuta debe comenzar el afrontamiento cognitivo explicándole al niño la *interrelación que existe entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta*. A continuación debe explicarle que, en gran medida, podemos controlar nuestros pensamientos y, por consiguiente, nuestros sentimientos. Que puede optar por pensar sobre una determinada situación en términos

positivos, optimistas y que estos pensamientos provocarán unos sentimientos positivos. Una vez modelado el proceso, se le pide que aplique lo aprendido a un ejemplo, y demuestre cómo diferentes pensamientos sobre una misma situación pueden llevar a sentimientos distintos.

Cuando entienda ya que es posible pensar sobre una misma situación de distintas maneras, habrá que comenzar a enseñarle *la forma de cambiar los pensamientos negativos*, improductivos, por otros pensamientos más optimistas que lleven a emociones más positivas. El terapeuta puede explicarle detenidamente que el proceso de cambiar los pensamientos y las emociones es una habilidad que hay que practicar si se quiere utilizar con eficacia. Recurriendo a ejemplos ficticios, debe enseñarle a formular pensamientos sustitutos positivos que reemplacen a los pensamientos negativos, disfuncionales. A continuación, el terapeuta debe *animarlo a cuestionarse sus propios pensamientos negativos* (aunque no tienen por qué ser necesariamente los relacionados con el abuso sexual), reemplazándolos por otros más positivos, optimistas.

Una vez que el niño ha desarrollado un cierto nivel de habilidad para identificar y reconocer pensamientos en general y ha llegado a sentirse más cómodo cuando se enfrenta a los recuerdos del abuso, entonces es cuando se puede comenzar a provocar pensamientos relacionados con el abuso (algo difícil a veces, especialmente con víctimas que presentan síntomas de estrés postraumático y evitan estos pensamientos). Esto se suele hacer mejor en el contexto de la exposición gradual, estimulándolo poco a poco para que identifique sentimientos relacionados con el abuso y los pensamientos en que se sustentan. La exactitud y utilidad de los pensamientos se puede evaluar mejor después, durante los ejercicios de procesamiento. Entonces el terapeuta puede enseñarle a cuestionarse los pensamientos negativos relacionados con el abuso.

### ***Entrenamiento en habilidades de relajación***

En el caso de las víctimas que presentan un elevado nivel de ansiedad y que evitan comentar sus experiencias de abusos, puede serles de gran ayuda

el entrenamiento en habilidades de relajación. Estas habilidades les pueden proporcionar a los niños un mayor sentimiento de control sobre la ansiedad que temen van a experimentar al enfrentarse a los recuerdos de su abuso. En general, habría que estimular la práctica de ejercicios de relajación dos veces al día en casa y en situaciones diferentes.

El terapeuta también puede hacer que utilice las habilidades de relajación al comienzo de una sesión de exposición gradual que el niño espere con notable ansiedad. Por otra parte, las habilidades de relajación se pueden utilizar dentro de un paradigma más parecido al de la desensibilización sistemática, en el que se induce un estado de relajación emparejándolo con una imagen de la experiencia abusiva que le provoque especial ansiedad. Sin embargo, el terapeuta debe ser consciente de la posibilidad de que el niño pueda utilizar las habilidades de relajación como un medio para evitar el trabajo de la exposición gradual. Por consiguiente, puede ser preferible no interrumpir el trabajo de la exposición gradual para aplicar ejercicios de relajación, a no ser que parezca que no haya otro medio de continuar con la misma.

## **Módulo 2. Exposición gradual y procesamiento cognitivo y afectivo**

El objetivo de la exposición gradual es ir exponiendo a la víctima de manera gradual a los pensamientos, recuerdos y otros elementos de la experiencia abusiva hasta que llegue a tolerar esos recuerdos sin experimentar un estrés emocional significativo y no tenga ya que evitarlos. Cuando llegue a sentirse más relajado al comentar los abusos sufridos, estará en condiciones de proceder al procesamiento cognitivo y afectivo, procesamiento durante el cual el terapeuta le ayudará a corregir las concepciones equivocadas que pueda tener sobre el abuso, a fortalecer su comprensión cognitiva del mismo y a clarificar sus respuestas emocionales.

Para que la exposición gradual tenga éxito hay que estimular al niño para que aguante cierto nivel de ansiedad y estrés antes de conseguir el objetivo de sentirse mejor. Cuando comience a mostrar señales de estrés, la experiencia del terapeuta puede aconse-

jarle echarse atrás o darle un respiro de varias sesiones. Sin embargo, ésta es una respuesta empática que resultará contraproducente para el proceso de exposición gradual. En todas las sesiones la exposición debe continuar hasta que resulte evidente una cierta disminución de la ansiedad (es decir, el niño informa que no siente más que un ligero malestar). Cuando la reducción de la ansiedad ha sido insuficiente, el terapeuta puede introducir estrategias de afrontamiento como la relajación, afirmaciones de afrontamiento cognitivo o imágenes de que se afronta con éxito la situación temida.

Durante la evaluación, incluida la entrevista sobre los alegatos de abuso sexual, el terapeuta debe obtener información sobre los miedos a estímulos relacionados con el abuso y sobre los patrones de evitación (situaciones u objetos específicos que el niño evite o que le provoquen estrés, pensamientos o recuerdos aversivos). Esta información será la que guíe el diseño del plan de tratamiento de exposición gradual, un proceso que deberá comenzar con las señales que provoquen menos miedo para ir pasando a estímulos cada vez más difíciles.

En la práctica totalidad de los casos, habría que explicar a la víctima el plan general de las sesiones de exposición gradual. Se le debe comentar también que la terapia es un trabajo duro y que en ocasiones se le pedirá que hable sobre cosas que le resultan perturbadoras. Además, debe enfatizar que el trabajo merecerá la pena porque va a hacer que se sienta mejor y que no experimente tanto estrés cuando se enfrente a los recuerdos del abuso.

### ***Proceso y modos de exposición gradual***

Los niños abusados sexualmente a menudo parecen encontrar más fácil hablar sobre el abuso sexual en abstracto que hablar sobre su experiencia personal. Por consiguiente, puede ser más adecuado comenzar la exposición gradual con una serie de *preguntas y respuestas sobre el abuso sexual infantil*. Antes de darles las respuestas de las cuestiones que se planteen sería conveniente oír las de los ellos, tanto porque les puede resultar estimulante ver confirmados sus pensamientos y creencias como porque el terapeuta necesita identificar sus

concepciones erróneas. Esta información educativa sobre el abuso sexual infantil se puede utilizar para educar, conseguir una exposición gradual y ayudar al procesamiento cognitivo, dependiendo del momento de la terapia en que se suministre. Cuando el niño haya demostrado ya un cierto dominio en los ejercicios iniciales de exposición gradual (discusiones generales sobre el abuso sexual infantil o sobre el agresor), entonces será el momento de pasar a una discusión más específica de la propia experiencia abusiva, avanzando desde experiencias mínimamente estresantes a otras más estresantes. Este trabajo más personalizado se puede comenzar con la discusión sobre su experiencia de la revelación para, a partir de ese punto, avanzar hacia el episodio abusivo menos estresante.

Aunque las sesiones de exposición deben ser directivas y estructuradas, el terapeuta puede ofrecer una variedad de métodos de exposición de entre los cuales elegir. Aunque las discusiones verbales de las experiencias abusivas suelen ser el primer modo de exposición gradual, existen otros modos alternativos que pueden ayudar a obtener la cooperación del niño y romper su resistencia y evitación, suministrándole una sensación de control y haciendo el trabajo terapéutico más ameno. Entre dichos modos se encuentran la *reexperimentación con materiales de juego* (revive sus experiencias abusivas con muñecos o juguetes), *utilización de productos creativos* (dibujo, pintura, narración), *la visualización* (debe recordar detalles sensoriales específicos de la experiencia abusiva) y la *exposición en vivo*, algunos de cuyos ejercicios se pueden asignar como trabajo en casa, procurando implicar a los padres en los mismos.

Para superar la posible resistencia del niño al proceso de exposición gradual se pueden adoptar diversas medidas. En primer lugar, permitirle elegir el modo, momento o duración de la presentación/discusión. En segundo lugar, presentar estímulos relacionados con el abuso que sean ligeramente menos provocadores de ansiedad: se puede dar un paso hacia atrás en la jerarquía de exposición gradual y pasar a discutir un episodio o un aspecto de la experiencia abusiva que sea menos difícil. Es útil también estimular el empleo de habilidades de afrontamiento en el proceso de exposición gradual. En el caso de un niño altamente evitador,

el terapeuta puede pedirle que identifique los pensamientos y emociones que experimenta cuando discute sobre el abuso. A menudo, los pensamientos de la víctima están contribuyendo al estrés emocional que subyace a su conducta de evitación. Por último, es conveniente recordarle las razones del tratamiento.

### *Procesamiento cognitivo y afectivo*

El procesamiento cognitivo y afectivo de la experiencia abusiva es un factor fundamental para la adaptación. Aunque compartir sus pensamientos y sentimientos sobre el abuso es terapéutico en y por sí mismo, el procesamiento también suministra a los niños abusados sexualmente la oportunidad de explorar más a fondo, clarificar y corregir pensamientos disfuncionales acerca del abuso sexual, así como clarificar y resolver sus sentimientos a menudo conflictivos y confusos acerca de su experiencia. Estos pensamientos y sentimientos acerca del abuso sexual y sus consecuencias pueden influir de manera significativa en la imagen de sí mismo y en su estilo de afrontamiento cognitivo.

Los pensamientos, sentimientos y sensaciones producidos durante la exposición gradual se pueden procesar de distintas maneras, mediante ejercicios de habilidades cognitivas de afrontamiento, educación con respecto al abuso sexual infantil y representación de papeles. En este último procedimiento, los niños pueden elegir hacer de sí mismos o bien el papel de alguna otra persona (por ejemplo, asumir el de un psicólogo que es el invitado de un programa de radio al que llaman para pedir consejo sobre sus propias experiencias de abuso sexual). Con los mayores se pueden utilizar estrategias cognitivas, como detener los pensamientos disfuncionales, mientras que a los pequeños se les puede estimular para que utilicen autoverbalizaciones positivas que reemplacen sus pensamientos negativos. A continuación pasamos a describir algunas de las áreas más comunes de las cogniciones desadaptativas que se deberían identificar y abordar en la terapia.

- *Atribuciones del abuso.* Muchos niños se sienten confundidos, cognitiva y afectivamente, por las causas del abuso y su respon-

sabilidad. Por consiguiente, es importante que el terapeuta aborde las cuestiones de la responsabilidad y las explicaciones del abuso y de los sentimientos de la víctima con respecto al perpetrador. Muchos se atribuyen erróneamente la responsabilidad a sí mismos o a otra persona inocente (por ejemplo, a su madre cuando ésta no ha tenido nada que ver). Es muy importante clarificar estas interpretaciones equivocadas, debiendo dejar muy claro que el abuso siempre es responsabilidad del perpetrador y no del niño. Habría que pedirle también que explicara por qué, según él, fue abusado por el individuo adulto. Antes de dar una explicación, el terapeuta debe analizar la explicación ofrecida, alabando y estimulando sus esfuerzos por procesar la experiencia. Finalmente, cuando el autor de los abusos es un progenitor o un adulto de su confianza, los niños pueden sentirse confundidos por sus sentimientos hacia esa persona. El terapeuta puede ayudarles a separar sus sentimientos sobre el abuso de los sentimientos que tengan con respecto al perpetrador. También puede ser de ayuda hacerles ver la diferencia entre el carácter global del perpetrador y su conducta abusiva.

- *Reacciones sociales.* Otra área muy importante a analizar durante el procesamiento cognitivo es cómo percibe la víctima la reacción de los demás ante el descubrimiento o la revelación del abuso sexual. Por desgracia, muchos niños observan en los otros reacciones altamente emocionales o de incredulidad, o ambas cosas, cuando revelan los abusos sufridos. La interpretación que realiza de esas reacciones puede influir de manera significativa en su comprensión del abuso, en la imagen de sí mismos y en su capacidad para confiar en los demás.
- *Sexualidad.* Los niños abusados sexualmente a menudo tienen una información distorsionada sobre el sexo y la sexualidad. El abuso sexual puede interrumpir de manera significativa el proceso normal de desarrollo psicosexual, de manera que al final del tratamiento se

suele incluir la educación sexual, a menudo como una cuestión inicial de las sesiones conjuntas entre padres-hijo. No obstante, en el caso de niños con un alto nivel de ansiedad y de evitación, se puede incluir la educación sexual en un momento anterior, como un componente de la exposición gradual. Con todas las víctimas y a lo largo de la terapia es importante ayudarlas a identificar, expresar y procesar sus pensamientos y sentimientos con respecto a la sexualidad. El terapeuta debe estimular la comunicación abierta sobre la sexualidad, animando al niño a explorar sus pensamientos y sentimientos sobre la imagen corporal, las partes del cuerpo, besar, abrazar, y sobre el sexo y la sexualidad en general. Como las actitudes de los padres hacia la sexualidad y la educación sexual pueden variar considerablemente, es importante conseguir sus puntos de vista y colaborar con ellos a la hora de planificar estas sesiones. Durante las discusiones llevadas a cabo en el procesamiento, el objetivo debe ser obtener, identificar y corregir las distorsiones cognitivas acerca del sexo que la víctima pueda haber desarrollado como resultado del abuso. Discusiones sobre la sexualidad saludable y la activación sexual pueden también ayudar a aliviar la confusión que algunos (p. ej, los varones) experimentan sobre su identidad sexual.

### **Módulo 3. Educación sobre el abuso sexual infantil, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal**

El último componente terapéutico, la educación sexual y las habilidades de seguridad personal, debería proporcionarse a lo largo del tratamiento, en momentos en los que el niño pueda utilizarlo de manera más eficaz.

#### ***Educación sobre el abuso sexual infantil y una sexualidad sana***

Es importante ofrecer una información básica sobre el abuso sexual infantil, de manera que pueda

entender mejor su experiencia y corregir falsas concepciones que haya desarrollado. Esta información se puede suministrar como una introducción al trabajo de exposición gradual; además, debería aportarse como algo necesario para poder cuestionar los pensamientos disfuncionales durante los ejercicios de afrontamiento cognitivo. Por último, se debería volver a revisar la información básica sobre el abuso sexual infantil durante el entrenamiento en habilidades de seguridad personal, dirigidas a ayudar al niño a identificar y responder con eficacia a los tocamientos sexuales inapropiados.

Además de que aprenda lo que son tocamientos sexuales inapropiados, también es importante enseñarle lo que constituye una sexualidad sana y tocamientos sexuales apropiados. Esta educación habría que planificarla con los padres para que fuera apropiada a su nivel evolutivo. Siempre que sea posible esta información, se debería presentar durante las sesiones conjuntas entre padres-hijo.

### *Habilidades de seguridad personal*

El entrenamiento en habilidades de seguridad personal, que se puede incluir en distintos momentos de la terapia, tiene como objetivo ayudar a los niños a identificar y responder con eficacia a tocamientos sexuales inapropiados que se puedan producir en el futuro. En el caso de algunos muy ansiosos, este componente educativo se puede incluir en un momento bastante temprano del tratamiento, ya que no produce una ansiedad excesiva y suele ser fácilmente tolerable. No obstante, lo normal es posponer la enseñanza de las habilidades de seguridad personal hasta que la exposición gradual haya dado a la víctima la oportunidad de reconocer totalmente lo que hizo y no hizo en respuesta al abuso sufrido. En muchos casos esta educación se puede incluir en las primeras sesiones conjuntas entre padres-hijo, en el contexto de los trabajos asignados para el hogar y bajo la guía del terapeuta.

La investigación empírica sugiere que los niños retienen mejor estas habilidades cuando en su enseñanza se utilizan el modelado, la repetición y, mejor aún, el ensayo de la conducta. Son varios los ele-

mentos principales que se deben incluir en el entrenamiento en habilidades de seguridad personal. En primer lugar, tienen que disponer del vocabulario y de las *habilidades de comunicación* necesarias para discutir y revelar el abuso sexual, si se presenta; es importante que aprendan palabras que designen a todas sus partes corporales, incluidos los órganos sexuales. Asimismo, se les debe dar una información básica sobre su *derecho a disponer de su propio cuerpo*. Habría que enseñarles también a distinguir entre *tocamientos apropiados e inapropiados*. Resulta útil comenzar la discusión sobre habilidades de seguridad personal enseñándoles que tienen *derecho a decir «no»* cuando alguien les está tocando de una manera que no es correcta. A todos habría que enseñarles que pueden decir que no, incluso a un adulto, si el adulto está haciendo algo que ellos piensan que es incorrecto.

Otra habilidad de seguridad consiste en enseñarle al niño a *abandonar la situación*, dejando al individuo que está realizando los tocamientos inapropiados y yéndose a algún lugar donde haya otras personas, si es posible. Debe enfatizar que, incluso cuando no es posible abandonar la situación de manera inmediata, siempre que tenga la oportunidad debería *contarle a alguien la experiencia*. También habría que aclararle lo que puede significar *mantener secretos*. Los niños mayores generalmente pueden entender la diferencia entre secretos apropiados e inapropiados, de manera que se puede acentuar la importancia de revelar secretos inapropiados. En el caso de los pequeños, puede ser preferible explicar la distinción entre sorpresas y secretos. Por último, cuando se trabaja con víctimas que pueden volver a tener contacto con el perpetrador, es importante prepararlos con *entrenamiento en habilidades de seguridad personal centradas específicamente en ese perpetrador*.

#### 5.2.2. *Intervención con los progenitores no implicados en los abusos sexuales*

La intervención con los padres no implicados en los abusos persigue un triple objetivo. En primer

lugar, ayudarles a afrontar sus propias reacciones emocionales, de manera que puedan apoyar mejor a sus hijos. Por otra parte, se pretende educarlos sobre la manera o maneras de iniciar y mantener una comunicación abierta con el niño acerca de la experiencia abusiva, así como sobre experiencias relacionadas con la sexualidad sana. Por último, se busca dotar a los padres de habilidades para el manejo del comportamiento, ayudándoles así a actuar adecuadamente con las dificultades conductuales que pueda presentar el hijo como resultado del abuso. Teniendo en cuenta estos objetivos, la intervención se realiza por medio de tres módulos.

### **Módulo 1. Educación/afrontamiento**

El objetivo fundamental del primer módulo es ayudar a los padres a afrontar sus reacciones emocionales cuando descubren que su hijo ha sido abusado sexualmente. A través de un modelo cognitivo de terapia, se les enseña a combatir los pensamientos disfuncionales que pueden provocarles unas reacciones emocionales negativas, aportándoles información exacta sobre el abuso sexual infantil. Por ejemplo, los posibles sentimientos de culpabilidad de los progenitores no involucrados en los abusos sexuales se mitigan informándoles de la prevalencia del abuso sexual infantil y de la naturaleza de las relaciones sexualmente abusivas. Además, al discutir las consecuencias del abuso sexual, el terapeuta enfatiza el papel esencial que los padres pueden jugar en la adaptación a largo plazo de sus hijos. A lo largo de todo el módulo, se les repite a los padres que son la mejor fuente de apoyo del niño, insistiendo en la importancia de que desarrollen unas estrategias de afrontamiento eficaces, tanto para el bienestar de sus hijos como para el de ellos mismos.

### **Módulo 2. Comunicación, modelado y exposición gradual**

El objetivo de este módulo es ayudar a los padres a iniciar y mantener una comunicación abierta con su hijo, especialmente en lo concerniente al abuso sexual. En primer lugar, se les explican

las razones por las que es importante hablarle abiertamente sobre el abuso sexual y la sexualidad en general. Además de hacerles estos razonamientos, el terapeuta debe conversar con ellos sobre la posible tendencia a evitar hablar y pensar acerca de las cuestiones relacionadas con el abuso y el impacto negativo que esta evitación puede tener en la adaptación. Seguidamente se les debe informar de las técnicas que pueden utilizar para desarrollar una comunicación abierta. Más concretamente, se les concientia para que vayan exponiendo gradualmente al niño a discusiones relacionadas con el abuso sufrido, comenzando con una educación general sobre el abuso sexual infantil y las habilidades de seguridad corporal, y progresando, posteriormente, hacia discusiones acerca de sus pensamientos y sentimientos relacionados con el incidente abusivo. Antes de comenzar a hablar con la víctima, hay que animar a los padres para que afronten sus relaciones emocionales personales. Se les da también una guía sobre cómo proporcionar una educación sexual apropiada a la edad del hijo y sobre la manera de estimular una sexualidad saludable.

En este módulo se emplea la discusión interactiva, el modelado y la representación de trabajos para preparar a los padres a la exposición gradual con el niño y para que aborden las preocupaciones específicas sobre el abuso sexual. El terapeuta debe estructurar estas sesiones para que cubran las siguientes áreas: iniciación del proceso de exposición gradual, expresión de sentimientos y pensamientos, estimulación de preguntas y ofrecimiento de retroalimentación terapéutica, superación de la conducta de evitación relacionada con el abuso e inicio y mantenimiento de una comunicación abierta sobre el abuso sexual, así como sobre la sexualidad en general.

### **Módulo 3. Habilidades de manejo de la conducta del niño**

El objetivo de este módulo es que los padres aprendan principios conductuales que les lleven a mejorar su comprensión y manejo de las conductas problemáticas de los niños. Esto puede repercutir beneficiosamente en los niños por varias razones. Si los



padres aprenden nuevos métodos de respuesta adecuada a la conducta del hijo, éste interactuará más positivamente con ellos y con los demás. Además, al suministrar unas consecuencias lógicas, consistentes, a las conductas del niño, tanto positivas como negativas, le están proporcionando un ambiente en el que puede experimentar un mayor sentimiento de control. Las reglas claras y las consecuencias consistentes permiten al hijo saber, antes incluso de implicarse en una conducta, que a ese comportamiento le van a seguir unas determinadas consecuencias, incrementando así su sentimiento de control sobre el ambiente. La cuestión del control es especialmente importante para estos niños que han vivido una experiencia traumática que escapaba a su control. Así pues, enseñar a los padres a proporcionar este tipo de ambiente tiene un beneficio terapéutico para la víctima.

El terapeuta debe ayudar a desmitificar las dificultades que presentan los niños como consecuencia de los abusos sexuales, explicándoles a los padres su desarrollo y mantenimiento desde la perspectiva del aprendizaje social. Utilizando esta perspectiva, se les ayuda a comprender las conductas positivas, negativas y relacionadas con el abuso sexual que presenta el niño y a identificar las consecuencias que motivan el comportamiento del hijo. Una vez que hayan aprendido a conceptualizar los problemas en términos de antecedentes y consecuentes, se les enseña a manejar esas conductas problemáticas mediante el refuerzo, la atención diferencial y el tiempo fuera. Los padres deben tener la oportunidad de practicar estas habilidades en las sesiones de grupo mediante la representación de papeles antes de aplicarlas en el hogar con su hijo. Además, cada semana se les asigna trabajo para casa con el fin de que puedan practicar las habilidades que están aprendiendo. Los trabajos para casa se revisan semanalmente para poder darles una retroalimentación positiva y constructiva. Aunque a todos los padres se les enseñan todas las habilidades, se debe estimular a cada padre en particular para que utilice las técnicas que sean más eficaces a la hora de aliviar las dificultades concretas que presente su hijo.

## 6. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

El abuso sexual infantil es un tema de candente actualidad y en el que los psicólogos tienen una clara función de ayuda. A lo largo del presente capítulo se han expuesto algunas de las características básicas del abuso sexual infantil, sus efectos a corto plazo y factores ambientales que ayudan u obstaculizan el afrontamiento por parte del niño de la situación de abuso. Posteriormente, se ha abordado la evaluación de la posible existencia de un abuso sexual, incluyendo algunas de las estrategias a utilizar para dicha evaluación. Finalmente, se ha descrito con cierto detalle un programa de intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de los niños que han sufrido abusos sexuales. A lo largo de la exposición, hemos podido ver la importancia actual del tema, así como muchos de los problemas con los que se encuentra el campo. No obstante, dado el creciente interés que el tema está despertando entre los psicólogos y los profesionales de otras áreas, es posible que en los próximos años veamos un notable incremento de la información disponible sobre el abuso sexual infantil.

## REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991a): *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b): *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c): *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Banyard, V. L. y Williams, L. M. (1996): Characteristics of child sexual abuse as correlates of women's adjustment: A prospective study. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 853-865.
- Beitchman, J. H.; Zucker, K. J.; Hood, J. E.; daCosta, G. A.; Akman, D. y Cassavia, E. (1992): A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.

- Berliner, L. y Conte, J. R. (1995): The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 19, 371-384.
- Berliner, L. y Elliott, D. M. (1996): Sexual abuse of children. En J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny y T. Reid (dirs.), *The APSAC handbook on child maltreatment*. Londres: Sage.
- Berliner, L. y Saunders, B. E. (1996): Treating fear and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled 2-year follow-up study. *Child Maltreatment*, 1, 294-309.
- Bolton, M. R.; Morris, L. A. y MacEachron, A. E. (1989): *Males at risk: The other side of child sexual abuse*. Londres: Sage.
- Bottoms, B. L. y Goodman, G. S. (dirs.) (1996): *International perspectives on child abuse and children's testimony: Psychological research and Law*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bradford, R. (1994): Developing an objective approach to assessing allegations of sexual abuse. *Child Abuse Review*, 3, 93-101.
- Bradley, A. R. y Wood, J. M. (1996): How do children tell? The disclosure process in child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 20, 881-891.
- Briere, J. y Runtz, M. (1993): Childhood sexual abuse: Long-term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 312-330.
- Briere, J. y Elliott, D. M. (1993): Sexual abuse, family environment, and psychological symptoms: On the validity of statistical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 284-288.
- Bruck, M.; Ceci, S. J. y Hembrooke, H. (1998): Reliability and credibility of young children's reports. From research to policy and practice. *American Psychologist*, 53, 136-151.
- Ceci, S. J. y Bruck, M. (1993): The suggestibility of the child witness: A historical review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 113, 403-439.
- Ceci, S. J. y Bruck, M. (1995): *Jeopardy in the courtroom: A scientific analysis of children's testimony*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1997): A treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1228-1235.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1998): Interventions for sexually abused children: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 3, 17-26.
- Cortés Arboleda, M. R. y Cantón Duarte, J. (1998): Consecuencias del abuso sexual infantil. En J. Cantón Duarte y M. R. Cortés Arboleda, *Malos tratos y abuso sexual infantil. Causas, consecuencias e intervención*. Madrid: Siglo XXI.
- Coulborn-Faller, K. y Corwin, D. L. (1995): Children's interview statements and behaviors: Role in identifying sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 19, 71-82.
- Deblinger, E. y Hefflin, A. H. (1996): *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deblinger, E.; Lippmann, J. y Steer, R. (1996): Sexually abused children suffering Posttraumatic Stress Symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1, 310-321.
- DeJong, A. R. (1992): Medical detection and effects of the sexual abuse of children. En W. O'Donohue y J. Geer (dirs.), *The sexual abuse of children, vol. 2, Clinical issues*. Nueva York: Erlbaum.
- De Luca, R. V.; Boyes, D. A.; Grayston, A. D. y Romano, E. (1995): Sexual abuse: Effects of group therapy on preadolescent girls. *Child Abuse Review*, 4, 263-277.
- De Paúl, J.; Arruabarrena, M. I.; Torres, B. y Muñoz, R. (1995): La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Gipuzkoa. *Infancia y aprendizaje*, 71, 49-58.
- Farrell, S. P.; Hains, A. A. y Davies, W. H. (1998): Cognitive behavioral interventions for sexually abused children exhibiting PTSD symptomatology. *Behavior Therapy*, 29, 241-255.
- Feiring, C.; Taska, L. y Lewis, M. (1998a): The role of shame and attributional style in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Maltreatment*, 3, 129-142.
- Feiring, C.; Taska, L. y Lewis, M. (1998b): Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 240-260.
- Fergusson, D. M.; Lynskey, M. T. y Horwood, L. J. (1996): Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in young adulthood: Part I. The prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1355-1364.
- Finkelhor, D. (1993): Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 17, 67-70.

- Finkelhor, D. (1995): The victimization of children: A developmental perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 177-193.
- Finkelhor, D. y Berliner, L. (1995): Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408-1423.
- Friedrich, W. N.; Grambsch, P.; Broughton, D.; Kuiper, J. y Beilke, R. L. (1991): Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88, 456-464.
- Geiselman, R. E. y Fisher, R. P. (1992): *Memory-enhancing techniques for investigative interviewing: The cognitive interview*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Gomes-Schwartz, B.; Horowitz, J. M.; Cardarelli, A. P. y Sauzier, M. (1990): The aftermath of child sexual abuse: 18 months later. En B. Gomes-Schwartz, J. M. Horowitz y A. P. Cardarelli (dirs.), *Child sexual abuse: The initial effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Green, A. (1993): Child sexual abuse: Immediate and long-term effects and intervention. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 890-902.
- Halperin, D. S.; Bovier, P.; Jaffe, P. D.; Mounoud, R.; Pawlak, C. H.; Laederach, J.; Rey Wicky, H. y Astie, F. (1996): Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: Results of a cross-sectional survey. *British Medical Journal*, 312, 1326-1329.
- Henry, J. (1997): System intervention trauma to child sexual abuse victims following disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 499-512.
- Heriot, J. (1996): Maternal protectiveness following the disclosure of intrafamilial child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 181-194.
- Himelein, M. J. y McElrath, A. V. (1996): Resilient child sexual abuse survivors: Cognitive coping and illusion. *Child Abuse and Neglect*, 20, 747-758.
- Home Office (1992): *Memorandum of good practice on video recorded interviews with child witnesses for criminal proceedings*. Londres: HMSO.
- Inglès, A. (1995): Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre los malos tratos infantiles en Cataluña. *Infancia y aprendizaje*, 71, 23-32.
- Jiménez, J.; Moreno, M. C.; Oliva, A.; Palacios, J. y Saldaña, D. (1995): *El maltrato infantil en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. y Finkelhor, D. (1993): Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Koverola, C.; Proulx, J.; Battle, P. y Hanna, C. (1996): Family functioning as predictors of distress in revictimized sexual abuse survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 263-280.
- Lamb, M. E. (1994): The investigation of child sexual abuse: An interdisciplinary consensus statement. *Child Abuse and Neglect*, 18, 1021-1028.
- López, F.; Hernández, A. y Carpintero, E. (1995): Los abusos sexuales de menores: Concepto, prevalencia y efectos. *Infancia y aprendizaje*, 71, 77-98.
- Luster, T. y Small, S. A. (1997): Sexual abuse history and problems in adolescence: Exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 131-142.
- Lynskey, M. T. y Fergusson, D. M. (1997): Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1177-1190.
- Mannarino, A. P.; Cohen, J. A.; Smith, J. A. y Moore-Motily, S. (1991): Six and twelve month follow-up of sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 494-511.
- Mannarino, A. P. y Cohen, J. A. (1996a): Abuse-related attributions and perceptions, general attributions, and locus of control in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 162-180.
- Mannarino, A. P. y Cohen, J. A. (1996b): A follow study of factors that mediate the development of psychological symptomatology in sexually abused girls. *Child Maltreatment*, 1, 246-260.
- McGain, B. y McKinzey, R. K. (1995): The efficacy of group treatment in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1157-1169.
- McMillen, C. y Zuravin, S. (1997): Attributions of blame and responsibility for child sexual abuse and adult adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 30-48.
- Moreno, M. C.; Jiménez, J.; Oliva, A.; Palacios, J. y Saldaña, D. (1995): Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 33-47.
- Nagel, D. E.; Putnam, F. W.; Noll, J. G. y Trickett, P. K. (1997): Disclosure patterns of sexual abuse and psychological functioning at a 1-year follow-up. *Child Abuse and Neglect*, 21, 137-147.

- Neuman, D. A.; Houskamp, B. M.; Pollock, V. I. y Briere, J. (1996): The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment, 1*, 6-16.
- Oates, R. K.; O'Toole, B. I.; Lynch, D. L.; Stern, A. y Cooney, G. (1994): Stability and change in outcomes for sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 945- 953.
- O'Donohue, W. y Elliott, A. N. (1991): A model for the clinical assessment of the sexually abused child. *Behavioral Assessment, 13*, 325-339.
- Quay, H. E. y Peterson, D. R. (1987): *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. Coral Gables, FL: University of Miami.
- Raskin, D. C. y Esplin, P. W. (1991): Assessment of children's statements of sexual abuse. En J. Doris (dir.), *The suggestibility of children's recollections*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ray, K. Ch. y Jackson, J. L. (1997): Family environment and childhood sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 3-17.
- Reed, L. D. (1996): Findings from research on children's suggestibility and implications for conducting child interview. *Child Maltreatment, 1*, 105-120.
- Saldaña, D.; Jiménez, J. y Oliva, A. (1995): El maltrato infantil en España: Un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje, 71*, 59-68.
- Spaccarelli, S. (1994): Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin, 116*, 340-362.
- Spaccarelli, S. y Fuchs, C. (1997): Variability in symptom expression among sexually abused girls: Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*, 24-35.
- Spaccarelli, S. y Kim, S. (1995): Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect, 19*, 1171-1182.
- Stauffer, L. B. y Deblinger, E. (1996): Cognitive behavioral groups for nonoffending mother and their young sexually abused children: A preliminary treatment outcome study. *Child Maltreatment, 1*, 65-66.
- Sturkie, K. (1992): Group treatment of child sexual abuse victims: A review. En William O'Donohue y James H. Geer (dirs.), *The sexual abuse of children: Clinical issues, vol. 2*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Toglia, M. P.; Ross, D. F.; Ceci, S. J. y Hembrooke, H. (1992): The suggestibility of children's memory: A social-psychological and cognitive interpretation. En M. L. Howe, C. J. Brainerd y V. F. Reyna (dirs.), *Development of long-term retention*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Trickett, P. K. y McBride-Chang, C. (1995): The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review, 15*, 311-337.
- U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect (1996): *Child maltreatment 1994: Reports from the states to the National Center on Child Abuse and Neglect*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect (1997): *Child maltreatment 1995: Reports from the states to the National Center on Child Abuse and Neglect*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Walker, A. G. (1994): *Handbook on questioning children: The linguistic perspective*. Washington, DC: American Bar Associations.
- Walker, A. G. y Warren, A. R. (1995): The language of the child abuse interview: Asking the question, understanding the answers. En T. Ney (dir.), *True and false allegations of child sexual abuse: Assessment and case management*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Wang, C. T. y Daro, D. (1996): *Current trends in child abuse reporting and fatalities: The results of the 1996 Annual Fifty State Survey*. Chicago: National Committee to Prevent Child Abuse.
- Warren, A. R. y Lane, P. (1995): The effects of timing and type of questioning on eyewitness accuracy and suggestibility. En M. Zaragoza (dir.), *Memory and testimony in the child witness*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Warren, A. R. y McGough, L. S. (1996): Research on children's suggestibility: Implications for the investigative interview. En B. L. Bottoms y G. S. Goodman (dirs.), *International perspectives on child abuse and children's testimony. Psychological research and law*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Waterman, J. (1993): Mediators of effects on children: What enhances optimal functioning and promotes healing? En J. Waterman, R. J. Kelly, J. McCord y M. K. Oliveri (dirs.), *Behind the playground walls: Sexual abuse in preschools*. Nueva York: Guilford.

- Waterman, J. y Lusk, R. (1993): Psychological testing in evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 17, 145-159.
- Wolfe, D.; Sas, L. y Wekerle, C. (1994): Factors associated with the development of post-traumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 37-50.
- Wolfe, V. V. y Gentile, C. (1992): Psychological assessment of sexually abused children. En W. O'Donohue y J. H. Geer (dirs.), *The sexual abuse of children: Clinical issues*, vol. 2. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wolfe, V. V.; Gentile, C.; Michienzi, T.; Sas, L. y Wolfe, D. A. (1991): The children's impact of traumatic events scale: a measure of post-sexual-abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment*, 13, 359-383.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleda, M. R. (1998): *Malos tratos y abuso sexual infantil: Causas, consecuencias e intervención*. Madrid: Siglo XXI.
- Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleda, M. R. (2000): *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide.
- Deblinger, E. y Hefflin, A. H. (1996): *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000): *Abuso sexual en la infancia: Víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.
- O'Donohue, W. y J. H. Geer (dirs.) (1992): *The sexual abuse of children: Clinical issues*, vol. 2. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.



**PARTE OCTAVA**  
**Movimientos/vocalizaciones**  
**anómalos**





# Características clínicas y tratamiento del trastorno de movimientos estereotipados y autolesivos

ANTONIO FERNÁNDEZ PARRA<sup>1</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde el momento de su nacimiento, los seres humanos muestran conductas de carácter repetitivo que consisten en movimientos del cuerpo, o partes del mismo, que se reproducen una y otra vez, aunque son tan frecuentes y habituales que muchos pasan desapercibidos (Jones, Walsh y Sturmey, 1995). Suelen aparecer en momentos de aburrimiento, estrés, cuando una persona intenta concentrarse en una tarea, e incluso como parte de actividades sociales, profesionales o deportivas (Jones, Walsh y Sturmey, 1995). Las conductas repetitivas pueden observarse en la práctica totalidad de los niños desde muy corta edad. De acuerdo con Kravitz y Boehm (1971) y Thelen (1979), conductas como el balanceo del cuerpo, de las manos y las piernas son presentadas por más del 90 por 100 de los niños durante su primer año de vida. La mayoría de estas acciones repetitivas se desarrollan a lo largo de los primeros meses de vida, aunque luego disminuye la frecuencia con la que aparecen, mientras que se incrementa su número con topografías o formas diferentes (Thelen, 1979).

Ciertas conductas repetitivas, como los movimientos bruscos y golpes con la cabeza durante la noche o en el momento de adormecerse, pueden llegar a producir daños o, al menos, ser consideradas por

los padres como peligrosas. Por esta razón, a pesar de ser habituales en niños menores de tres años, preocupan a los padres (Gordon, Schroeder y Hawk, 1992). Este tipo de acciones repetitivas, y otras que pueden producir daños o lesiones a quienes las emiten, aparecen también en un porcentaje de niños de corta edad que oscila entre el 7 y el 17 por 100, y desaparecen antes de que cumplan los cinco años (véase Borthwick-Duffy, 1994; Tröster, 1994). Las conductas repetitivas se han detectado también en niños sordos (Bachara y Phelan, 1980), ciegos (Tröster, Brambring y Beelmann, 1991) y con deficiencias visuales (Jan et al., 1983).

Aunque las conductas de carácter repetitivo o estereotipadas están extraordinariamente extendidas entre los niños de corta edad, más allá de la niñez son vistas con preocupación por su entorno familiar y social, sobre todo cuando aparecen en situaciones en las que se espera del individuo un comportamiento diferente o llegan a producirle un daño significativo. Muy a menudo son calificadas como indeseables, inusuales o extrañas, y suelen ser consideradas como anormales y patológicas. Se observan con mayor frecuencia en personas con retraso mental, autismo, otros trastornos generalizados del desarrollo e incluso en la esquizofrenia.

## 2. DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS ESTEREOTIPADAS Y AUTOLESIVAS

Los términos «estereotipia» o «estereotipado» únicamente hacen referencia al hecho de que la con-

<sup>1</sup> Universidad de Granada (España).

*Nota de los directores:* Aunque, desde nuestro punto de vista, la traducción correcta del término inglés *reinforcement* es «refuerzo» y así se emplea a lo largo del manual, en este capítulo se ha mantenido el término «reforzamiento» por deseo expreso de su autor.

ducta o movimiento a los que se aplican son realizados de forma repetida y con poca variación (Cooper y Dourish, 1990). Sin embargo, estos términos suelen reservarse para comportamientos que, con independencia de lo inusuales que puedan parecer, son consideradas como anormales o patológicas (Jones et al., 1995). La palabra «estereotipia» es, en la actualidad, la más ampliamente usada para referirse a este tipo de conductas, aunque en el pasado han sido también frecuentes otros términos como «actos anormales estereotipados», «actos rituales», «alteraciones de la motilidad», «manierismos», «patrones rítmicos habituales», e incluso términos como «comportamientos autísticos» (Lovaas, Newson y Hickman, 1987). A pesar de todo, parte de estos términos son ambiguos o se prestan a confusiones con otros fenómenos, por lo que deberían evitarse.

Los movimientos estereotipados que además producen daños de carácter físico al propio niño que los ejecuta o son potencialmente peligrosos para él, suelen denominarse «autolesiones» o conductas «autolesivas». Otros términos como «autoagresión», «autocastigo» o «automutilación» no serán utilizados aquí para evitar confundir el fenómeno en el que se centra este capítulo con otros diferentes.

## 2.1. Definición

Un número apreciable de definiciones de las conductas estereotipadas coinciden en considerarlas como *conductas motoras altamente consistentes y repetitivas, que aparentemente no poseen una función adaptativa* (por ejemplo, APA, 1987, 1994, 2000; Baumeister y Forehand, 1973; Charlop, Scheribman y Kurtz, 1991; Epstein, Taubman y Lovaas, 1985; Kropla, Yu, Ross y Ward, 1994; Lovaas y Newson, 1983; Matson, 1989; Matthews, Leibowitz y Matthews, 1992; Organización Mundial de la Salud, 1992; Schreiberman y Mills, 1986; Werry, 1986). En algunas de estas definiciones se hace también mención al hecho de que las conductas estereotipadas son extrañas y excesivas. Jones et al. (1995) concluyen que son cuatro las características que debe mostrar una conducta para ser considerada como estereotipada: *a)* ser repetitiva y rítmica; *b)* ser invariable en

topografía (manifestación física); *c)* ser rara y excesiva en frecuencia, tasa o amplitud en relación con el contexto medioambiental o social en el que ocurren, y *d)* no tener una función aparente o una consecuencia medioambiental. Algunos autores consideran que la persistencia de este tipo de conductas (Schreiberman y Mills, 1986) o el hecho de que permanezcan en el repertorio comportamental del sujeto por un largo período de tiempo (Berkson, 1983), son también características definitorias de lo que es una estereotipia como fenómeno psicopatológico. Otros consideran que la voluntariedad, al menos aparente, de estos movimientos es una de sus características básicas (APA, 1987; Mathews et al., 1992), aunque éste es un tema sobre el que es difícil pronunciarse debido a lo controvertido del propio concepto de voluntariedad cuando se aplica a un acto humano.

La función adaptativa, o no adaptativa, de las actividades motoras estereotipadas puede ser motivo de cierta discusión. Hace ya varias décadas, Berkson y Davenport (1962) señalaron que las conductas estereotipadas son de carácter autoestimulatorio, es decir, que proporcionan estimulación sensorial como consecuencia de los propios movimientos. Obtener esa estimulación podría ser su función principal (por ejemplo, Lovaas y Newson, 1983; Schreiberman y Mills, 1986), lo que es respaldado por ciertas investigaciones (véase el apartado sobre teorías explicativas). Por esta razón, la falta de función de las conductas estereotipadas es más aparente que real (Matthews et al., 1992; Epstein et al., 1985; Kropla et al., 1994).

Las estereotipias suelen implicar una región completa del cuerpo en un movimiento integrado, como la cabeza, el tronco o las manos (Werry, 1986). Su topografía es muy variada. LaGrow y Repp (1984) llegaron a contabilizar hasta 50 movimientos o formas topográficas diferentes en investigaciones que sobre el tratamiento de estos problemas se habían realizado hasta ese momento. Rojahn (1994) identificó un total de 38 topografías diferentes en estudios epidemiológicos realizados sobre la conducta autolesiva. De acuerdo con Schreiberman y Mills (1986), pueden suponer actividad motora gruesa (por ejemplo, balanceo rítmico del cuerpo o partes del cuerpo, saltos, giros de cabeza o tronco, aleteo de brazos o manos, etc.), actividades más

«sutiles», incluso de carácter perceptivo (por ejemplo, mirar de reojo, mirar lámparas, luces, partes del cuerpo, mover o girar los ojos, tensar partes del cuerpo, etc.), y a veces implican la manipulación de objetos (por ejemplo, girarlos o hacerlos oscilar). En muchos casos las conductas estereotipadas son rítmicas (Jones et al., 1985). Sin embargo, como Kropla et al. (1994) señalan, aunque algunas topografías son claramente rítmicas (por ejemplo, balanceo del cuerpo y de la cabeza), otras no lo son (por ejemplo, succión de los labios, dar palmadas, morder objetos, llevarse las manos a la boca). En este segundo caso, las conductas suelen producirse con muy alta frecuencia.

Para que una estereotipia sea considerada anormal o patológica es necesario también que tenga ciertas consecuencias negativas para el individuo que las muestra. La más importante de ellas es que estas conductas impidan o reduzcan la probabilidad de integración del sujeto en el contexto social y la adquisición de repertorios adecuados (Luciano, 1988). Algunos sistemas de diagnóstico exigen que las conductas estereotipadas interfieran con las actividades normales del niño para que se puedan identificar como un trastorno psicológico (por ejemplo, APA, 1987, 1994, 2000; OMS, 1992).

Cuando la consecuencia negativa más importante que tiene un movimiento estereotipado es el daño físico o las lesiones corporales que produce al propio individuo, recibe el nombre de autolesión. Una «conducta autolesiva» es, por tanto, *un acto motor altamente repetitivo que produce un daño físico al propio individuo que lo emite* (APA, 1987, 1994; Borthwick-Duffy, 1994; Charlop et al., 1991; King, 1993; Lovaas y Newson, 1983; Matson, 1989; OMS, 1992; Schreibman y Mills, 1986; Werry, 1986). Al igual que otras conductas estereotipadas, suelen implicar a una región o parte completa del cuerpo y muestran una topografía muy variada. Morderse, desgarrarse o golpearse alguna parte del cuerpo con otra parte o con un objeto, movimientos bruscos de la cabeza o de las extremidades, hurgarse en cavidades corporales incluidos los ojos, con o sin objetos, son ejemplos de conductas autolesivas que pueden mostrar niños y adolescentes. El daño físico causado por este tipo de acciones puede requere-

rir atención médica inmediata, en los casos más graves, o bien ese daño puede producirse a corto o medio plazo por la repetición frecuente de este tipo de conducta (Borthwick-Duffy, 1994). Precisamente el daño o las lesiones producidas directamente por la conducta estereotipada constituye su consecuencia negativa más importante. Sin embargo, las autolesiones pueden tener otras consecuencias negativas de carácter más indirecto (Charlop et al., 1991). Así, el sujeto puede sufrir infecciones más o menos graves como consecuencia de las heridas que se ha ocasionado en los tejidos. El control de las autolesiones mediante la restricción física de movimientos puede producir cambios estructurales y físicos, como la desmineralización de los huesos, problemas de tendones o deterioro en el desarrollo motor por falta de uso de los miembros del cuerpo. Las conductas autolesivas también pueden interferir con el desarrollo psicológico y educativo del niño, impedir su participación en actividades sociales y provocar el rechazo y aislamiento del niño por parte de su entorno familiar, social y educativo. En definitiva, como señalan Durand y Carr (1985), cuando este tipo de comportamiento lo muestran niños con trastornos del desarrollo complica la difícil tarea de mejorar su vida e integración en la comunidad.

Algunos sujetos se causan daños a sí mismos a través del consumo de sustancias nocivas para el organismo, siendo negligentes en el cuidado de su salud o mediante actos peligrosos para la vida o claramente suicidas (Baumeister y Scher, 1988). Este tipo de conductas, a veces conocidas como «autolesiones deliberadas», deben ser diferenciadas de las que aquí se están describiendo (Werry, 1986). A este respecto puede resultar muy útil la clasificación de las conductas autolesivas que propone Jones (1987) y que las divide en dos clases según su frecuencia. La primera clase estaría constituida por la *conducta autolesiva estereotipada*, que se caracteriza por producirse de forma repetitiva e invariable, generalmente con una elevada frecuencia. La segunda clase la constituiría la *conducta autoagresiva*, que ocurre con una frecuencia mucho más reducida y con una estrecha (y, se podría añadir, evidente) relación con las contingencias medioambientales. Esta última clase de

conducta está mucho más relacionada con lo que se ha denominado «autolesiones deliberadas». Sin embargo, las conductas autolesivas estereotipadas constituyen una subclase dentro de las conductas estereotipadas y están íntimamente relacionadas con ellas (Jones, 1987).

## 2.2. Clasificación y diagnóstico

En el ámbito de la psicología clínica infantil conviven diversos sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos del comportamiento (Fernández Parra, 1997). Las conductas estereotipadas y autolesivas aparecen recogidas en la mayoría de los que están siendo utilizados por los psicólogos clínicos infantiles y los profesionales afines. En alguno de estos sistemas de diagnóstico y clasificación las conductas estereotipadas o autolesivas reciben escasa atención, tal y como sucede en el sistema empírico elaborado por Achenbach y su equipo de investigadores (por ejemplo, Achenbach y Edelbrock, 1989). En este sistema, que el niño se hurgue o rasque la nariz, la piel u otras partes de su cuerpo con elevada frecuencia se considera como una conducta problemática para niños de 2 y 3 años, así como para niños entre 4 y 18 años (Achenbach, 1991, 1992). Igualmente, se incluye como conducta problemática para niños de 2 y 3 años el balanceo repetido de cuerpo y cabeza (Achenbach, 1992). Esta última conducta es, además, parte del síndrome conductual denominado por los autores como *conducta destructiva*.

Los actuales sistemas clínicos de clasificación y diagnóstico son los que más frecuentemente usan los psicólogos clínicos infantiles, al menos como instrumentos de comunicación entre profesionales (Fernández Parra, 1997). Tanto el DSM-IV-TR desarrollado por la APA (2000) como la sección de «trastornos mentales o del comportamiento» de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) elaborado por la Organización Mundial de la Salud (1992), recogen las conductas estereotipadas y las autolesivas. En los dos casos, estas conductas constituyen un trastorno específico y diferenciado. Pero, además, estas estereotipias y autolesiones se encuentran incluidas en otros trastornos, formando

parte del patrón de conductas que los definen y, además, siendo parte de los criterios diagnósticos de dichos trastornos.

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) las conductas estereotipadas y autolesivas constituyen *el trastorno del movimiento estereotipado* (TME), que aparece recogido en el subapartado *otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia*, del apartado del Eje I que incluye los *trastornos que habitualmente se diagnostican inicialmente en la infancia, la niñez o la adolescencia*. El TME se diagnostica cuando la conducta repetitiva del niño o joven *no* le supone un daño corporal, mientras que si el daño existe (o puede existir de no protegerse al niño), el diagnóstico debe ser el de trastorno del movimiento estereotipado *con conducta autolesiva*.

El DSM-IV-TR establece seis criterios para el diagnóstico del TME (véase la tabla 11.1). Los dos primeros criterios y el último describen las características que deben mostrar las conductas estereotipadas para ser consideradas como un trastorno. El segundo criterio destaca las consecuencias negativas que deben tener las estereotipias para ser reconocidas como una alteración, condición indispensable para el diagnóstico. Los criterios tercero a quinto enumeran una serie de trastornos y conductas problema que deben descartarse antes de diagnosticar el TME, o problemas físicos y psicológicos que pueden producir conductas parecidas, pero que no deben recibir este tipo de diagnóstico. El objeto es diferenciar entre el TME y otros trastornos, tanto psicológicos como físicos. Esto es debido a que ciertas alteraciones, problemas o factores orgánicos pueden dar lugar a conductas repetitivas o estereotipadas iguales a las que aquí se están considerando, como, por ejemplo, el uso de medicamentos anti-psicóticos o ciertas enfermedades neurológicas. En este caso tendría poco sentido considerar las conductas estereotipadas o autolesivas como un trastorno mental o psicológico al ser consecuencia directa de factores fisiológicos. Cuando los movimientos rítmicos son consecuencia del consumo de neuro-lépticos, deben considerarse como *una discinesia tardía inducida por neuro-lépticos*. Pueden existir también conductas como los tics, compulsiones o los movimientos involuntarios asociados a condi-

TABLA 11.1

*Criterios diagnósticos del trastorno de movimientos estereotipados según el DSM-IV-TR*

- a) Conducta motora repetitiva, aparentemente impulsiva, y sin función (p. ej., agitar o mover la mano, balancear el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse los objetos, morderse a sí mismo, hurgar en orificios corporales, golpearse el cuerpo).
- b) La conducta interfiere notablemente con las actividades normales o da lugar a lesiones corporales que se inflige el propio individuo y que necesitan de tratamiento médico (o puede resultar en una lesión si no se toman medidas preventivas).
- c) Si está presente el retraso mental, la conducta estereotipada o autolesiva tiene suficiente gravedad como para llegar a ser un objetivo de tratamiento.
- d) La conducta no se explica mejor como una compulsión (como el trastorno obsesivo-compulsivo), un tic (como en el trastorno por tic), una estereotipia que es parte de un trastorno generalizado del desarrollo, o tirarse del pelo (como en la tricotilomanía).
- e) La conducta no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica.
- f) La conducta persiste durante 4 semanas o más.

Especificar:

*Con conducta autolesiva:* si la conducta produce un daño corporal que requiere tratamiento específico (o en un daño físico si no se toman medidas protectoras).

FUENTE: American Psychiatric Association (2000).

ciones neurológicas, que no son equivalentes a las conductas estereotipadas. Los tics no son movimientos rítmicos, ni tampoco son emitidos de forma integrada por regiones completas del cuerpo (Werry, 1986), mientras que los rituales compulsivos repetitivos son generalmente más complejos y suelen producirse como respuesta a una obsesión.

Las estereotipias y autolesiones son comportamientos característicos, e incluso criterios diagnósticos, de otros trastornos recogidos en el propio DSM-IV-TR. Debido a la concepción jerárquica de los

trastornos que subyace a este sistema de clasificación (véase Fernández Parra, 1997), no es posible realizar dos diagnósticos diferentes con base en los mismos criterios. Por esta razón contiene normas de exclusión que convierten al TME en la última opción cuando el niño muestra conductas que permiten la identificación de otras alteraciones, en concreto los trastornos generalizados del desarrollo y la tricotilomanía. Los trastornos generalizados del desarrollo son un grupo de alteraciones del desarrollo psicológico de inicio en la infancia entre los que se incluye el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno de Asperger. De acuerdo con el DSM-IV-TR, las conductas estereotipadas y autolesivas constituyen características y forman criterios diagnósticos de todos y cada uno de esos trastornos. En todos estos casos, salvo en el trastorno de Rett, las conductas estereotipadas no son un criterio necesario para la realización del diagnóstico, pero, si están presentes, contribuyen al mismo. Los individuos diagnosticados con alguno de estos trastornos generalizados del desarrollo no deben recibir el diagnóstico adicional de TME cuando muestran conductas estereotipadas o autolesivas graves (véase también Frances, First y Pincus, 1997).

La tricotilomanía es considerada por el DSM-IV-TR como un trastorno del control de los impulsos y no como una estereotipia. Esto contrasta con lo que ocurría en el DSM-III-R (APA, 1987) en el que el hecho de arrancarse el cabello era considerado como una conducta estereotipada. Igualmente, en el DSM-III-R se consideraban estereotipias conductas, como el rechinar de dientes (bruxismo), que no aparecen recogidas en el DSM-IV-TR. Si bien es cierto que el bruxismo puede tener características que en muchos casos lo diferencian de las estereotipias, tal y como se vienen definiendo, en otras ocasiones y en sujetos con retraso puede ser muy semejante a ellas (por ejemplo, Ferro García, Fernández Parra y Ballesteros Molineiro, 1989). También resulta curioso que ciertos hábitos motores, como la succión de los dedos, sean considerados por el DSM-IV-TR como conductas autoestimulatorias evolutivamente apropiadas en niños de corta edad y no se tomen en consideración las consecuencias negativas que pueden tener cuando son niños de más de cinco años de edad los que los muestran (Fernández Parra y Fernández Pérez, 1995).

Un caso especial en relación al diagnóstico diferencial del TME lo constituye el retraso mental. De acuerdo con el DSM-IV-TR, cuando personas con retraso mental muestran conductas estereotipadas suficientemente graves como para requerir tratamiento, es posible realizar ambos diagnósticos simultáneamente.

Las conductas estereotipadas y autolesivas reciben un tratamiento muy parecido en la sección de trastornos mentales o del comportamiento de la CIE-10 (OMS, 1992). En este sistema, las estereotipias y autolesiones conforman también un trastorno denominado *trastorno de estereotipias motrices*, incluido en este caso en un subapartado residual (*otros trastornos de...*) del apartado denominado *trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia*. Este trastorno puede ser clasificado opcionalmente de tres formas —*sin autolesiones, con autolesiones y mixto*— según estén presentes o no conductas estereotipadas que causen daño físico. El trastorno de estereotipias motrices tampoco puede diagnosticarse o codificarse cuando el niño muestra otro trastorno del comportamiento, exceptuando el retraso mental. Las conductas estereotipadas son también parte integrante de los trastornos generalizados del desarrollo y de los criterios para su diagnóstico. Otros trastornos incluidos en la CIE-10 en los que el niño puede mostrar conductas estereotipadas, pero que se diagnostican como trastornos distintos en su nombre y características, son: la tricotilomanía, considerado como un trastorno de los hábitos y control de los impulsos, y la onicofagia, rinodactilomanía y succión del pulgar, trastornos éstos para los que no se indican los criterios diagnósticos (OMS, 1992).

Las pautas establecidas para el diagnóstico diferencial tanto en el DSM-IV-TR como en la CIE-10, plantean al menos un grave problema para el psicólogo que se encuentra con conductas anormales estereotipadas y autolesivas en su práctica profesional. Salvo que el niño no muestre otro trastorno, o sólo presente retraso mental, las conductas estereotipadas y autolesivas quedan ocultas tras otros diagnósticos, con independencia de la gravedad que tengan. Este hecho, 1) dificulta la identificación de conductas estereotipadas y autolesivas graves en

niños con diagnósticos diferentes al de retraso mental; 2) impide resaltar su importancia como objetivos de intervención en aquellos casos en que son muy problemáticas, y 3) hacen difícil justificar su tratamiento, con independencia del problema de desarrollo psicológico mostrado por el niño. Las complejidades y limitaciones del diagnóstico clínico de estereotipias y autolesiones con estos sistemas son, sin duda, consecuencia directa de sus propias asunciones explícitas e implícitas con respecto a lo que es un trastorno psicológico. Tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10 están basados en un concepto médico de los problemas psicológicos donde las conductas anormales no son el objeto ni de la clasificación ni del diagnóstico (véase Fernández Parra, 1997). Por el contrario, ambos sistemas clasifican trastornos, un constructo que, a pesar de ser descrito como un patrón o «síndrome» conductual, es conceptualizado de forma semejante a las enfermedades físicas. En este marco de referencia, los trastornos son considerados como unidades o entidades unitarias y autónomas. De esta manera, una estereotipia que es parte y característica de un trastorno autista no se considera con independencia de él, ni en su identificación ni en su explicación o tratamiento. La realidad es, sin embargo, muy diferente. La mayor parte de los investigadores y terapeutas consideran a las estereotipias y autolesiones como un objetivo específico e independiente de tratamiento, sea este farmacológico o psicológico. En concreto, el tratamiento conductual de las estereotipias y autolesiones no depende del tipo de trastorno clínico del que puedan formar parte, sino de las propias características topográficas y funcionales del comportamiento que es objeto de intervención en un momento determinado. Como indican Charlop et al. (1991) y Newson y Rincover (1989), en el caso de niños a los que se les ha diagnosticado un trastorno autista, es mucho más productivo analizar y tratar la alteración en términos de conductas específicas que como un síndrome o entidad clínica unitaria. De esta forma, sus comportamientos problemáticos deberían ser valorados y clasificados en términos de conducta, según supongan para el sujeto un exceso o déficit conductual. El mismo tipo de valoración sería aplicable al resto de los niños y

adolescentes, con independencia del diagnóstico que hayan podido recibir. Las autolesiones y estereotipias deberían ser consideradas siempre como *excesos conductuales* (Charlop et al., 1991; Ross, 1987). Desde una perspectiva conductual, este tipo de clasificación de los problemas de niños y adolescentes no tiene implicaciones etiológicas, pero sí sirve de orientación para la evaluación del problema, la identificación de los objetivos terapéuticos y la selección del tipo de técnicas de intervención que pueden ser pertinentes frente a estas conductas (Fernández Parra, 1997).

### 2.3. Frecuencia, distribución y características

Los datos sobre la frecuencia y distribución de las conductas estereotipadas y autolesivas entre los niños y adolescentes son enormemente contradictorios. Los estudios epidemiológicos que se han realizado son muy heterogéneos (Borthwick-Duffy, 1994; Jones et al., 1995) y difieren entre sí no sólo respecto al tipo de poblaciones estudiadas (edades de los sujetos, trastornos diagnosticados, gravedad de los trastornos, régimen de tratamiento, institucionalización, etc.), sino también en cuanto a la forma de definir las conductas, sus características (frecuencia, intensidad, etc.) y la forma de evaluarlas. No es habitual que en estos estudios se utilicen los criterios diagnósticos descritos en el DSM-IV-TR o la CIE-10, de forma que se pueda unificar el fenómeno conductual investigado. Y, para complicar más la situación, muchos de los sujetos estudiados han sido tratados con fármacos que pueden inducir otros tipos de movimientos motores repetitivos. Por todo esto existe una gran variabilidad de datos epidemiológicos.

Se ha estimado que dos de cada tres sujetos, niños y adultos, con trastornos graves del desarrollo, muestran estereotipias (Frith y Done, 1990; Kropla et al., 1991). Pero Berkson, Gutermuth y Baranek (1995) sólo encontraron conductas estereotipadas, en concreto balanceo del cuerpo y movimientos inusuales de las manos, en un tercio de niños y adultos con trastornos del desarrollo. Sin

embargo, la mayoría de los niños con trastorno autista presenta movimientos estereotipados en algún momento, aunque las estereotipias no siempre sean preocupantes (Campbell et al., 1990). Las estereotipias más frecuentes en autistas parecen estar relacionadas con la boca y cara. Se producen también movimientos repetitivos de las extremidades. Pero el hecho de que ciertos tratamientos farmacológicos puedan provocar estereotipias orofaciales (discinesia tardía orofacial) dificulta el diagnóstico de estas conductas.

Las estereotipias aparecen también en niños que se encuentran acogidos en orfanatos o que han sido adoptados después de un tiempo de estancia en los mismos. Fisher, Ames, Chisholm y Savoie (1997), en un estudio realizado con niños procedentes de orfanatos rumanos, encontraron que el 84 por 100 de los adoptados por familias canadienses, después de una permanencia superior a los ocho meses en esas instituciones, mostraba una o más conductas estereotipadas. Las más frecuentes eran el balanceo corporal, que afectaba al 67 por 100 de los niños, y los movimientos estereotipados realizados con las manos (un 19 por 100). El comportamiento de los niños que habían sido adoptados antes de los cuatro meses de edad no era significativamente diferente de la población de niños canadienses considerados normales.

Los datos sobre la prevalencia de las conductas autolesivas también son muy heterogéneos, encontrándose entre el 3,5 y el 40 por 100 de los sujetos retrasados institucionalizados (Wincker y Stanley, 1991). Las diferencias dependen fundamentalmente de la forma como se define este problema y las topografías que se incluyen en cada uno de los estudios. En sujetos no institucionalizados, las tasas de autolesiones parecen ser mucho más bajas. Rojahn (1994) sitúa la prevalencia entre el 4,2 y el 16,4 por 100 de los sujetos institucionalizados, aunque estiman que sólo entre el 10 y 23 por 100 de ellos requieren tratamiento médico por las consecuencias de su conducta. Más recientemente, Schroeder, Rojahn y Reese (1997) afirman que una estimación prudente de la prevalencia de las conductas autolesivas indicaría que éstas aparecen entre el 5 y el 10 por 100 de la población de personas con retraso

mental, mientras que afectarían al doble de los sujetos con trastorno autista. El DSM-IV-TR (APA, 2000) estima una prevalencia del 2 al 3 por 100 en niños y adolescentes con retraso mental, mientras que ese porcentaje llega al 25 por 100 en adultos con retraso mental grave o profundo que viven en instituciones.

Borthwick-Duffy (1994) detectaron un 2,2 por 100 de sujetos con conductas autolesivas frecuentes y graves y un 9,3 por 100 con conductas autolesivas sólo frecuentes (véase la tabla 11.2). La prevalencia de las conductas autolesivas frecuentes casi se duplicaba entre los sujetos de edades comprendidas entre los 11 a 20 años de edad respecto a los menores de tres años.

Bruininks, Olson, Larson y Lakin (1994) estudiaron a niños y adultos con retraso mental de varios estados norteamericanos residentes tanto en instituciones como fuera de ellas. Las conductas autolesivas afectaban al 10 por 100 de los sujetos semiindependientes (mayoritariamente con retraso mental leve o moderado) y al 46,4 por 100 de los sujetos acogidos en instituciones (mayoritariamente con retraso mental profundo).

Estas conductas aparecen desde los primeros años de vida. Las estereotipias aparecen más tardíamente en sujetos con alteraciones físicas y psicológicas que en niños normales, aunque en estos últimos no lleguen a alcanzar niveles preocupantes (Kravitz y Boehm 1971). En un estudio sobre conductas autolesivas, Schneider, Bijam-Shulte, Janssen y Stolk (1996) encontraron que en el 68 por 100 de los casos habían comenzado a desarrollarse antes de los seis años de edad.

Los estudios realizados no evidencian, en general, una distribución muy diferente de estos problemas en función del sexo de los sujetos (Rojahn, 1994), como confirman los datos obtenidos por Borthwick-Duffy (1994) y resumidos en la tabla 11.2. Sin embargo, el DSM-IV-TR sí señala que algunas topografías, como los movimientos reiterados de cabeza, son más frecuentes en varones, mientras que morderse partes del cuerpo es más frecuente en mujeres (APA, 2000).

Diversos estudios concuerdan en relacionar la prevalencia de las conductas estereotipadas y auto-

lesivas con ciertas características psicológicas de los sujetos, como son sus niveles verbales y de inteligencia. Se ha encontrado que los sujetos con trastornos del desarrollo de tipo autista y no verbales

TABLA 11.2

*P prevalencia de conductas autolesivas  
(Borthwick-Duffy, 1994)*

	Conducta autolesiva	
	Grave	Frecuente
Sexo		
Hombre	2,3	9,7
Mujer	2,1	8,7
Edad		
0-3 años	1	5,8
4-10 años	1,1	9,6
11-20 años	1,9	10,7
Más de 20	2,8	9,3
Nivel de retraso mental		
Leve	0,8	3,5
Moderado	1,5	6,7
Leve	3,3	15,3
Profundo	7,1	24,9
Comunicación expresiva		
Verbal	2	8,6
No verbal	5,2	17
Residencia		
Independencia	0,4	1
Hogar paterno	0,8	5,5
Asistencia	11,1	46,6
Institución	12,2	31,2
Diagnóstico dual		
Sólo retraso mental	1,9	8,7
Dual	26,1	37,9
Total (N = 91.164)	2,2	9,3

NOTA: Los valores de la tabla representan porcentajes de personas (Department of Developmental Services de California).



muestran niveles más altos de conducta estereotipada que los sujetos verbales (Miranda-Linné y Melin, 1997). Se ha comprobado también que los sujetos con retraso mental no verbales muestran una prevalencia de conductas autolesivas que duplican la encontrada en sujetos verbales (Borthwick-Duffy, 1994). En lo que respecta al nivel de inteligencia, las conductas autolesivas y estereotipadas son más frecuentes y graves en niños con autismo cuyo CI es más bajo (Poustka y Lisch, 1993). Las autolesiones son también más prevalentes entre los sujetos con retraso mental grave o profundo que entre los sujetos con retraso moderado o leve y, por tanto, con niveles de inteligencia más altos (Rojahn, 1994). Esta relación se detecta también en el estudio de Borthwick-Duffy (1994) reflejado en la tabla 11.2.

Las autolesiones son más prevalentes en niños con retraso que reciben más de un diagnóstico (diagnóstico dual) debido a otros trastornos del comportamiento (Borthwick-Duffy, 1994). Los niños con trastornos del desarrollo muestran también, en muchos casos, conductas estereotipadas o autolesivas relevantes. El caso más evidente es el de los sujetos con trastorno de Rett, en los que se observa estereotipias motrices con las manos (movimientos de «limpieza», mantener las manos juntas, llevarse las manos a la boca, etc.) que aparecen concurrentemente con el deterioro en sus habilidades manuales (Hutton, 1998; Tsai, 1977; Van Acker, 1991). Este tipo de niños pueden mostrar también conductas autolesivas, que estarían presentes aproximadamente en la mitad de los casos (Sanson, Krishnan, Corbett y Kerr, 1993). Las autolesiones también parecen ser más frecuentes en sujetos con el trastorno de la Tourette (Robertson, 1994) y en sujetos con esquizofrenia (Jones et al., 1995).

Las estereotipias y autolesiones están presentes en sujetos que padecen ciertas alteraciones orgánicas. Muchos niños que padecen el síndrome de Lesh-Nyhan, alteración del metabolismo de la purina asociada al retraso mental grave, muestran autolesiones características consistentes en morderse los labios o mejillas e incluso conductas estereotipadas (Nyhan, 1994). Las estereotipias y autolesiones aparecen también en niños que padecen el síndrome de Cornelia de Lange (Young y Mayfield, 1998). El 70 por 100, aproximadamente, de los niños con el

síndrome del cromosoma X frágil suele presentar autolesiones (Klaiman y Phelps, 1998) y aunque las niñas con este síndrome muestran generalmente un nivel de funcionamiento psicológico mejor que los niños, la mitad de ellas pueden presentar movimientos estereotipados (Mazzocco et al., 1997).

En niños y adolescentes retrasados, las autolesiones están frecuentemente asociadas a otras conductas problemáticas, como las agresivas (Davidson et al., 1996). Están asociadas también a conductas de autocontención, que son conductas incompatibles con ellas porque restringen o previenen los movimientos de las partes del cuerpo que participan en la autolesión (Isley et al., 1991). En el 95 por 100 de los casos estas conductas se producen en sujetos que muestran autolesiones (Fovel, Lash, Barron y Roberts, 1989). Entre un 10 y un 50 por 100 de los sujetos con conductas autolesivas, según los estudios, muestran también conductas de autocontención (Powell et al., 1996; Rojahn, 1986; Smith et al., 1992). Según Isley et al. (1991) las tres principales topografías de las conductas de autocontención son: 1) la restricción de movimientos del cuerpo, envolviendo, sujetando o enredando esas partes del cuerpo en objetos inanimados, como la ropa; 2) la limitación de los movimientos de una parte del cuerpo mediante otra parte, como cruzar los brazos o sentarse sobre ellos, y 3) a través de conductas que conducen a la limitación, como vestir determinadas ropas, cooperar en la contención ejercida por otra persona o demandar el uso de limitadores físicos o mecánicos del movimiento. Aunque este tipo de conductas podrían parecer beneficiosas, la realidad es que interfieren con las actividades diarias, las relaciones sociales y el aprendizaje (Isley et al., 1991; Smith et al., 1992).

Algunos autores han analizado las diferencias entre las conductas estereotipadas clínicamente relevantes y las que no lo son. Según un estudio de Schwartz, Gallagher y Berkson (1986), las conductas repetitivas emitidas por niños con retraso en su desarrollo se caracterizan por una mayor duración y repetición de los movimientos. Más recientemente, Smith y Van Houten (1996) han comparado las conductas estereotipadas de niños con retraso en el desarrollo y niños normales, tanto de igual edad cro-

nológica como de su misma edad mental. Los niños con retraso, igual que los sujetos que tenían su misma edad mental, mostraban niveles más altos de conducta estereotipada motora gruesa que los niños de su misma edad cronológica. Los niños retrasados permanecían más tiempo orientados visualmente a su conducta estereotipada que los otros niños. Y, por último, durante la realización de tareas manipulativas, la tasa de conductas estereotipadas de los niños retrasados se mantenía, mientras que en los niños que tenían su misma edad mental disminuía, lo que les permitía ajustarse más a las condiciones medioambientales. El estudio de Smith y Van Houten (1996) muestra que las conductas estereotipadas no siempre interfieren por sí mismas con el aprendizaje, sino que son otras características de las conductas estereotipadas las que resultan perturbadoras durante la realización de tareas, como la orientación visual y el tipo de movimientos implicados.

Una característica importante de las conductas autolesivas es que suponen un daño físico al sujeto que las presenta y que, se piensa, podrían llevarle incluso a la muerte en los casos más graves. Si bien el daño físico provocado por muchas conductas autolesivas es evidente (de él depende su relevancia clínica), no se ha podido demostrar que los sujetos con trastornos del desarrollo y conducta autolesiva grave vivan menos que los que no la muestran, aunque sí padecen más problemas visuales y auditivos (Wieseler, Hanson y Nord, 1995). Sin embargo, hay un porcentaje de muertes de sujetos con retraso intelectual que pueden ser atribuidas al comportamiento autolesivo (Nissen y Haveman, 1997).

### 3. ENFOQUES ETIOLÓGICOS

El origen y mantenimiento de las conductas estereotipadas y autolesivas se ha intentado explicar desde los más diversos puntos de vista. No todos los enfoques etiológicos se basan en datos empíricos, ni los datos son de igual naturaleza. Sólo algunas teorías se apoyan en investigación de carácter experimental. Todas las teorías, con independencia de su fundamentación empírica, tienen el problema de no

diferenciar adecuadamente entre los factores implicados en el origen de las estereotipias y autolesiones, y los responsables de su mantenimiento (MacLean, Stone y Brown, 1994; Thompson, Egli, Symons y Delaney, 1994). Las teorías de carácter biológico no se plantean siquiera que las variables de origen y mantenimiento puedan ser diferentes entre sí y, generalmente, consideran que son las mismas. Las teorías conductuales se han centrado más en investigar el mantenimiento que el origen de estos problemas. Ambos planteamientos pueden dificultar una comprensión adecuada de la etiología de los conductas autolesivas y estereotipadas graves y, en todo caso, suponen una cierta simplificación de estas alteraciones.

#### 3.1. Teorías biológicas

Desde esta perspectiva, se considera que las conductas autolesivas y estereotipadas son consecuencia de factores de carácter biológico, ya sean normales o alterados. Entre las teorías biológicas destacan las que relacionan las estereotipias y autolesiones con *síndromes orgánicos*. Las conductas estereotipadas o autolesivas se producen en muchas ocasiones en niños y adolescentes que padecen síndromes orgánicos de carácter genético o bien alteraciones conductuales en las que se conoce o sospecha una íntima relación con alteraciones biológicas que afectan al sistema nervioso (véase MacLean et al., 1994; Matson, 1989). Entre estas alteraciones orgánicas se encuentran los síndromes de Lesch-Nyhan, de Lange, de Rett, de Prader-Willi y del cromosoma x frágil. Hay también trastornos del comportamiento estrechamente asociados a conductas estereotipadas y autolesivas, como el trastorno autista y otros trastornos del desarrollo, que se cree que pueden estar en gran medida determinados por alteraciones orgánicas, aunque no se hayan identificado todavía. Está también el caso del retraso mental grave y profundo, que en muchas ocasiones está asociado con alteraciones biomédicas y en el que los movimientos estereotipados y autolesivos son mucho más prevalentes. El trastorno de la Tourette, que está relacionado con factores orgánicos, se considera que comparte carac-

terísticas con autolesiones y estereotipias. En todos estos casos, se considera que los factores orgánicos que son responsables de estas alteraciones (o pudieran serlo) constituirían también la causa de estereotipias y autolesiones. En el caso de trastornos como el autismo se propone la existencia de un proceso patológico subyacente, que sería el responsable de todas las conductas problemáticas que presentan estos niños (Frith y Done, 1990).

Aunque las relaciones de las estereotipias y autolesiones con determinados síndromes orgánicos o trastornos psicológicos están bien documentadas, no todos los sujetos que los padecen muestran conductas de carácter estereotipado, como indican los datos epidemiológicos. Además, el tipo de conducta mostrada por los sujetos que sufren estos síndromes, su gravedad y frecuencia, varían enormemente de unos a otros (Matson, 1989). Por último, los síndromes orgánicos en los que las estereotipias son más frecuentes son minoritarios entre los niños y adolescentes que muestran conductas autolesivas y estereotipadas (MacLean et al., 1994).

Otras teorías explicativas relacionan las estereotipias y autolesiones con *alteraciones neuroquímicas* de los sistemas de transmisión dopaminérgicos o serotoninérgicos y con la fisiología de los opiáceos endógenos o endorfinas. La hipótesis *dopaminérgica* descansa fundamentalmente sobre los resultados de estudios con animales, en los que se inducen conductas estereotipadas de tipo autolesivo mediante agentes dopaminérgicos (véase Cooper y Dourish, 1990; Isaacson y Gispen, 1990; King, 1993; Oliver, 1995; Thompson et al., 1994). Sin embargo, las conductas inducidas en animales por anfetaminas (agonista de la dopamina) son inflexibles y no se ven afectadas por cambios ambientales una vez pasados los primeros momentos desde la administración de la sustancia (Cooper y Dourish, 1990). En esto se diferencian de los trastornos de la conducta estereotipada. La hipótesis *serotoninérgica* se fundamenta en estudios con animales y clínicos. Un tercio de los niños con trastorno autista parecen tener altos niveles de serotonina en sangre, cantidades que se relacionan con sus conductas problemáticas (Thompson et al., 1994). La serotonina se ha relacionado también con

el síndrome de Lesh-Nyan (King, 1993; Oliver, 1995) y con el síndrome de Prader-Willi (Hellings y Warnock, 1994).

La hipótesis de los *opiáceos endógenos* defiende que los movimientos estereotipados, fundamentalmente de carácter autolesivo, dependen de una disfunción fisiológica de las endorfinas cerebrales. Se han propuesto dos mecanismos explicativos de esta relación (DeMet y Sandman, 1991; King, 1993; King, McCracken y Poland, 1991; Thompson et al., 1994; Oliver, 1995). El primero consistiría en una alteración congénita que produce un exceso de los opiáceos endógenos que eleva el umbral de respuesta al dolor (produce una falta de sensibilidad dolorosa), por lo que las conductas autolesivas no resultan tan dolorosas como para verse atenuadas a través de contingencias aversivas (condicionamiento aversivo). El segundo mecanismo supone que los sujetos llegan a ser dependientes de un exceso endógeno de opiáceos mantenido a través de las conductas autolesivas. Las autolesiones provocarían la liberación de endorfinas y quedarían reforzadas por sus efectos «euforizantes», como cualquier otra conducta adictiva. Si esta relación es correcta, los antagonistas de las endorfinas (por ejemplo, naloxona y naltrexona) deberían atenuar la frecuencia y gravedad de la conducta autolesiva. Oliver (1995) ha señalado algunos de los problemas de esta teoría, entre los que destacan que: 1) no todos los sujetos mejoran, ni de la misma manera, con tratamientos basados en antagonistas de las endorfinas; 2) a través del primer mecanismo sólo se explica por qué el dolor no reduce la conducta autolesiva, pero no por qué se produce esta conducta, y 3) el segundo mecanismo propuesto no explica cómo puede el sujeto desarrollar y llegar a mostrar conductas autolesivas de magnitud suficiente como para provocar el incremento necesario de endorfinas. Otros autores han puesto también de manifiesto la falta de coherencia de estas teorías con los datos obtenidos sobre los niveles de endorfinas en niños con autolesiones (King et al., 1991). Recientemente, Nagamitsu et al. (1997) no han sido capaces de encontrar niveles de endorfinas anormales en niños autistas, ni que los niveles de endorfinas estén relacionados con autolesiones, insensibilidad al dolor o los movimientos estereotipados.

Otra hipótesis biológica es la *homeostática* (Baumeister y Forehand, 1973), según la cual los organismos necesitan un cierto nivel de estimulación (véase también Carr, 1977; Frith y Done, 1990; King, 1993; Matson, 1989). Los sujetos con retraso mental, autismo u otras deficiencias, tendrían problemas para alcanzar el nivel óptimo de estimulación, ya sea por razones extrínsecas (medio restringido en el que se encuentran) o intrínsecas (déficits físicos o psicológicos) que les impiden obtener la estimulación del medio. Los movimientos estereotipados, o autolesivos en los casos más graves, podrían ser los medios por los que esos sujetos obtendrían la estimulación sensorial que no serían capaces de conseguir de otra forma. La hipótesis es coherente con los datos que relacionan las estereotipias con situaciones de limitación estimular extrínseca (aislamiento social, privación sensorial de animales, etc.) o intrínseca (sujetos ciegos, sordos o con trastornos del desarrollo).

Por último, la perspectiva etológica o *evolutiva* defiende que las conductas rítmicas están relacionadas significativamente con el desarrollo motor de los niños, y son conductas de transición entre la actividad no coordinada y la más compleja o «voluntaria» (Thelen, 1979, 1981). Serían productos de la maduración motriz, que persisten más allá de los primeros años de vida en aquellos individuos que padecen dificultades en su desarrollo o problemas orgánicos (por ejemplo, ceguera) que retrasan su desarrollo (véase también MacLean et al., 1994; Matson, 1989; Smith y Van Houten, 1996; Werry, 1986). Además, podrían tener otras funciones, como la autoestimulación o la comunicación.

Las teorías biológicas suelen ser coherentes con los datos clínicos y epidemiológicos conocidos, e incluso están basadas en evidencias indirectas de carácter correlacional, análogos animales o los efectos de ciertos fármacos. Pero faltan datos directos, concretamente experimentales, que las confirmen. Es frecuente también encontrar datos contradictorios en relación con cada teoría e incoherencias entre ellas mismas, lo que dificulta su validación. Las teorías biológicas muestran, además, una serie de limitaciones a la hora de explicar ciertos fenómenos. Uno de ellos es la situacionalidad y dependencia ambiental de

las conductas estereotipadas y autolesivas. Otro es el efecto demostrado por las intervenciones psicológicas sobre este tipo de comportamientos. Como ya señaló Carr (1977), si las estereotipias y autolesiones estuviesen controladas directamente por factores bioquímicos, o biológicos, no cabría esperar que los procedimientos conductuales fuesen eficaces en su tratamiento. El hecho de que esos procedimientos sean eficaces en una gran diversidad de casos cuestiona seriamente las explicaciones exclusivamente biológicas. Pese a todo, la investigación sobre determinantes orgánicos es relevante para identificar los sustratos biológicos implicados en los movimientos estereotipados así como los factores orgánicos dispocionales que, quizá, facilitan o dificultan el desarrollo de este tipo de actividad anormal.

### 3.2. Teorías conductuales

A lo largo de la década de los sesenta comenzaron a reunirse las primeras evidencias de que las conductas estereotipadas y autolesivas podrían estar influidas por el aprendizaje. Diversos estudios realizados con niños con trastornos del desarrollo (denominados entonces niños psicóticos) mostraban que las conductas autolesivas se veían afectadas por la atención que se les prestaba (véase Lovaas y Newson, 1983). Así, se pudo comprobar que cuando se dejaba de prestar atención a estas conductas, disminuían, lo que parecía un claro ejemplo de extinción operante. A partir de estos primeros estudios, se comenzó a considerar que las autolesiones podían ser una clase de comportamiento social operante. Posteriormente, se demostró que las conductas autolesivas de niños con trastornos graves de comportamiento se incrementaban o reducían en función de las manipulaciones experimentales de la atención mostrada por adultos (Lovaas, Freitag, Gold y Kassorla, 1965; Lovaas y Simmons, 1969). Estos y otros resultados condujeron a considerar que las autolesiones eran comportamientos aprendidos operantes, mantenidos por *reforzamiento positivo de tipo social* (véase Carr, 1977; Durand y Carr, 1985; Lovaas y Newson, 1983). Estudios posteriores (por ejemplo, Carr, Newson y Binkoff, 1976)

indicaron que, en algunas ocasiones, el mantenimiento podía depender de la terminación contingente de un estímulo aversivo, de manera que la conducta autolesiva sería una conducta de escape de situaciones «desagradables» para el niño (por ejemplo, las exigencias escolares). Aunque en los años setenta no existían muchos datos que respaldaran esta teoría, Carr (1977) la propuso con el nombre de hipótesis del *reforzamiento negativo*.

Respecto a las estereotipias, las primeras teorías conductuales las consideraban también como conductas operantes, pero mantenidas por *reforzamiento* positivo de tipo sensorial propioceptivo o cinestésico (Lovaas y Newson, 1983). Esta hipótesis, desarrollada por Lovaas y sus colaboradores a lo largo de diversos estudios, fue expuesta extensamente por Lovaas, Newson y Hickman (1987) con el nombre de hipótesis del *reforzamiento perceptual*. De acuerdo con ella, las estereotipias serían conductas operantes aprendidas, reforzadas por los estímulos perceptuales automáticamente derivados de la propia conducta o resultado de la acción de la conducta en el medio externo. Aunque es considerablemente difícil confirmar una hipótesis de estas características, Lovaas et al. (1987) enumeraban una serie de estudios realizados con niños con retraso mental y autismo en apoyo de la misma.

A principios de los años ochenta, Iwata et al. (1982) describían el primer procedimiento estandarizado para realizar análisis funcionales experimentales del comportamiento autolesivo en niños y adolescentes. Mediante este procedimiento se pretendía identificar, siguiendo el método experimental (diseños experimentales,  $N = 1$ ), las consecuencias responsables de las autolesiones mostradas por sujetos con trastornos graves del desarrollo, con el objeto de planificar su tratamiento con base en las funciones identificadas. A partir de ese momento, numerosos autores han realizado estudios en los que se ha analizado la función de las conductas autolesivas y estereotipadas, ya sea como paso previo a la realización de un tratamiento o como forma de investigar directamente las variables responsables de estos comportamientos alterados. Los estudios realizados abarcan todo tipo de conductas autolesivas y estereotipadas, de niños y adultos con trastornos diversos (la mayoría retraso mental, autismo y otros trastornos del

desarrollo). Iwata et al. (1994) han presentado el estudio experimental funcional de las autolesiones más importante hasta el momento. En ese estudio se recogen los resultados de los análisis experimentales de la conducta autolesiva de 152 sujetos evaluados a lo largo de 11 años. El 50 por 100 de estos sujetos era menor de 20 años y todos ellos presentaban retraso mental (el 69 por 100 retraso mental profundo). La mayoría mostraba, además, alteraciones orgánicas, incluidos el síndrome de Rett (3 casos), el de Lesch-Nyhan (1 caso) y el de Cornelia de Lange (2 casos). La mitad de ellos residía en instituciones especializadas, un 32,2 por 100 vivía con su familia, y los restantes en hogares tutelados. Los resultados obtenidos en este estudio se presentan en la tabla 11.3, en la que se muestran las distintas consecuencias responsables del mantenimiento del comportamiento autolesivo y el porcentaje de sujetos en los que se detectó cada contingencia de *reforzamiento*. El estudio de Iwata et al. (1994) indica que las conductas autolesivas están mantenidas, en un alto porcentaje de sujetos, por *reforzamiento* negativo de tipo social, pero también automático (atenuación del dolor). El *reforzamiento* social positivo, en contra de lo hipotetizado por Lovaas (por ejemplo, Lovaas y Newson, 1983), es responsable de las autolesiones en un porcentaje más bajo de los casos. Se detectó también en este estudio un grupo de sujetos para los que la conducta autolesiva tenía más de una función, así como otro grupo en los que fue imposible detectar función alguna.

Estudios realizados con un número menor de sujetos confirman igualmente el carácter multifuncional de las conductas autolesivas. Hagopian et al. (1998) estudiaron la función de las conductas problemáticas de un grupo de niños y adolescentes con retraso mental. Entre los 14 sujetos con autolesiones, la conducta estaba mantenida por *reforzamiento* negativo (escape) en cinco casos, en cuatro por atención, en un caso por *reforzamiento* positivo tangible y en los otros cuatro casos por una combinación de *reforzamiento* positivo y negativo. Derby et al. (1992) estudiaron mediante un análisis funcional experimental breve, las conductas estereotipadas y autolesivas de 79 sujetos retrasados de edades comprendidas entre uno y 32 años. En un 48 por 100 de

TABLA 11.3

*Análisis experimental de la función de la conducta autolesiva (N = 152)*

Conducta autolesiva	Número de sujetos	% Sujetos
Reforzamiento positivo de tipo social	<b>40</b>	<b>26,3</b>
Atención	35	23
Materiales	3	2
Comida	2	1,3
Reforzamiento negativo de tipo social	<b>58</b>	<b>38,1</b>
Escape de demandas de la tarea	54	35,4
Escape de la interacción social	2	1,3
Escape de exámenes médicos	1	0,7
Escape de ruido ambiental	1	0,7
Reforzamiento automático	<b>39</b>	<b>25,7</b>
Estimulación sensorial*	30	19,7
Atenuación del dolor*	2	1,3
Respuesta elevada indiferenciada	7	4,6
Múltiples variables controladoras	<b>8</b>	<b>5,3</b>
Atención y escape	4	2,7
Atención y estimulación sensorial	2	1,3
Escape y estimulación sensorial	2	1,3
No controlada	<b>7</b>	<b>4,6</b>
Respuesta cíclica o impredecible	7	4,6

FUENTE: Iwata et al. (1994). \* Función inferida.

los casos, las conductas estaban mantenidas por reforzamiento negativo de tipo social, reforzamiento automático o sensorial en el 34 por 100, reforzamiento positivo de tipo social (atención) en el 24 por 100 y reforzamiento tangible en el 12 por 100. Algunos sujetos mostraban más de una conducta problemática, cada una de las cuales dependía de diferentes consecuencias.

La investigación realizada con niños y adolescentes muestra que estas conductas autolesivas pueden depender, según los casos, de: reforzamiento positivo de tipo social (Carr y Durand, 1985; Derby et al., 1998; Hanley et al., 1997; Iwata, Pace, Cowdery y Miltenberger, 1994); reforzamiento negativo, generalmente en forma de escape de las exigencias de las

tareas académicas (Carr y Durand, 1985; Horner, Day y Day, 1987); reforzamiento positivo tangible (Lalli, Casey y Kates, 1997; Marcus y Vollmer, 1996); o reforzamiento automático o sensorial (Rincover, Cook, Peoples y Packerd, 1979; Ringdahl, Vollmer, Marcus y Roane, 1997; Vollmer, Marcus y LeBlanc, 1994). Los investigadores han informado también de algunos casos en los que se habían detectado variables de mantenimiento idiosincrásicas, como el escape de ambientes ruidosos sólo durante episodios de otitis media (O'Reilly, 1997) o el acceso a materiales de autocontención (véase Fisher e Iwata, 1996).

Los estudios centrados en conductas estereotipadas no autolesivas de niños y adolescentes son mucho menos numerosos y se han realizado con pocos suje-

tos siguiendo la lógica de los diseños experimentales intrasujeto. La mayoría de los estudios indican que estas conductas dependen del reforzamiento automático, presumiblemente de carácter sensorial (Lalli, Livezey y Kates, 1996; Repp, Felce y Barton, 1988; Sprague, Holland y Thomas, 1997), aunque también se han detectado otras funciones como el escape de tareas difíciles (Durand y Carr, 1987). En cualquier caso, los datos disponibles tanto de niños como de adultos, parecen confirmar parcialmente la hipótesis formulada por Lovaas et al. (1987). Sin embargo, es muy difícil establecer qué reforzamiento automático de tipo sensorial es responsable de una conducta. Esta función debe ser inferida de datos indirectos, como una respuesta indiferenciada a través de condiciones experimentales en las que se manipulan reforzadores extrínsecos, y el resultado de manipulaciones indirectas de la fuente de reforzamiento sensorial que se ha inferido.

Los datos disponibles indican que las conductas autolesivas y estereotipadas pueden ser dependientes de contingencias de reforzamiento incluso en casos en que los niños padecen graves problemas orgánicos. Como señalaban Durand y Carr (1985), las conductas autolesivas o estereotipadas asociadas a alteraciones orgánicas pueden también adquirir funciones sociales o de otro tipo. En este sentido es especialmente relevante el trabajo de Oliver, Murphy, Crayton y Corbett (1993), en el que se demostraba que las dos conductas autolesivas de una niña con el síndrome de Rett tenían funciones operantes diferentes: una estaba mantenida por reforzamiento automático y la otra por escape de interacciones sociales. Oliver et al. (1993) llegaron a la conclusión de que el síndrome de Rett podía establecer las condiciones bajo las cuales las consecuencias de las conductas autolesivas podían ser más influyentes, actuando como un factor predisponente o mediador.

A partir de los resultados de los análisis experimentales acumulados a lo largo de estas dos últimas décadas algunos autores han propuesto nuevas hipótesis explicativas que intentan integrar todos estos datos. Considerando que en un número apreciable de casos las conductas estereotipadas y autolesivas están mantenidas por consecuencias mediadas

socialmente, tanto positivas (atención, objetos, comida, etc.) como negativas (escape de tareas, exámenes médicos, etc.), se ha concluido que las conductas autolesivas tienen una *función comunicativa* (véase Carr, McConnachie, Levin y Kemp, 1993; Carr et al., 1996; Durand, 1990). Es decir, que este tipo de conductas sirven a sujetos con graves déficits conductuales y verbales como conductas primitivas de comunicación no verbal (vocal) que les permiten acceder a determinadas formas de reforzamiento que dependen de otras personas. Sin embargo, los datos experimentales no permiten suponer que todas las conductas repetitivas tienen una función comunicativa (social), por lo que ésta sólo puede ser entendida como una hipótesis parcial dirigida a una subclase de estereotipias y autolesiones.

Otros autores han intentado integrar los datos relativos a factores orgánicos con los relacionados con la función operante de estas conductas. Guess y Carr (1991a, 1991b) formularon un modelo explicativo en tres niveles con el que intentaban asumir las teorías evolutivas, la teoría homeostática y las teorías conductuales. Las estereotipias se consideran, en su inicio, como conductas reguladas internamente por mecanismos evolutivos u homeostáticos, que podrían, más tarde, llegar a estar bajo control de sus consecuencias sociales, como conductas aprendidas. Las conductas autolesivas se encontrarían en este último nivel explicativo y serían consideradas como conductas estereotipadas en su origen. Aunque esta teoría ha sido valorada positivamente por algunos autores, sobre todo por lo que aporta a la explicación del origen de estas conductas (Oliver, 1995), también ha sido criticada por simplificar la contribución de los factores operantes y por la forma como se integran las variables orgánicas como mecanismos explicativos (Lovaas y Smith, 1991; Mulick y Meinhold, 1991). Durand (1990) ofrece un enfoque alternativo a la integración de los factores orgánicos, y otros factores disposicionales, con las contingencias de refuerzo. Desde esta perspectiva, los factores orgánicos, así como el contexto social y físico, son considerados como factores que influyen indirectamente en las conductas problemáticas, afectando a la prominencia de los estímulos consecuentes. Un planteamiento muy cercano

es el desarrollado por Oliver (1995), quien considera en su explicación no sólo las consecuencias reforzantes que mantienen este tipo de conductas, sino también otros factores como los estímulos antecedentes, las operaciones de establecimiento (condiciones motivacionales), las condiciones ambientales (rutinas, personal, disciplina, etc.) y las características de los sujetos (nivel de desarrollo, habilidades, alteraciones orgánicas). Todos esos factores actuarían indirectamente sobre estereotipias y autolesiones, creando las condiciones en las que la aparición de estas conductas podría ser más probable.

En cualquier caso, la investigación experimental indica que, con independencia de su topografía, las conductas estereotipadas y autolesivas son clases de respuestas operantes mantenidas por medio del reforzamiento (positivo, negativo o ambos) en un altísimo porcentaje de casos.

#### 4. EVALUACIÓN

El primer paso en una intervención dirigida a la reducción o eliminación del comportamiento estereotipado alterado, con o sin autolesiones, es la identificación de la conducta problemática y su evaluación. Si la evaluación está, además, dirigida a la posterior aplicación de un tratamiento conductual, no se limitará exclusivamente a la conducta problema, sino que deberá contemplar también la identificación de los factores responsables del mantenimiento de las estereotipias y autolesiones. Por esta razón, es necesaria una evaluación a dos niveles: la conducta problemática y su función.

Para la *evaluación y medición* de las conductas autolesivas y estereotipadas se han propuesto, básicamente, dos tipos de procedimientos: cuestionarios y la observación directa de la conducta. Entre los cuestionarios específicamente dirigidos a este tipo de conductas se encuentran: el «Cuestionario de conductas autolesivas» (*Self-Injurious Behavior Questionnaire*; Gualtieri y Schroeder, 1989), el «Cuestionario para conductas estereotipadas, de Gutermuth» (Berkson, Gutermuth y Baranek, 1995), y el «Cuestionario SIB» (*SIB Questionnaire*; Maurice y Trudel, 1982). También se pueden utilizar instrumentos más genera-

les, que evalúan cualquier tipo de conducta problemática presentada por sujetos con trastornos y problemas del desarrollo psicológico, como el «Inventario de problemas de comportamiento» (*Behavior Problems Inventory*; Rojahn, 1986) o el «Inventario para la planificación de servicios y programación individual, ICAP» de Bruininks, Hill, Woodcock y Weatherman (1993). El ICAP ha sido adaptado para población española. Además, se han desarrollado algunas escalas o cuestionarios para determinar la gravedad que revisten las conductas estereotipadas o autolesivas, como la «Escala de trauma por autolesiones» (*Self-Injury Trauma Scale*, de Iwata et al., 1990) o la «Escala de evaluación subjetiva de problemas de comportamiento» (*Subjective Assessment of Problem Behavior Scale*; Evans y Meyer, 1985). Verdugo y Bermejo (1998) presentan una adaptación española de esta última escala.

Dada la naturaleza de las conductas que se están tratando en este capítulo, es muy posible que una valoración de las mismas basada en apreciaciones subjetivas no resulte de gran utilidad, salvo como procedimiento de identificación. Sería recomendable que, una vez detectada la existencia de estas conductas, se proceda a su evaluación y medición más precisa a través de procedimientos de observación o de instrumentos de registro automático (Jones et al., 1995). La observación directa, y su registro, requiere de la previa operativización de la conducta que va a ser evaluada y la posterior elección del procedimiento de registro: de sucesos, de duración, de latencia, de intervalo o de muestreo temporal (véase Jones et al., 1995; Smith, 1993). Mediante estos procedimientos podrá establecerse la magnitud de la conducta o conductas problemáticas, así como su distribución temporal.

El aspecto más importante en relación con el tratamiento de los comportamientos estereotipados y autolesivos es la evaluación de sus factores de mantenimiento, ya que la elección de las técnicas de intervención vendrá determinada, en gran medida, por ellos. Para la *evaluación funcional* de estas conductas se cuenta con dos tipos de métodos: *a)* aquellos en los que las relaciones funcionales entre la conducta y otros factores se establecen directamente a través de la manipulación experimental de esos



factores, y *b*) aquellos otros en los que esa manipulación no se realiza. En sentido estricto, un análisis funcional de la conducta requiere la demostración de que los factores que se consideran responsables de la conducta alterada realmente lo son, y esto sólo puede establecerse mediante la observación de los cambios que se producen en la conducta tras la manipulación de esas variables (Durand, 1993). Sin embargo, hay otros procedimientos mediante los cuales se pueden llegar a hipotetizar relaciones funcionales cuando no es posible realizar manipulaciones experimentales. Entre esos métodos indirectos que se utilizan en situaciones naturales se encuentran las entrevistas estructuradas, las escalas de estimación y las observaciones formales (Durand, 1990, 1993; Durand y Crimmins, 1991; Iwata, Vollmer, Zarcone, 1990; Iwata, Wollmer, Zarcone y Rodgers, 1993; Mace, Lalli y Lalli, 1991; Mace, Lalli, Lalli y Shea, 1993; Oliver, 1995).

O'Neil et al. (1990) han desarrollado varias estrategias de evaluación funcional indirecta entre las que se encuentra una Entrevista de Análisis Funcional dirigida a personas que conocen las conductas problemáticas que se están evaluando (profesionales o personas que conviven con el niño o adolescente). Otro instrumento dirigido a las personas que trabajan o conviven con el niño es la «Escala de evaluación motivacional» (*Motivational Assessment Scale, MAS*, de Durand y Crimmins, 1988). La MAS es un cuestionario de 16 ítems, de administración independiente para cada conducta que se quiera evaluar, que valora las influencias que la atención, objetos tangibles, el escape o la estimulación sensorial pueden tener en el mantenimiento de la conducta problema. Verdugo y Bermejo (1998) han publicado recientemente la adaptación española de este cuestionario. La «Escala de evaluación del análisis motivacional» (*Motivational Analysis Rating Scale*, Wieseler et al., 1985), la «Lista de análisis funcional» (*Functional Analysis Checklist*, Van Houten y Rolider, 1991) y el «Cuestionario de preguntas sobre funciones conductuales» (*Questions About Behavioral Functions*, Matson y Vollmer, 1995) son otros cuestionarios dirigidos a evaluar la función de estereotipias y autolesiones.

La observación de la conducta en situaciones naturales es la estrategia de evaluación funcional indi-

recta que tiene más tradición. A lo largo de los años se han ido proponiendo diferentes procedimientos de observación y registro dirigidos a la evaluación funcional de las conductas problemáticas, como el registro de antecedentes-conducta-consecuencias propuesto por Bijou, Peterson y Ault (1968), y el registro de ocurrencias de la conducta distribuidas a lo largo del día, o *scatter plot*, de Touchette, MacDonald y Langer (1985). También se han desarrollado procedimientos de observación más sofisticados, como el formato de observación para el análisis funcional de O'Neil et al. (1990), que permite el registro simultáneo de varias conductas, sus antecedentes y consecuencias, mediante una tabla en la que los acontecimientos están previamente codificados. Un procedimiento semejante es el «Registro de la conducta inapropiada» (*Inappropriate Behavior Record*, de Pyles y Bailey, 1990). En el contexto de las conductas estereotipadas Carr et al. (1996) han propuesto también un procedimiento de observación y registro a través de fichas independientes para cada ocurrencia de la conducta, en las que se incluyen los antecedentes y consecuencias sociales de la conducta, la conducta problemática y los datos de identificación del sujeto.

Por último, se han elaborado procedimientos *directos* de análisis funcional en los que las relaciones funcionales determinantes de la conducta se establecen a través de la manipulación experimental. El más utilizado de ellos es el método estandarizado para realizar análisis funcionales experimentales de la conducta, de Iwata et al. (1982), al que se hizo referencia en un apartado anterior. Este procedimiento, que fue diseñado en principio para el análisis funcional de las conductas autolesivas, consiste en exponer al sujeto, a lo largo de varias sesiones, a una serie de condiciones experimentales en situaciones controladas, análogas a aquellas situaciones naturales en las que ocurren las conductas problema. Las condiciones experimentales básicas son cuatro y se presentan en series, de acuerdo con un diseño multielemento. Una de las condiciones sirve de control y las restantes se dirigen a evaluar la influencia de tres tipos diferentes de consecuencias: reforzamiento automático, reforzamiento positivo de tipo social y escape. El procedimiento básico puede ser modificado para dar cabi-

da a consecuencias peculiares o idiosincrásicas que se hayan detectado relevantes en casos concretos. Existen otros procedimientos estructurados para ser aplicados en situaciones análogas y controladas, como el desarrollado por Carr y Durand (1985), y también pueden elaborarse *ad hoc* con base en los diseños experimentales de sujeto único y ser aplicados en situaciones análogas o naturales, siempre que existan posibilidades de control (Durand y Crimmins, 1991; Mace et al., 1991; Oliver, 1991).

La utilización de los distintos procedimientos de análisis funcional depende básicamente de que se puedan realizar o no manipulaciones experimentales, así como de la disponibilidad de medios, en general, con que cuente el especialista. Algunos métodos, como los cuestionarios, tienen la ventaja de ser aplicados con facilidad, pero resultan menos válidos que otros, como los análisis experimentales, para identificar las relaciones funcionales (Iwata, Vollmer y Zarcone, 1990). Estos últimos procedimientos son muy costosos de aplicar, tanto en tiempo como en esfuerzo, por lo que algunos autores han propuesto modificaciones tendientes a su simplificación, como el análisis funcional breve (Northup, 1991) o la realización del análisis funcional estandarizado con sesiones de más corta duración (Wallace e Iwata, 1999). Pero mientras que el análisis funcional breve conduce a errores en un porcentaje alto de casos (Kahng e Iwata, 1999), la utilización de sesiones más cortas durante un análisis funcional estandarizado, como el propuesto por Iwata et al. (1982), resulta adecuado en la mayoría de las ocasiones (Wallace e Iwata, 1999). En todo caso, será necesaria más investigación en el futuro para que el análisis funcional experimental no sea sólo un instrumento útil en la investigación, sino también en la práctica cotidiana.

## 5. TRATAMIENTO CONDUCTUAL

El tratamiento conductual constituye, sin lugar a dudas, el tipo de terapia psicológica más investigado en relación con las conductas estereotipadas y autolesivas. Sin embargo, la *terapia farmacológica* es también objeto de atención por parte de un gran número de investigadores y clínicos (véase Aman, 1993; Baumeister, Todd y Sevin, 1993). Aunque en el pasa-

do se han usado una gran cantidad de agentes farmacológicos para el tratamiento de estos problemas (National Institutes of Health, 1989), en la actualidad la atención se centra en los antagonistas opiáceos (naloxona, naltrexona), los neurolépticos, y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. La eficacia de estos tratamientos no está sólidamente establecida e incluso existen casos en los que sus efectos secundarios pueden ser más graves que los beneficios conseguidos. Con independencia de la eficacia que los tratamientos biológicos muestren en un futuro, en el campo de la psicología clínica infantil los tratamientos de elección para comportamientos autolesivos y estereotipados graves son de carácter conductual y se derivan de los principios del condicionamiento operante. Este tipo de tratamientos ha sido desarrollado con base en numerosos estudios empíricos de carácter experimental (diseños intrasujeto) y se centran en las conductas en sí, con independencia de que los niños y adolescentes tratados presenten además otras alteraciones (por ejemplo, autismo, retraso mental e incluso alteraciones orgánicas).

### 5.1. Bases empíricas del tratamiento conductual

Los primeros tratamientos conductuales de estereotipias y autolesiones consideraban esos comportamientos de carácter operante y, por tanto, dependientes de sus consecuencias. Los tratamientos establecían contingencias competitivas con las responsables del mantenimiento de esas conductas, pero sin actuar directamente sobre los factores de mantenimiento. Los tratamientos desarrollados con el objetivo de reducir o eliminar las conductas problema eran fundamentalmente de dos tipos: *a)* tratamientos supresivos basados en técnicas de castigo que reducían directamente la conducta, y *b)* tratamientos constructivos basados en el refuerzo diferencial que incrementan conductas incompatibles más apropiadas o socialmente deseables, reduciendo o suprimiendo indirectamente la conducta problemática. En algunos casos, el tratamiento puede consistir en la combinación de *técnicas aversivas* con otras basadas en el refuerzo (para una revisión véase Birnbrauer, 1983;

Charlop et al., 1991; Ross, 1987; Harris y Ersner-Hershfield, 1978; Jones et al., 1995; Lovaas y Smith, 1994; Luciano, 1988; Matson, 1989; National Institutes of Health, 1989; Werry, 1986). Entre las técnicas aversivas que son eficaces para reducir conductas estereotipadas y autolesivas se encuentran: la sobrecorrección, la restricción contingente de movimientos, la ocultación facial (bloqueo temporal del campo de visión), el tiempo fuera, el costo de respuesta, las reprimendas verbales y la aplicación contingente de estimulación sensorial aversiva (choques eléctricos, pulverizadores de agua, sustancias amargas, etc.). Las técnicas de reforzamiento que reducen autolesiones y estereotipias son, fundamentalmente, el reforzamiento diferencial de otras conductas —RDO— y el reforzamiento diferencial de conductas alternativas o incompatibles —RDA

Las técnicas aversivas han mostrado siempre una gran eficacia para reducir e incluso eliminar comportamientos autolesivos, tal y como sucede con el Sistema de Inhibición de la Conducta Autolesiva (SIBIS), un aparato electrónico que automáticamente: 1) detecta conductas autolesivas que implican movimientos de cabeza; 2) administra contingentemente una descarga eléctrica en el brazo o pierna del sujeto, y 3) registra lo sucedido. El SIBIS ha demostrado ser un tratamiento eficaz para conductas autolesivas graves y resistentes al tratamiento (Linscheid et al., 1990, 1994), con efectos duraderos (Linscheid, Hartel y Cooley, 1993). Igual sucede con otros procedimientos que suponen el uso de estimulación aversiva eléctrica (Duker y Seys, 1996). Pese a la eficacia demostrada por las técnicas aversivas, su uso ha generado un gran rechazo (Jacob-Timm, 1996; Jones et al., 1995), lo que limita enormemente la posibilidad de que sean utilizadas, reduciendo su aplicación a casos graves y de forma limitada en el tiempo.

Las técnicas de reforzamiento diferencial no han mostrado la misma eficacia que las aversivas (Harris y Ersner-Hershfield, 1978; Jones et al., 1995; Rolider y Van Houten, 1990). Tal y como se aplicaban tradicionalmente, no actuaban sobre los factores de mantenimiento de las conductas problemáticas, sino que se limitaban a fortalecer, mediante contingencias artificiales, conductas que pudieran competir con

ellas. Sin embargo, la identificación de las variables de mantenimiento permite utilizar de otra manera los procedimientos de reforzamiento diferencial y desarrollar nuevas formas de tratamiento dirigidas a esas variables. Estos son los tratamientos basados en análisis funcionales previos o *tratamientos funcionales*.

El más clásico de los tratamientos funcionales es la *extinción*, o eliminación del reforzamiento que mantiene una conducta. Tradicionalmente la extinción ha sido aplicada dejando de prestar atención a las conductas problemáticas exhibidas por el niño o adolescente, bajo la premisa de que esas conductas estaban mantenidas por reforzamiento social. Dado que los análisis funcionales revelan que la atención no es siempre la consecuencia que mantiene una conducta repetitiva, el procedimiento clásico de extinción no resultará adecuado en una gran cantidad de casos (Lerman e Iwata, 1996). De hecho, la extinción implica diferentes procedimientos, dependiendo de cuál sea la variable que mantiene la conducta (véase Iwata et al., 1994; Masson e Iwata, 1990; Repp et al., 1988). La extinción de conductas autolesivas mantenidas por reforzamiento positivo de tipo social, supone la eliminación de ese reforzamiento (la atención prestada); pero cuando las conductas son de escape de una situación aversiva, la extinción consiste en impedir el escape (Ducharme y Van Houten, 1994). Si la situación aversiva es una tarea académica, se exige al niño que la realice y, si es necesario, se le ayuda a hacerlo al tiempo que se le impide escapar (Iwata et al., 1990; Pace et al., 1993). Cuando la conducta está mantenida por reforzamiento automático se aplica la *extinción sensorial*, que consiste en eliminar la consecuencia sensorial que mantiene la conducta. Puesto que la estimulación sensorial automática es, por naturaleza, inaccesible, los investigadores han desarrollado procedimientos ingeniosos tanto para reducir sus efectos reforzantes como provocar una estimulación sensorial distinta con el fin de enmascarar la estimulación responsable de la conducta estereotipada (Mason y Newson, 1990; Rincover et al., 1979), retirando los objetos que producen estimulación táctil (Sigafos y Pennell, 1995) o colocando pesos en los brazos para reducir las sensaciones producidas por su movimiento (Van Houten, 1993). En todos estos casos la conducta no se imposibilita, pero se modifican las conse-

cuencias sensoriales. Una técnica diferente para controlar consecuencias sensoriales automáticas es el *bloqueo de la respuesta*, una combinación de extinción sensorial y castigo, mediante la cual pueden tratarse conductas estereotipadas (Lalli et al., 1996; Kennedy y Souza, 1995). El *enriquecimiento estimular* es otra técnica usada para reducir conductas mantenidas por reforzamiento automático. Consiste en identificar estímulos reforzantes preferidos por el niño que compitan con el reforzamiento automático, permitiendo al niño el acceso a esos estímulos de forma no contingente a su conducta. Es eficaz con conductas autolesivas (Ringdahl et al., 1997) y estereotipadas graves (Vollmer et al., 1994).

Aunque la extinción es una técnica eficaz, siempre que se identifique previamente la función de la conducta, puede provocar efectos no deseados, como el incremento temporal de la respuesta, antes de declinar, y la agresión inducida. El incremento paradójico de la respuesta es más frecuente cuando la extinción se aplica sola que cuando se combina con el reforzamiento de otras conductas (Lerman e Iwata, 1995), y se produce en el doble de casos cuando se extinguen autolesiones mantenidas por reforzamiento negativo que cuando se aplica a las mantenidas por reforzamiento positivo (Lerman et al., 1999). Por esta razón, puede ser más interesante aplicar la extinción como un componente de las técnicas de reforzamiento diferencial. La aplicación del *reforzamiento diferencial de otras conductas* de forma funcional supone: 1) identificar los reforzadores que mantienen la conducta; 2) eliminar ese reforzamiento contingente a la conducta problema, y 3) reforzar otras conductas o la ausencia de conductas problema con el mismo reforzador responsable de la conducta problema. Esta técnica ha dado resultados positivos con adultos (por ejemplo, Lindberg, Iwata, Kahng y DeLeon, 1999).

La aplicación funcional del *reforzamiento diferencial de conductas alternativas* se realiza también con base en un análisis funcional previo, para extinguir la conducta problemática y reforzar, con la misma consecuencia responsable de su mantenimiento, una conducta alternativa (Jones, 1991). Ejemplos de aplicación funcional del RDA lo ofrecen Piazza, Moes y Fisher (1996), quienes redujeron prácticamente a cero una conducta autolesiva mantenida por escape

mediante el fortalecimiento de una respuesta alternativa de obediencia, y Steege et al. (1990), quienes trataron eficazmente conductas autolesivas mantenidas también por escape. Un caso especial de RDA lo constituye el *entrenamiento en comunicación funcional* (ECF). El ECF consiste en enseñar al niño conductas de carácter comunicativo que tengan la misma función que su conducta problemática (Carr y Durand, 1985; Carr et al., 1993; Durand y Crimmins, 1991). Es una técnica específica para conductas alteradas mantenidas por reforzamiento mediado socialmente, de forma que la conducta alternativa permita al sujeto obtener de su entorno social las mismas consecuencias que obtenía con la conducta problemática. La técnica ha resultado eficaz con niños y adolescentes que manifiestan conductas autolesivas (por ejemplo, Carr y Durand, 1985; Day et al., 1988; Derby, 1997; Durand, 1999; Hagopian et al., 1998; Hanley et al., 1997) y estereotipadas (Durand y Carr, 1987). Los resultados se generalizan a otras situaciones (Durand, 1999) y se mantienen a largo plazo (Derby et al., 1997). Además, parece que la técnica es mucho más efectiva cuando se combina con el castigo de las conductas problemáticas (Hagopian et al., 1998).

Una técnica desarrollada gracias a la utilización de análisis funcionales previos al tratamiento es el *reforzamiento no contingente* o programas de tiempo fijo —TF— (Poling y Normand, 1999; Tucker, Sigafos y Bushell, 1998; Vollmer, 1999). Los programas de TF consisten en administrar libremente el reforzamiento responsable de una conducta a intervalos de tiempo en los que no se ha producido esa conducta. Se puede utilizar con conductas mantenidas por reforzamiento positivo (reforzamiento a TF, o reforzamiento no contingente) y por reforzamiento negativo (escape a TF, o reforzamiento no contingente). Es eficaz con conductas autolesivas (Lalli et al., 1997; Vollmer et al., 1998) y estereotipias de niños y adolescentes (Luiselli, 1994). De la extensa investigación con adultos se puede concluir que esta técnica no produce los efectos negativos de la extinción, reduce la privación de reforzamiento, y es más fácil de usar que otros procedimientos de reforzamiento.

Algunos estudios aislados ofrecen, además, nuevas formas de tratamiento de las conductas autolesivas y estereotipadas que deberían ser objeto de más

investigación, como intercalar órdenes eficaces con las tareas de las que escapa el sujeto mediante conductas autolesivas (Horner et al., 1991), las «rutinas neutralizadoras» (Horner et al., 1997) y los procedimientos de autorregistro (Koegel y Koegel, 1990).

En resumen, se dispone de suficientes datos que avalan la utilidad de las técnicas conductuales, tanto constructivas como supresivas, en el tratamiento de conductas estereotipadas y autolesivas de niños y adolescentes. Además, existe un número aún mayor de investigaciones que avalan también su uso con sujetos adultos. Este tipo de técnicas no suelen tener efectos secundarios (con excepción de la extinción aplicada en solitario) y producen resultados que se mantienen durante el seguimiento de los casos. Incluso se ha documentado algún caso de mantenimiento de los resultados a muy largo plazo (Foxy, 1990). Todo ello convierte a los procedimientos conductuales en una opción útil para el tratamiento de este tipo de problemas.

## 5.2. Un programa de tratamiento conductual

Son numerosas las técnicas conductuales que han demostrado su eficacia frente a las conductas autolesivas y estereotipadas graves, pero muy pocos estudios han comparado su eficacia, y no es posible seleccionar una de ellas como la más eficaz. Algunos autores han elaborado manuales de tratamiento dirigidos a las autolesiones y otras conductas perturbadoras que tienen una función comunicativa (están mantenidas por reforzamiento mediado socialmente), basados en la técnica del *entrenamiento en comunicación funcional* (Carr et al., 1996; Durand, 1990). Sin embargo, un programa de tratamiento donde sólo se use esta técnica está abocado al fracaso ante conductas dependientes de otras fuentes de reforzamiento. Resulta también excesivamente limitado, ya que prescinde de un amplio conjunto de técnicas que pueden ser eficaces, e incluso más fáciles de utilizar. Por todo ello, las indicaciones que se proponen a continuación para el tratamiento de las conductas autolesivas y estereotipadas pretenden orientar en la realización de una intervención más amplia, abierta a cualquier técnica conductual que haya demostrado su eficacia. Además,

se propone un tratamiento basado en el conocimiento de la función de estas conductas problemáticas, en el que las decisiones tomadas se justifiquen por lo que sabemos sobre su mantenimiento. En todo caso, lo que se propone son sólo pasos a seguir por psicólogos a los que se supone un profundo conocimiento de los principios y técnicas del análisis y terapia del comportamiento. Los procedimientos de evaluación y tratamiento que se proponen ya han sido comentados en los apartados correspondientes y están parcialmente basados en Axelrod, Spreat, Berry y Moyer (1993), Durand (1990) e Iwata et al. (1993).

1. *Identificación y definición de las conductas problema* de la forma más objetiva posible.
2. *Determinación de la necesidad de intervenir*. Evaluar los efectos negativos que la conducta tiene para el sujeto y quienes le rodean.
3. *Evaluación funcional*. Evaluar la conducta y sus funciones, determinar su frecuencia (línea base) así como los factores antecedentes, consecuentes y disposicionales (si es posible) que controlan la conducta. La evaluación funcional debe realizarse mediante tres tipos de procedimientos:
  - a) ENTREVISTA FUNCIONAL, realizada a las personas del entorno del niño. Pueden utilizarse también cuestionarios de evaluación funcional.
  - b) OBSERVACIÓN de la conducta en el contexto natural en el que ocurre, sus antecedentes y consecuentes.
  - c) ANÁLISIS FUNCIONAL con procedimientos manipulativos que permitan detectar empíricamente la función de la conducta, ya sea en situaciones análogas o en la situación natural en la que ocurre (sólo si es posible).
4. *Determinar la función de la conducta* con base en los resultados de la evaluación funcional. Si los datos procedentes de distintos procedimientos de evaluación son contradictorios, debe concederse mayor importancia a los datos experimentales o, en su defecto, a los observacionales.

5. *Evaluación de repertorios y reforzadores.* Evaluar aquellos repertorios que puedan ser necesarios para la aplicación de cualquier técnica conductual (conductas alternativas o incompatibles, habilidades comunicativas, etc.). Identificar también los estímulos reforzantes o aversivos que resulten funcionales para el niño (para su posterior utilización).
6. *Selección del procedimiento de intervención conductual* con base en los resultados de la evaluación funcional (véase la tabla 11.4). Si la evaluación funcional no es concluyente, pueden aplicarse técnicas que no dependan de ella, preferentemente las basadas en el reforzamiento. Si es necesario utilizar técnicas de castigo, deben seleccionarse procedimientos que no supongan estimulación física aversiva.
7. *Evaluar los resultados* a lo largo de todo el tratamiento. Valorar la eficacia de la intervención momento a momento. Si el resultado no es positivo, debe seleccionarse otra técnica de intervención o volver a evaluar la función de la conducta (como opción última).
8. *Generalización y mantenimiento.* Seguimiento de los resultados en varios contextos y a lo largo del tiempo. Si la generalización no se produce, debe intervenir también en esos contextos. Es útil formar al personal (o a los padres) para que actúen correcta y consistentemente con el tratamiento aplicado.

TABLA 11.4

*Elección de los tratamientos con base en las propiedades funcionales de la conducta*

Función de la conducta	Técnica de tratamiento
Reforzamiento positivo	Reforzamiento no contingente. Extinción (retirada de reforzamiento positivo). RDO (con el mismo reforzador positivo*). RDA (Entrenamiento en comunicación) Funcional: búsqueda o petición de reforzamiento).
Reforzamiento negativo	Reducción de la estimulación aversiva. Extinción (prevención del escape). RDA (reforzando negativamente obediencia). RDA (Entrenamiento en comunicación funcional: búsqueda de asistencia o ayuda).
Reforzamiento automático	Estimulación sensorial no contingente. Enriquecimiento estimular. Reducción de estimulación aversiva sensorial. Extinción (atenuación del reforzamiento sensorial). RDA (respuesta automáticamente reforzada).
No identificada	Sobrecorrección. Restricción contingente de movimientos. Costo de respuesta. Castigo positivo (reprimendas verbales). Castigo positivo (estimulación física). RDO (con reforzadores arbitrarios). RDA (con reforzadores arbitrarios).

\* Mismo tipo de reforzamiento que mantiene la conducta problema.

## 6. CONCLUSIONES

Las conductas estereotipadas y autolesivas constituyen uno de los problemas de comportamiento más graves que pueden mostrar niños y adolescentes con alteraciones graves en su desarrollo. Su tratamiento resulta necesario en muchas ocasiones como consecuencia de las repercusiones que tienen en la salud de los niños, su integración escolar y social. Los tratamientos conductuales permiten reducir e incluso eliminar este tipo de conductas, en muchas ocasiones, a través de procedimientos más o menos complejos, según la situación en la que se aplican y las características de los sujetos. Los tratamientos más eficaces son los basados en técnicas aversivas. Sin embargo, la aplicación de técnicas de manipulación del reforzamiento, basadas en análisis funcionales previos, suponen una alternativa prometedora a las técnicas aversivas más clásicas, y no tienen los problemas éticos que se plantean con ellas. Los tratamientos basados en análisis previos de las variables que mantienen la conducta problemática son más difíciles de aplicar y dependen, en gran medida, de las posibilidades de realizar evaluaciones funcionales adecuadas. Su aplicación fuera de contextos institucionales puede resultar, además, difícil (Davies, Howlin, Bernal y Warren, 1998). Por todo ello, se necesitará en el futuro más investigación que permita: 1) simplificar las evaluaciones funcionales, y 2) desarrollar técnicas de tratamiento fáciles de aplicar, incluso para no profesionales.

## REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991): *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1992): *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1989): Diagnostic, taxonomic and assessment issues. En T. H. Ollendick y M. Hersen (dirs.), *Handbook of child psychopathology*. 2.ª ed.: Nueva York: Plenum.
- Aman, M. G. (1993): Efficacy of psychotropic drugs for reducing self-injurious behavior in the developmental disabilities. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 171-188.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.ª ed. revisada): Washington: Autor.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4.ª ed. Washington: Autor.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4.ª ed. Texto revisado): Washington: Autor.
- Axelrod, S.; Spreat, S.; Berry, B. y Moyer, L. (1993): A decision-making model for selecting the optimal treatment procedure. En R. Van Houten y S. Axelrod (dir.), *Behavior analysis and treatment*. Nueva York: Plenum.
- Bachara, G. H. y Phelan, W. J. (1980): Rhythmic movement in deaf children. *Perceptual and Motor Skills*, 50, 933-934.
- Baumeister, A. A. y Forehand, R. (1973): Stereotyped acts. En N. R. Ellis (dir.), *International review of research in mental retardation*, vol. 6. Nueva York: Academic Press.
- Baumeister, R. F. y Scher, S. J. (1988): Self-defeating behaviors patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychological Bulletin*, 104, 3-22.
- Baumeister, A. A.; Todd, M. E. y Sevin, J. J. (1993): Efficacy and specificity of pharmacological therapies for behavioral disorders in persons with mental retardation. *Clinical Neuropharmacology*, 16, 271-294.
- Berkson, G. (1983): Repetitive stereotyped behaviors. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 239-246.
- Berkson, G. y Davenport, R. K. (1962): Stereotyped movements of mental defectives. I. Initial survey. *American Journal of Mental Deficiency*, 66, 849-852.
- Berkson, G.; Gutermuth, L. y Baranek, G. (1995): Relative prevalence and relations among stereotyped and similar behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 137-145.
- Bijou, S. W.; Peterson, R. F. y Ault, M. H. (1968): A method to integrate descriptive and experimental field studies at the level of data and empirical concepts. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 175-191.
- Birnbrauer, J. S. (1983): Retraso mental. En H. Leitemberg (dir.), *Modificación y terapia de conducta*, vol. II. Madrid: Morata. (Orig. 1976.)

- Borthwick-Duffy, S. A. (1994): Prevalence of destructive behaviors. A study of aggression, self-injury and property destruction. En T. Thompson y D. B. Gray (dirs.), *Destructive behavior in developmental disabilities. Diagnosis and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bruininks, R. H.; Hill, B. K.; Woodcock, R. W. y Weatherman, R. F. (1993): *ICAP. Inventario para la planificación de servicios y programación individual*. Deusto: ICE Deusto/Mensajero. (Orig. 1986.)
- Bruininks, R. H.; Olson, K.; Larson, S. A. y Lakin, K. C. (1994): Challenging behaviors among persons with mental retardation in residential settings. Implications for policy, research, and practice. En T. Thompson y D. B. Gray (dirs.), *Destructive behavior in developmental disabilities. Diagnosis and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Campbell, M.; Locascio, J. J.; Choroco, M. C.; Spencer, E. K.; Malone, R. P.; Kafataris, V. y Overall, J. E. (1990): Stereotypies and tardive dyskinesia: abnormal movements in autistic children. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 260-266.
- Carr, E. G. (1977): The motivation of self-injurious behavior: a review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 84, 800-816.
- Carr, E. G. y Durand, V. M. (1985): Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 111-126.
- Carr, E. G.; Levin, L.; McConnachie, G.; Carlson, J. I.; Kemp, D. C. y Smith, C. E. (1996): *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento. Guía práctica para el cambio positivo*. Madrid: Alianza Editorial. (Orig. 1996.)
- Carr, E. G.; McConnachie, G.; Levin, L. y Kemp, D. C. (1993): Communication based treatment of severe behavior problems. En R. Van Houten y S. Axelrod (dir.), *Behavior analysis and treatment*. Nueva York: Plenum.
- Charlop, M. H.; Schreibman, L. y Kurtz, P. F. (1991): Childhood autism. En T. R. Kratochwill y R. J. Morris (dirs.), *The practice of child therapy* (2.ª edición). Boston: Allyn & Bacon.
- Cooper, S. J. y Dourish, C.T. (1990): An introduction to the concept of stereotypy and a historical perspective on the role of brain dopamine. En S. J. Cooper y C.T. Dourish (dirs.), *Neurobiology of stereotyped behavior*. Oxford: Oxford University Press.
- Davidson, P. W.; Jacobson, J.; Cain, N. N.; Palumbo, D.; Sloane-Reeves, J.; Quijano, L.; Van Heyningen, J.; Giesow, V.; Erhart, J. y Williams, T. (1996): Characteristics of children and adolescents with mental retardation and frequent outwardly directed aggressive behavior. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 244-255.
- Davies, M.; Howlin, P.; Bernal, J. y Warren, S. (1998): Treating severe self-injury in a community setting: Constraints on assessment and intervention. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 3, 26-32.
- Day, R. M.; Rea, J. A.; Schussler, N. G.; Larsen, S. E. y Johnson, W. L. (1988): A functionally based approach to the treatment of self-injurious behavior. *Behavior Modification*, 12, 565-589.
- DeMet, E. M. y Sandman, C. A. (1991): Models of the opiate system in self-injurious behavior: a reply. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 694-696.
- Derby, K. M.; Fisher, W. W.; Piazza, C. C.; Wilke, A. E. y Johnson, W. (1998): The effects of noncontingent and contingent attention for self-injury, manding, and collateral responses. *Behavior Modification*, 22, 474-484.
- Derby, K. M.; Wacker, D. P.; Berg, W.; DeRaad, A.; Ulrich, S.; Asmus, J.; Harding, J.; Prouty, A.; Laffey, P. y Stoner, E. A. (1997): The long-term effects of functional communication training in home settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 507-531.
- Derby, K. M.; Wacker, D. P.; Sasso, G.; Steege, M., Northup, J., Cigrand, K. y Asmus, J. (1992): Brief functional assessment techniques to evaluate aberrant behavior in an outpatient setting: a summary of 79 cases. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 713-721.
- Ducharme, J. M. y Van Houten, R. (1994): Operant extinction in the treatment of severe maladaptive behavior. Adapting research to practice. *Behavior Modification*, 18, 139-170.
- Duker, P. C. y Seys, D. M. (1996): Long-term use of electrical aversion treatment with self-injurious behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 293-301.
- Durand, V. M. (1990): *Severe behavior problems. A functional communication training approach*. Nueva York: Guilford.
- Durand, V. M. (1993): Functional assessment and functional analysis. En M. D. Smith (dir.), *Behavior modification for exceptional children and youth*. Stoneham: Andover Medical Publishers.



- Durand, V. M. (1999): Functional communication training using assistive devices: recruiting natural communities of reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 247-267.
- Durand, V. M. y Carr, E. G. (1985): Self-injurious behavior: motivating conditions and guidelines for treatment. *School Psychology Review*, 14, 171-176.
- Durand, V. M. y Carr, E. G. (1987): Social influences on «self-stimulatory» behavior: analysis and treatment application. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 119-132.
- Durand, V. M. y Crimmins, D. B. (1988): Identifying the variables maintaining self-injurious behavior. *Journal of Autisms and Developmental Disorders*, 18, 99-117.
- Durand, V. M. y Crimmins, D. B. (1991): Teaching functionally equivalent responses as an intervention for challenging behavior. En B. Remington (dir.), *The challenge of severe mental handicap*. Chichester: Wiley.
- Epstein, L. J.; Taubman, M. T. y Lovaas, O. I. (1985): Changes in self-stimulatory behavior with treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 282-294.
- Evans, M. y Meyer, L. H. (1985): *An educative approach to behavior problems*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Fernández Parra, A. (1997): *Trastornos del comportamiento en la infancia. Fundamentos teóricos y prácticos* (2.ª reimpresión). Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Fernández Parra, A. y Fernández Pérez, A. (1995): Succión de los dedos en la infancia. *Avances en Odontostomatología*, 11, 287-296.
- Ferro García, R.; Fernández Parra, A. y Ballesteros Molinero, M. (1989): Eliminación del bruxismo diurno durante las sesiones de tratamiento de un niño retrasado. *Análisis y Modificación de Conducta*, 15, 317-327.
- Fisher, L.; Ames, E. W.; Chisholm, K. y Savoie, L. (1997): Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 67-82.
- Fisher, W. W. e Iwata, B. A. (1996): On the function of self-restraint and its relationship to self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 93-98.
- Fovel, J. T.; Lash, P. S.; Barron, D. A. y Roberts, M. S. (1989): A survey of self-restraint, self-injury, and other maladaptive behaviors in an institutionalized retarded population. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 377-382.
- Fox, R. M. (1990): «Harry»: a ten year follow-up of the successful treatment of a self-injurious man. *Research in Developmental Disabilities*, 11, 67-76.
- Frances, A.; First, M. B. y Pincus, H. A. (1997): *DSM-IV. Guía de uso*. Barcelona: Masson. (Orig. 1995.)
- Frith, C. D. y Done, D. J. (1990): Stereotyped behavior in madness and in health. En S. J. Cooper y C. T. Dourish (dirs.), *Neurobiology of stereotyped behavior*. Oxford: Oxford University Press.
- Gordon, B. N.; Schroeder, C. S. y Hawk, B. (1992): Clinical problems of the preschool child. En C. E. Walker y M. C. Roberts (dirs.), *Handbook of clinical child psychology*. 2.ª ed. Nueva York: Wiley.
- Gualtieri, C. T. y Schroeder, S. R. (1989): Pharmacotherapy for self-injurious behavior: preliminary tests of the D hypothesis. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 364-371.
- Guess, D. y Carr, E. (1991a): Emergence and maintenance of stereotypy and self-injury. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 299-319.
- Guess, D. y Carr, E. (1991b): Rejoinder to Lovaas and Smith, Mulick and Meinhold, and Baumeister. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 335-344.
- Hagopian, L. P.; Fisher, W. W.; Sullivan, M. T.; Acquistio, J. y LeBlanc, L. A. (1998): Effectiveness of functional communication training with and without extinction and punishment: a summary of 21 inpatient cases. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 211-235.
- Hanley, G. P.; Piazza, C. C.; Fisher, W. W. y Adelinis, J. D. (1997): Stimulus control and resistance to extinction in attention maintained SIB. *Research in Developmental Disabilities*, 18, 251-260.
- Harris, S. L. y Ersner-Hersfield, R. (1978): Behavioral suppression of seriously disruptive behavior in psychotic and retarded patients: a review of punishment and its alternatives. *Psychological Bulletin*, 85, 1352-1375.
- Hellings, J. A. y Warnock, J. K. (1994): Self-injurious behavior and serotonin in Prader-Willi syndrome. *Psychopharmacology Bulletin*, 30, 245-250.
- Horner, R. H.; Day, H. M.; Sprague, J. R.; O'Brien, M. y Heathfield, L. T. (1991): Interspersed requests: a nonaversive procedure for reducing aggression and self-injury during instruction. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 265-278.
- Hutton, J. B. (1998): Rett syndrome. En L. Phelps (dir.), *Health-related disorders in children and adolescents: a guidebook for understanding and educating*. Washington: American Psychological Association.
- Isaacson, R. L. y Gispen, W. H. (1990): Neuropeptides and the issue of stereotypy in behavior. En S. J. Cooper y C.T. Dourish (dirs.), *Neurobiology of stereotyped behavior*. Oxford: Oxford University Press.

- Isley, E. M.; Kartsonis, Ch.; McCurley, C. M.; Weisz, K. E. y Roberts, M. S. (1991): Self-restraint: A review of etiology and applications in mentally retarded adults with self-injury. *Research in Developmental Disabilities, 12*, 97-95.
- Iwata, B. A.; Dorsey, M. F.; Slifer, K. J.; Bauman, K. E. y Richman, G. S. (1982): Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 2*, 3-30.
- Iwata, B. A.; Pace, G. M.; Cowdery, G. E. y Miltenberger, R. G. (1994): What makes extinction work: an analysis of procedural form and function. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27*, 131-144.
- Iwata, B. A.; Pace, G. M.; Dorsey, M. F.; Zarcone, J. R.; Vollmer, T. R.; Smith, R. G.; Rodgers, T. A.; Lerman, D. C.; Shore, B. A.; Mazaleski, J. L.; Goh, H. L.; Cowdery, G. E.; Kalsher, M. J.; McCosh, K. C. y Willis, K. D. (1994): The function of self-injurious behavior: an experimental-epidemiological analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27*, 215-240.
- Iwata, B. A.; Pace, G. M.; Kissel, R. C.; Nau, P. A. y Farber, J. M. (1990): The self-injury Trauma (SIT) Scale: a method for quantifying surface tissue damage caused by self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 23*, 99-110.
- Iwata, B. A.; Vollmer, T. R. y Zarcone, J. R. (1990): The experimental (functional) analysis of behavior disorders: methodology, applications, and limitations. En A. C. Repp y N. N. Singh (1990), *Perspectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Iwata, B. A.; Vollmer, T. R.; Zarcone, J. R. y Rodgers, T. A. (1993): Treatment classification and selection based on behavioral function. En R. Van Houten y S. Axelrod (dir.), *Behavior analysis and treatment*. Nueva York: Plenum.
- Jacob-Timm, S. (1996): Ethical and legal issues associated with the use of aversives in the public schools: The SIBIS controversy. *School Psychology Review, 25*, 184-199.
- Jan, J. E.; Freeman, R. D.; McCormick, A. Q.; Scott, E. P.; Robertson, W. D. y Newman, D. E. (1983): Eye-pushing by visually-impaired children. *Developmental Medicine and Child Neurology, 25*, 755-762.
- Jones, R. S. P. (1987): The relationship between stereotyped and self-injurious behaviour. *British Journal of Medical Psychology, 60*, 267-289.
- Jones, R. S. P. (1991): Reducing inappropriate behaviour using non-aversive procedures: evaluating differential reinforcement schedules. En B. Remington (dir.), *The challenge of severe mental handicap*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Jones, R. S. P.; Walsh, P. G. y Sturmey, P. (1995): *Stereotyped movement disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Kahng, S. W. e Iwata, B. A. (1999): Correspondence between outcomes of brief and extended functional analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 32*, 149-159.
- Kennedy, C. H. y Souza, G. (1995): Functional analysis and treatment of eye poking. *Journal of Applied Behavior Analysis, 28*, 27-37.
- King, B. H. (1993): Self-injury by people with mental retardation: a compulsive behavior hypothesis. *American Journal on Mental Retardation, 98*, 93-112.
- King, B. H.; McCracken, T. y Poland, R. E. (1991): Deficiency in the opioid hypotheses of self-injurious behavior. *American Journal on Mental Retardation, 95*, 691-693.
- Klaiman, R. S. y Phelps, L. (1998): Fragile X Syndrome. En L. Phelps (dir.), *Health-related disorders in children and adolescents: a guidebook for understanding and educating*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Koegel, R. L. y Koegel, L. K. (1990): Extended reductions in stereotypic behavior of students with autism through a self-management treatment package. *Journal of Applied Behavior Analysis, 23*, 119-127.
- Kravitz, H. y Boehm, J. J. (1971): Rhythmic habit patterns in infancy: their sequence, age of onset and frequency. *Child Development, 42*, 399-413.
- Kroppla, W. C.; Yu, D.; Ross, L. L. y Ward, R. (1994): Stereotyped human behavior: a nonlinear dynamical analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25*, 1-14.
- LaGrow, S. J. y Reep, A. C. (1984): Stereotypic responding: A review of intervention research. *American Journal of Mental Deficiency, 88*, 595-609.
- Lalli, J. S.; Casey, S. D. y Kates, K. (1997): Noncontingent reinforcement as treatment for severe problem behavior: some procedural variations. *Journal of Applied Behavior Analysis, 30*, 345-382.

- Lalli, J. S.; Livezey, K. y Kates, K. (1996): Functional analysis and treatment of eye poking with response blocking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 129-132.
- Lerman, D. C. e Iwata, B. A. (1995): Prevalence of the extinction burst and its attenuation during treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 93-94.
- Lerman, D. C.; e Iwata, B. A. (1996): Developing a technology for the use of operant extinction in clinical settings: an examination of basic and applied research. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 231-233.
- Lerman, D. C.; Iwata, B. A. y Wallace, M. D. (199): Side effects of extinction: prevalence of bursting and aggression during the treatment of self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 1-8.
- Lindberg, J. S.; Iwata, B. A.; Kahng, S. W. y DeLeon, I. G. (1999): DRO contingencies: an analysis of variable-momentary schedules. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 123-136.
- Linscheid, T. R.; Hartel, F. y Cooley, N. (1993): Are aversive procedures durable? A five year follow-up of three individuals treated with contingent electric shock. *Child and Adolescent Mental Health Care*, 3, 67-76.
- Linscheid, T. R.; Iwata, B. A.; Ricketts, R. W.; Williams, D. E. y Griffin, J. C. (1990): Clinical evaluation of the self-injurious behavior inhibiting system (SIBIS): *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 53-78.
- Linscheid, T. R.; Pejeau, C.; Cohen, S. y Footo-Lenz, M. (1994): Positive side effects in the treatment of SIB using the Self-injurious Behavior Inhibiting System (SIBIS): implicatins for operant and biochemical explanations of SIB. *Research in Developmental Disabilities*, 15, 81-90.
- Lovaas, O. I.; Freitag, G.; Gold, V. J. y Kassorla, I. C. (1965): Experimental studies in childhood schizophrenia: analysis of self-destructive behavior. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2, 67-84.
- Lovaas, O. I. y Newson, C. D. (1983): Modificación de conducta en niños psicóticos. En H. Leitemberg (dir.), *Modificación y terapia de conducta*, vol. II. Madrid: Morata. (Orig. 1976.)
- Lovaas, O. I.; Newson, C. y Hickman, C. (1987): Self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 45-68.
- Lovaas, O. I. y Simmons, J. Q. (1969): Manipulation of self-destruction in three retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 143-157.
- Lovaas, O. I. y Smith, T. (1991): There is more to operant theory and practice: comment on Guess and Carr. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 324-327.
- Lovaas, O. I. y Smith, T. (1994): Intensive and long-term treatments for clients with destructive behaviors. En T. Thompson y D. B. Gray (dirs.): *Destructive behavior in developmental disabilities. Diagnosis and treatment*. Thousand Oaks: Sage.
- Luciano, M. C. (1988): Un análisis de los procedimientos para la adquisición, eliminación, mantenimiento y generalización del comportamiento en personas retardadas en el desarrollo. En M. C. Luciano Soriano y J. Gil Roales-Nieto (dirs.), *Análisis e intervención conductual en el retraso en el desarrollo*. Granada: Universidad de Granada.
- Luiselli, J. K. (1986): Modification of self-injurious behavior. An analysis of the use of contingently applied protective equipment. *Behavior Modification*, 10, 191-204.
- Mace, F. C.; Lalli, J. S. y Lalli, E. P. (1991): Functional analysis and treatment of aberrant behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 12, 155-180.
- Mace, F. C.; Lalli, J. S.; Lalli, E. P. y Shea, M. C. (1993): Functional analysis and treatment of aberrant behavior. En R. Van Houten y S. Axelrod (dir.), *Behavior analysis and treatment*. Nueva York: Plenum.
- MacLean, W. E.; Stone, W. L. y Brown, W. H. (1994): Developmental psychopathology of destructive behavior. En T. Thompson y D. B. Gray (dirs.), *Destructive behavior in developmental disabilities. Diagnosis and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Marcus, B. A. y Vollmer, T. R. (1996): Combining non-contingent reinforcement and differential reinforcement schedules as treatment for aberrant behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 43-51.
- Masson, S. A. e Iwata, B. A. (1990): Artfactual effects of sensory-integrative therapy on self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 361-370.
- Masson, S. A. y Newson, C. D. (1990): The application of sensory change to reduce stereotyped behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 11, 257-271.
- Matson, J. L. (1989): Self-injury and stereotypies. En T. H. Ollendick y M. Hersen (dirs.), *Handbook of child psychopathology*. 2.<sup>a</sup> ed.: Nueva York: Plenum.
- Matson, J. L. y Vollmer, T. R. (1995): *Questions about behavioral functions manual*. Baton Rouge: Scientific Publishers.

- Matthews, L. H.; Leibowitz, J. M. y Matthews, J. R. (1992): Tics, habits, and mannerisms. En C. E. Walker y M. C. Roberts (dirs.), *Handbook of clinical child psychology*. 2.ª ed.: Nueva York: Wiley.
- Maurice, P. y Trudel, G. (1982): Self-injurious behavior: Prevalence and relationship to environmental events. En J. H. Hollis y C. E. Meyers (dirs.), *Life-threatening behavior. Analisis and interventions*. Washington: AAMD.
- Mazzocco, M. M. M.; Pulsifer, M.; Fiumara, A.; Cocuzza, M.; Nigro, F.; Incorpora, G. y Barone, R. (1997): Autistic behaviors among children with Fragile X or Rett syndrome: Implications for the classification of Pervasive Developmental Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 321-328.
- Miranda-Linné, F. y Melin, L. (1997): A comparison of speaking and mute individuals with autism and autistic-like conditions on the Autism Behavior Checklist. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 245-264.
- Mulick, J. A. y Meinhold, P. M. (1991): Evaluating models for the emergence and maintenance of stereotypy and self-injury. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 327-333.
- Nagamitsu, S.; Matsushita, T.; Kisa, T.; Komori, H.; Miyazaki, M.; Hashimoto, T.; Yamashita, Y.; Ohtaki, E. y Kato, H. (1997): CSF-Endorphin levels in patients with infantile autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 155-163.
- National Institutes of Health (1989): Treatment of destructive behaviors in persons with developmental disabilities. *NIH Consensus Statement*, 7, 1-15.
- Newson, C. y Rincover, A. (1989): Autism. En J. Mash y R. A. Barkley (dirs.), *Treatment of childhood disorders*. Nueva York: Guilford.
- Nissen, J. M. F. y Haveman, M. J. (1997): Mortality and avoidance death in people with severe self-injurious behaviour: Results of an Dutch study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 252-257.
- Nyhan, W. L. (1994): The Lesh-Nyhan disease. En T. Thompson y D. B. Gray (dirs.), *Destructive behavior in developmental disabilities. Diagnosis and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Oliver, C. (1991): The application of analogue methodology to the functional analysis of challenging behaviour. En B. Remington (dir.), *The challenge of severe mental handicap*. Chichester, CA: Wiley.
- Oliver, C. (1995): Self-injurious behavior in children with learning disabilities: recent advances in assessment and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 909-927.
- Oliver, C.; Murphy, G. H.; Crayton, L. y Corbett, J. A. (1993): Self-injurious behavior in Rett syndrome: interactions between features of Rett syndrome and operant conditioning. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 91-109.
- O'Reilly, M. F. (1997): Functional analysis of episodic self-injury correlated with recurrent otitis media. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 165-167.
- Organización Mundial de la Salud (1992): *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor. (Orig. 1992.)
- O'Neill, R. E.; Horner, R. H.; Albin, R. W.; Storey, K. y Sprague, J. R. (1990): *Functional analysis of problem behavior. A practical assessment guide*. Sycamore: Sycamore Publishing Company.
- Ornitz, E. M. (1989): Autism. En C. G. Last y M. Hersen (dirs.), *Handbook of child psychiatric diagnosis*. Nueva York: Wiley.
- Pace, G. M.; Iwata, B. A.; Cowdery, G. E.; Andree, P. J. y McIntyre, T. (1993): Stimulus (instructional) fading during extinction of self-injurious escape behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 205-212.
- Piazza, C. C.; Moes, D. R. y Fisher, W. W. (1996): Differential reinforcement of alternative behavior and demand fading in the treatment of escape-maintained destructive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 569-572.
- Poling, A. y Normand, M. (1999): Noncontingent reinforcement: an inappropriate description of time-based schedules that reduce behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 237-238.
- Poustka, F. y Lisch, S. (1993): Autistic behaviour domains and their relation to self-injurious behaviour. *Acta Paedopsychiatrica. International Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 56, 69-73.
- Powell, S. B.; Boldfish, J. W.; Parker, D.; Crawford, T. W. y Lewis, M. H. (1996): Self-restraint and self-injury: Occurrence and motivational significance. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 41-48.
- Pyles, D. A. M. y Bailey, J. S. (1990): Diagnosing severe behavior problems. En A. C. Repp y N. N. Singh (dirs.), *Perspectives on the use of nonaversive and aversive*

- interventions for persons with developmental disabilities. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Co.
- Repp, A. C.; Felce, D. y Barton, L. E. (1988): Basing the treatment of stereotypic and self-injurious behaviors on hypotheses of their causes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21, 281-289.
- Rincover, A.; Cook, R.; Peoples, A. y Packard, D. (1979): Sensory extinction and sensory reinforcement principles for programming multiple adaptive behavior change. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 221-233.
- Ringdahl, J. E.; Vollmer, T. R.; Marcus, B. A. y Roane, H. S. (1997): An analogue evaluation of environmental enrichment: the role of stimulus preference. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 203-216.
- Robertson, M. M. (1994): Guilles de la Tourette syndrome: An update. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 597-611.
- Rojahn, J. (1986): Self-injurious and stereotyped behavior in noninstitutionalized mentally retarded people: prevalence and classification. *American Journal of Mental Deficiency*, 91, 268-276.
- Rojahn, J. (1994): Epidemiology and topographic taxonomy of self-injurious behavior. En T. Thompson y D. B. Gray (dirs.), *Destructive behavior in developmental disabilities. Diagnosis and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ross, A. O. (1987): *Terapia de la conducta infantil. Principios, procedimientos y bases teóricas*. México: Limusa.
- Sansom, D.; Krishnan, V. H.; Corbett, J. y Kerr, A. (1993): Emotional and behavioural aspects of Rett syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35, 340-345.
- Schneider, M. J.; Bijam-Schulte, A. M.; Janssen, C. G. C. y Stolk, J. (1996): The origin of self-injurious behavior of children with mental retardation. *British Journal of Developmental Disabilities*, 42, 136-148.
- Schreibman, L. y Mills, J. I. (1986): Autismo infantil. En T. H. Ollendick y M. Hersen (dirs.), *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1983.)
- Schroeder, S. R.; Rojahn, J. y Reese, R. M. (1997): Reliability and validity of instruments for assessing psychotropic medication effects on self-injurious behavior in mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 89-102.
- Schwartz, S. S.; Gallagher, R. J. y Berkson, G. (1986): Normal repetitive and abnormal stereotyped behavior of non-retarded infants and young mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 625-630.
- Sigafoos, J. y Pennell, D. (1995): Noncontingent application versus contingent removal of tactile stimulation: effects on self-injury in a young boy with multiple disabilities. *Behaviour Change*, 12, 139-143.
- Smith, M. D. (1993): *Behavior modification for exceptional children and youth*. Stoneham: Andover Medical Publishers.
- Smith, E. A.; Iwata, B. A.; Vollmer, T. R. y Pace, G. M. (1992): On the relation between self-injurious behavior and self-restraint. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 433-445.
- Smith, E. A. y Van Houten, R. (1996): A comparison of the characteristics of self-stimulatory behaviors in «normal» children and children with developmental delays. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 253-268.
- Sprague, J.; Holland, K. y Thomas, K. (1997): The effect of noncontingent sensory reinforcement, contingency sensory reinforcement, and response interruption on stereotypical and self-injurious behavior. *Research and Developmental Disabilities*, 18, 61-77.
- Taylor, J. C. y Carr, E. G. (1992): Severe problems behaviors related to social interaction. Attention seeking and social avoidance. *Behavior Modification*, 16, 305-335.
- Thelen, E. (1979): Rhythmical stereotypies in normal humans infants. *Animal Behavior*, 27, 699-715.
- Thelen, E. (1981): Rhythmical behavior in infancy: a ethological perspective. *Developmental Psychology*, 17, 237-257.
- Thompson, T.; Egli, M.; Symons, F. y Delaney, D. (1994): Neurobehavioral mechanisms of drug action in developmental disabilities. En T. Thompson y D. B. Gray (dirs.), *Destructive behavior in developmental disabilities. Diagnosis and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Touchette, P. E.; MacDonald, R. F. y Langer, S. N. (1985): A scatter plot for identifying stimulus control of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 343-351.
- Tröster, H. (1994): Prevalence and functions of stereotyped behaviors in nonhandicapped children in residential care. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 79-97.
- Tröster, H.; Brambring, M. y Beelmann, A. (1991): Prevalence and situational causes of stereotyped behaviors in blind infants and preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 569-590.

- Tsai, L.Y. (1997): Rett's syndrome: A subtype of Pervasive Developmental Disorder? En American Psychiatric Association (dir.), *DSM-IV Sourcebook*, Vol. 3. Washington: Autor.
- Tucker, M.; Sigafoos, J. y Bushell, H. (1998): Use of noncontingent reinforcement in the treatment of challenging behavior. A review and clinical guide. *Behavior Modification*, 22, 529-547.
- Van Acker, R. (1991): Rett syndrome: A review of current knowledge. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 381-406.
- Van Houten, R. (1993): The use of wrist weights to reduce self-injury maintained by sensory reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 197-203.
- Verdugo, M. A. y Bermejo, B. G. (1998): *Retraso mental. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Vollmer, T. R. (1999): Noncontingent reinforcement: some additional comments. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 239-240.
- Vollmer, T. R.; Marcus, B. A. y LeBlanc, L. (1994): Treatment of self-injury and hand mouthing following inconclusive functional analyses. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 331-344.
- Vollmer, T. R.; Progar, P. R.; Lalli, J. S.; Van Camp, C. M.; Sierp, B. J.; Wright, C. S.; Nastasi, J. y Eisenschink, K. J. (1998): Fixed-time schedules attenuate extinction-induced phenomena in the treatment of severe aberrant behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 529-542.
- Vollmer, T. R.; Roane, H. S.; Ringdahl, J. E. y Marcus, B. A. (1999): Evaluating treatment challenges with differential reinforcement of alternative behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 9-23.
- Wacker, M. W.; Wacker, D. P.; Cigrand, K. C.; Berg, W. K.; Novak, C. G.; Reimers, T. M.; Sasso, G. M. y DeRaad, A. (1990): Use of negative reinforcement in the treatment of self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 459-467.
- Wallace, M. D. e Iwata, B. A. (1999): Effects of session duration on functional analysis outcomes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 175-183.
- Werry, J. S. (1986): Physical illness, symptoms, and allied disorders. En H. C. Quay y J. S. Werry (dirs.), *Psychopathological disorders of childhood* (3.ª edición). Nueva York: Wiley.
- Wieseler, N. A.; Hanson, R. H. y Nord, G. (1995): Investigation of mortality and morbidity associated with severe self-injurious behavior. *American Journal of Mental Retardation*, 100, 1-5.
- Winchel, R. M. y Stanley, M. (1991): Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 148, 306-317.
- Young, M. M. y Mayfield, J. (1998): Cornelia de Lange Syndrome. En L. Phelps (dir.), *Health-related disorders in children and adolescents: a guidebook for understanding and educating*. Washington: American Psychological Association.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Carr, E. G.; Levin, L.; McConnachie, G.; Carlson, J. I.; Kemp, D. C. y Smith, C. E. (1996): *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento. Guía práctica para el cambio positivo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Durand, V. M. (1990): *Severe behavior problems. A functional communication training approach*. Nueva York: Guilford.
- Jones, R. S. P.; Walsh, P. G. y Sturmey, P. (1995): *Stereotyped movement disorders*. Chichester: Wiley.
- Luciano, M. C. (1988): Un análisis de los procedimientos para la adquisición, eliminación, mantenimiento y generalización del comportamiento en personas retardadas en el desarrollo. En M. C. Luciano Soriano y J. Gil Roales-Nieto (dirs.), *Análisis e intervención conductual en el retraso en el desarrollo*. Granada: Universidad de Granada.
- Verdugo, M. A. y Bermejo, B. G. (1998): *Retraso mental. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.

# Características clínicas y tratamiento de los trastornos por tics

# 12

RAYMOND G. MILTENBERGER<sup>1</sup>  
DOUGLAS W. WOODS<sup>2</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

La evaluación y el tratamiento de los trastornos por tics se ha encontrado, históricamente, fuera del campo de actuación de los psicólogos clínicos. Los psiquiatras y los neurólogos clínicos han asumido el papel de proveedores del servicio para la mayoría de los individuos con trastornos por tics (Bruun y Bruun, 1994). A pesar del limitado papel que la psicología clínica ha desempeñado en la evaluación y el tratamiento de los trastornos por tics, los psicólogos clínicos han desarrollado y administrado técnicas de evaluación y tratamientos psicológicos eficaces (Elliott, Miltenberger, Kaster-Bundgaard y Lumley, 1996). El propósito de este capítulo es describir los trastornos por tics y familiarizar al lector con los enfoques psicológicos para la evaluación y el tratamiento de los mismos.

## 2. DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS POR TICS

Los *trastornos por tics* se caracterizan como «vocalizaciones o movimientos motores estereotipados, súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos» (APA, 2000, p. 108). Existen cuatro tipos de trastornos por tics: trastorno de la Tourette, trastornos de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastornos de tics no especificado.

Tanto los tics motores como los vocales pueden ser *simples* (implicando sólo unos cuantos músculos o consistiendo en sonidos simples) o *complejos* (implicando a muchos grupos de músculos o a palabras y frases). Los tics se experimentan habitualmente como irresistibles, pero pueden suprimirse durante distintos períodos de tiempo. Algunos niños (y a veces adultos) no se dan cuenta de sus tics. Sin embargo, muchas personas sienten una sensación somática o tensión, que aumenta gradualmente, en alguna parte de su cuerpo que precede al tic motor o vocal y una sensación de alivio o disminución de la tensión después de la expresión del tic (APA, 2000).

Los tics se emiten, a menudo, en tandas de uno o varios tics; las tandas están separadas por períodos de comportamientos libres de tics que duran desde segundos a horas. Los tics habitualmente cambian su gravedad conforme transcurren las horas o el día y pueden variar en frecuencia y malestar dependiendo del contexto (en la escuela, en casa, etc.). Los tics habitualmente disminuyen o desaparecen durante el sueño, siendo más frecuentes cuando el individuo se relaja en privado (por ejemplo, viendo la televisión) y disminuyendo cuando el sujeto realiza actividades que requieren un esfuerzo (por ejemplo, leer). Los tics pueden exacerbarse durante períodos de estrés (por ejemplo, durante los períodos de exámenes) (APA, 2000). Finalmente, los tics se consideran transitorios si han ocurrido durante menos de 12 meses y crónicos si han tenido lugar durante más de 12 meses (incluyendo el trastorno de la Tourette). Para recibir el diagnóstico de cualquiera de los tres trastornos por tics

<sup>1</sup> North Dakota State University (EE.UU.).

<sup>2</sup> Western Michigan University (EE.UU.).

Capítulo traducido y adaptado por V. E. Caballo.

(sin incluir el no especificado), el inicio de la conducta debe haber ocurrido antes de los 18 años.

## 2.1. Tics motores

Los tics motores se definen como «movimientos musculares rápidos y aparentemente involuntarios repetitivos o bruscos, que son diferentes de los espasmos, la corea o los temblores» (Woods y Miltenberger, 1995, p. 123). Como hemos visto anteriormente, pueden ser simples o complejos y transitorios o crónicos. Ejemplos de *tics motores simples* son parpadear, arrugar la nariz, sacudir el cuello, levantar los hombros, hacer muecas faciales y tensar el abdomen. Estos tics duran normalmente unos cuantos cientos de milisegundos. Los *tics motores complejos* incluyen gestos con las manos, saltar, tocar, apretar, dar golpes en el suelo con los pies, contorsiones faciales, olfatear repetidas veces un objeto, agacharse, colocarse en posturas poco habituales, etc. (APA, 2000). Estos tics tiene una duración superior (segundos o más tiempo). Los trastornos motores ocurren en aproximadamente el 1 por 100 de la población (Ollendick, 1981) y son más frecuentes en varones (Watson y Sterling, 1998b).

La presencia de tics motores puede tener una serie de consecuencias negativas para la persona que los manifiesta. Los tics motores, físicos, pueden producir cortes, quemaduras y magulladuras (Shimberg, 1995). Además de los efectos físicos negativos sufridos por la persona con un trastorno por tics, investigaciones recientes sugieren que los individuos que manifiestan tics motores son vistos como menos aceptables socialmente que las personas que no muestran ese comportamiento (Boudjouk, Woods, Miltenberger y Long, 2000; Long, Woods, Miltenberger, Fuqua y Boudjouk, 1999; Woods et al., 1997).

## 2.2. Tics vocales

Los tics vocales son «vocalizaciones súbitas, rápidas, recurrentes, no rítmicas» (APA, 2000, p. 115). Pueden ser simples o complejos y crónicos o transitorios. Los *tics vocales simples* son sonidos

ininteligibles como aclarar la garganta, gruñir, inspirar, resoplar y gorjear. Los *tics vocales complejos* implican al habla y al lenguaje e incluyen la expresión súbita y espontánea de palabras aisladas o de frases, cambios repentinos y sin sentido en el tono, en el énfasis o en el volumen de la voz, palilalia (repetición de los propios sonidos o palabras), ecolalia (repetición del último sonido, palabra o frase), coprolalia (expresión de palabras o frases socialmente inaceptables, pudiendo incluir obscenidades u ofensas raciales o religiosas) (APA, 2000). La prevalencia de los tics vocales no está clara (Miltenberger y Woods, en prensa), pero se cree que son menos frecuentes que los tics motores (Cohen, Riddle y Leckman, 1992). Sin embargo, los tics vocales son más frecuentes en varones (Watson y Sterling, 1998b). La ocurrencia de tics vocales pueden tener consecuencias negativas para la persona que los manifiesta, como el ser percibida como menos aceptable socialmente que los sujetos que no manifiestan ese comportamiento (Long et al., 1999; Woods et al., 1997).

## 2.3. El síndrome de la Tourette

El trastorno o síndrome de la Tourette (ST) consiste en tics motores múltiples y uno o más tics vocales (APA, 2000). Aunque no es necesario que los tics ocurran al mismo tiempo, la persona no tiene que haber tenido un período libre de tics durante tres meses consecutivos y debe haber estado manifestando tics durante al menos un año. Además, el inicio del trastorno tiene que haber ocurrido antes de los 18 años y las conductas no se deben a los efectos directos de la medicación o de una enfermedad médica. Se sabe que los tics incluidos en el ST fluctúan en gravedad y topografía a lo largo del curso del trastorno (Peterson, 1996). Los tics motores, complejos y simples, pueden afectar a cualquier parte del cuerpo, incluyendo cara, cabeza, torso y miembros superiores e inferiores. Los tics motores simples son rápidos, contracciones sin sentido de uno o varios músculos, como el parpadeo. Los tics motores complejos incluyen el tocar, agacharse, doblar las rodillas, desandar pasos y dar giros al



caminar. Los tics vocales incluyen diferentes palabras o sonidos, como chasquidos de la lengua, gruñidos, ladridos, olfateos, bufidos y toses. La gente cree que la coprolalia, un tic vocal que implica ocurrencias rápidas y súbitas de palabrotas, es un tic vocal frecuente en el ST, pero realmente se da en menos del 10 por 100 de los casos (APA, 2000) y no es necesario para un diagnóstico del trastorno de la Tourette. En aproximadamente la mitad de los sujetos con este trastorno, los primeros síntomas que aparecen son episodios de un único tic, frecuentemente parpadeo. Con menos frecuencia, los tics iniciales implican otra parte de la cara o del cuerpo, como muecas faciales, protusión de la lengua, olisquear, saltar, aclarar la garganta, tartamudear o emitir palabras o sonidos. El síndrome de la Tourette ocurre en aproximadamente de 5 a 30 casos por cada 10.000 niños y es más frecuente en varones (APA, 2000).

La presencia del ST pueden tener una serie de consecuencias negativas para la persona con el trastorno. Además de los efectos físicos negativos (por ejemplo, la posibilidad de cortes, quemaduras y magulladuras; Shimberg, 1995), la investigación ha sugerido que los individuos que muestran el trastorno son percibidos como menos aceptables socialmente que las personas que no manifiestan esa conducta (Friedrich, Morgan y Devine, 1996; Stokes, Bawden, Camfield y Backman, 1989).

Aparte de los efectos sociales y físicos directos causados por los tics, los individuos con ST experimentan a menudo una serie de condiciones psiquiátricas comórbidas. Por ejemplo, el 60 por 100 de los niños con ST tiene también Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y el 50 por 100 de los individuos con ST cumple también los criterios diagnósticos del Trastorno obsesivo-compulsivo (Peterson, 1996). Así, es importante recordar que cuando se trata a un individuo con un ST, es probable que un clínico se centre en otras cuestiones además de los tics. Sin embargo, es importante también para el clínico que tiene un paciente con ST no descartar la importancia del tratamiento del trastorno por tics. Los tics por sí mismos causan otros problemas al paciente y estos problemas (por ejemplo, problemas de socialización) pueden mantener o exacerbar las otras condiciones.

### 3. TEORÍAS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS POR TICS

Casi toda la investigación sobre la etiología de los trastornos por tics se ha centrado en las causas del trastorno o síndrome de la Tourette. Habitualmente se han ignorado los trastornos por tics motores y vocales a la hora de la investigación sobre la etiología. La atención principal en el ST se basa en la perspectiva de que los trastornos por tics motores y vocales son, simplemente, versiones menos graves del ST y que descubriendo la causa del ST los investigadores comprenderán la causa de los trastornos por tics motores y vocales (Spencer et al., 1995). En esta sección presentaremos las teorías biológicas y conductuales habituales sobre la etiología de los trastornos por tics.

#### 3.1. Teorías biológicas

Las teorías biológicas sobre la etiología de los tics se han centrado en tres áreas principales: influencias genéticas, diferencias neuroanatómicas y actividad neuroquímica. El apoyo a la contribución genética para el ST proviene de estudios genéticos con gemelos y con familias. Los estudios con gemelos muestran que los gemelos monozigóticos tienen una tasa de concordancia del 50-90 por 100, mientras que los gemelos dizigóticos tienen sólo una tasa de concordancia del 8 por 100 (Peterson, 1996). Además, los estudios sugieren que del 8 al 17 por 100 de los familiares de individuos con un ST tendrán un ST o un trastorno por tics motores (Peterson, 1996).

Con respecto a las diferencias neuroanatómicas en pacientes con ST, los investigadores creen que los ganglios basales juegan un papel en la causación de los trastornos por tics. Las evidencias específicas del papel causal de los ganglios basales incluyen la capacidad para provocar conductas similares a los tics cuando se introducen estimulantes en el núcleo de los ganglios basales, estudios con MRI que muestran que los ganglios basales eran más pequeños en el lado izquierdo de los pacientes con un ST que pacientes sin este trastorno, y que las lesiones y los

bloqueos químicos en los ganglios basales disminuyen conductas similares a los tics (Peterson, 1996).

El área final en la que los teóricos han tratado de establecer un vínculo entre la biología y la etiología de los trastornos por tics implica a la neuroquímica. Dos neurotransmisores, la dopamina y la noradrenalina, se han implicado en la etiología de los trastornos por tics. Aunque la implicación de estos neurotransmisores se debe a que los fármacos que afectan al sistema dopaminérgico han sido eficaces para reducir los síntomas de tics, estudios postmortem y estudios con imágenes de los receptores sinápticos han sugerido que hay diferencias entre los sistemas dopaminérgicos de pacientes con ST y pacientes sin ST. Además de la dopamina, investigaciones recientes han incluido a la noradrenalina en la etiología de los trastornos por tics (Peterson, 1996).

A pesar de la prometedora investigación llevada a cabo sobre la etiología biológica de los trastornos por tics, dos cosas están muy claras. En primer lugar, la causa exacta de los trastornos por tics no se conoce. Hasta la fecha, los investigadores no han sido capaces de establecer relaciones causales entre variables biológicas y la presencia de tics. En segundo lugar, no se puede descartar el papel de las variables ambientales. Tal como sugiere la investigación sobre las influencias genéticas en los trastornos por tics, existe mucha varianza en el trastorno que los factores biológicos no explican. Se cree que esta varianza no explicada está causada por variables ambientales.

### 3.2. Teorías conductuales

Los tratamientos conductuales para los trastornos por tics se han desarrollado normalmente sin tener en cuenta la explicación teórica sobre la etiología de dichos trastornos. Sin embargo, Azrin y Nunn (1973) sugirieron que al menos algunos trastornos por tics eran el resultado de una lesión física en un grupo específico de músculos. Plantearon que una lesión en un grupo de músculos produjo una tensión física que se aliviaba realizando la conducta del tic. En algunos casos, la lesión se curaría, pero el tic permanecería.

De este modo, la conducta se mantendría por medio del refuerzo negativo en la reducción de la tensión muscular. Aunque esta teoría parece encajar en algunos casos, el respaldo empírico es limitado y la teoría no cubre los casos de comienzo de tics sin que haya una lesión física previa en el grupo de músculos. A pesar de las limitaciones de esta teoría, la idea de que los tics pueden estar negativamente reforzados sigue siendo básica en las teorías actuales sobre la etiología de los tics.

Las teorías conductuales actuales sobre los trastornos por tics apuntan a dos tipos de variables que podrían estar manteniendo las conductas: consecuencias automáticas y consecuencias sociales. Individuos con un ST informan experimentar una sensación corporal que produce un impulso para realizar el tic (Bullen y Hemsley, 1983; Kane, 1994). Personas con estas experiencias sensoriales informan que las experiencias se parecen a un impulso para rascarse un picor (Bullen y Hemsley, 1983). Al realizar el tic se alivia temporalmente esta experiencia sensorial aversiva. Evers y Van de Wetering (1994) han descrito esta situación como un círculo de refuerzo negativo en donde el tic se refuerza por la eliminación de la experiencia sensorial aversiva. Aunque esa hipótesis no se ha confirmado empíricamente, parece consistente con los informes de individuos con un ST y con lo que sabemos sobre el mantenimiento del comportamiento humano.

Además de las consecuencias automáticas que pueden provenir de la ocurrencia del tic, la investigación reciente ha empezado a investigar las consecuencias socialmente mediadas que podrían mantener los trastornos por tics en algunos individuos. Los investigadores han descubierto que algunos casos de trastornos por tics pueden estar mantenidos, al menos parcialmente, por variables tales como el escape de situaciones difíciles o demandantes (Carr, Taylor, Wallander y Reiss, 1996) y por la atención contingente (Carr et al., 1996; Watson y Sterling, 1998a). Aunque algunos casos de trastornos por tics pueden estar mantenidos por medio de consecuencias mediadas socialmente, es poco probable que la mayoría de los casos sea mantenida de esta manera.

## 4. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR TICS

La evaluación de los trastornos por tics puede ser a veces simple y a veces complicada. A diferencia de muchos otros síndromes que se ven a menudo en la psicología clínica (como la ansiedad y la depresión), los trastornos por tics se caracterizan por conductas manifiestas específicas que deberían hacer sencilla su evaluación. Desafortunadamente, como se señaló anteriormente, es probable que diferentes situaciones provoquen distintos niveles de ocurrencia de tics. Se han utilizado una serie de estrategias para abordar estas dos caras del problema en la evaluación de los trastornos por tics.

### 4.1. Escalas de evaluación

Como una forma de vérselas con la variabilidad situacional manifestada a menudo en los trastornos por tics, se ha desarrollado una serie de escalas para evaluar la gravedad del tic en un amplio conjunto de situaciones basándose en autoinformes de la conducta de tic o en las evaluaciones de los padres/médicos sobre la gravedad del tic y el deterioro funcional causado por el trastorno por tics. Ejemplos de escalas rellenas por los padres/médicos incluyen la «Escala de gravedad del síndrome de la Tourette» (*Tourette's Syndrome Severity Scale*; Shapiro y Shapiro, 1982), la «Escala general de gravedad de los tics, de Yale» (*Yale Global Tic Severity Scale*; Leckman et al., 1989) y la «Escala de tics motores/vocales, de Hopkins» (*Hopkins Motor/Vocal Tic Scale*; Walkup, Rosenberg, Brown y Singer, 1992). Un ejemplo de un instrumento de autoinforme por los pacientes es la «Escala de evaluación de tics vocales, tics motores, obsesiones y compulsiones» (*Motor tic, Obsessions and compulsions, Vocal tic Evaluation Survey, MOVES*; Gaffney, Sieg y Hellings, 1994). Estos instrumentos han demostrado fiabilidad y validez adecuadas en la evaluación de los trastornos por tics, aunque están sujetos a sesgos de autoinforme (Kazdin, 1992) y no son realmente medidas directas de la conducta problema.

### 4.2. Medidas directas

Aunque las escalas de evaluación se utilizan para abordar los problemas de la variabilidad situacional, las medidas directas empleadas en la evaluación de los trastornos por tics se usan como una medida más «real» de la gravedad del tic. Un tipo frecuente de procedimiento de observación directa utilizado en las clínicas es el autorregistro de la ocurrencia del tic. Una serie de investigadores han usado el autorregistro para evaluar varios tratamientos para los trastornos por tics (Azrin y Nunn, 1973; Billings, 1978). Sin embargo, el autorregistro está sujeto a muchos de los mismos sesgos inherentes a las escalas de evaluación y pudieran no reflejar representaciones precisas de la conducta.

Otro tipo de procedimiento de evaluación directa es la observación directa real de las conductas de tics por observadores independientes. Normalmente, esta evaluación implica grabar en vídeo al paciente en la(s) situación(es) en la que ocurre el tic con mayor gravedad. La investigación sugiere que segmentos de cinta de cinco minutos de duración producen la mayor estabilidad temporal (Chappell et al., 1994).

A la hora de evaluar estos segmentos, el contar directamente la frecuencia de la ocurrencia del tic sería útil, pero recomendamos el empleo de un método de evaluación de la frecuencia por intervalos (Barlow y Hersen, 1984), ya que este método facilitará el cálculo de acuerdos entre observadores. Se han utilizado ampliamente métodos de observación directa en la evaluación de los tratamientos psicológicos para los trastornos por tics (por ejemplo, Miltenberger, Fuqua y McKinley, 1985; Woods, Miltenberger y Lumley, 1996).

Cuando se discute sobre los diferentes tipos de evaluación, sería útil comparar la eficacia de cada estrategia. Los procedimientos de observación directa producen las mediciones más válidas de la ocurrencia del tic. Sin embargo, al utilizar la observación directa, la variabilidad situacional vista en los trastornos por tics podría no ser evaluada de forma adecuada si el clínico no tiene cuidado en llevar a cabo una completa entrevista inicial. Esta entrevista trataría de encontrar información sobre los antecedentes y las consecuencias que ocurren, a

menudo, junto con la ocurrencia de los tics. No sólo podría esta información hacer que el clínico determinase dónde sería mejor llevar a cabo las evaluaciones directas de los tics, sino que dicha entrevista podría señalar potenciales variables mantenedoras que pudieran ser modificadas en el tratamiento de los trastornos por tics. Aunque las escalas de evaluación podrían proporcionar una respuesta sencilla al problema de la variabilidad situacional y consumen mucho menos tiempo que los procedimientos de evaluación directa, no está claro todavía el grado en que evalúan de forma adecuada la ocurrencia real de los trastornos por tics. Estudios que han investigado la relación entre las escalas de evaluación de la gravedad de los tics y la ocurrencia real de las conductas de tics han arrojado resultados cuestionables, mostrando algunos estudios débiles relaciones (Chappell et al., 1994; Nolan, Gadow y Sverd, 1994).

#### 4.3. Validación social y aceptación del tratamiento

Los procedimientos de escalas de evaluación y de observación directa se han empleado normalmente para determinar los niveles de cambio de conducta como consecuencia del tratamiento. Aunque esta información es importante para conocer la eficacia de una intervención, el verdadero impacto de un tratamiento tiene que determinarse evaluando no sólo la cantidad de cambio de conducta sino también los efectos de estos cambios sobre los demás y la aceptación del tratamiento por la persona que lo está recibiendo (Wolf, 1978).

Se ha utilizado una serie de estrategias para evaluar la validez social de los resultados del tratamiento para los trastornos por tics. Una estrategia usada frecuentemente incluye preguntar a los padres o a otras personas significativas del entorno del paciente si han notado una mejoría en el comportamiento del paciente (por ejemplo, Azrin y Nunn, 1973; Hutzell, Platzek y Logue, 1974). Aunque sencillo, este tipo de evaluación de la validez tiene un problema. En concreto, no está claro si los informes de las personas del entorno del paciente reflejan los cambios reales en la ocurrencia de los tics o si las características de exi-

gencia influyen que los padres informen mejorías incluso cuando no se han dado.

Un método utilizado para reducir este problema ha sido pedir a observadores independientes, «ciegos» con respecto al lugar que el paciente ha ocupado en el tratamiento, que evalúen segmentos de vídeos seleccionados al azar donde se incluyen sesiones de evaluación del paciente en el pretest y en el postest. Un instrumento que hemos utilizado es la «Escala de percepción social» (*Social Perception Scale*), presentada por Woods et al. (1996). Una comparación de las puntuaciones en el pretest y en el postest permitiría la determinación de la validación social de los efectos del tratamiento. En la tabla 12.1 hemos incluido algunas preguntas de la Escala de percepción social.

TABLA 12.1

#### Ítems de la Escala de percepción social

- ¿Cómo puntuaría la conducta del sujeto?
- ¿Qué grado de visibilidad tienen los tics del sujeto?
- ¿Cómo puntuaría la necesidad que tiene el sujeto de una intervención? En otras palabras, ¿necesita ayuda esta persona para controlar su tic?
- ¿Cómo puntuaría la naturalidad de la conducta del sujeto?
- ¿Diría, a partir del vídeo que observó, que esta persona tiene un tic?

NOTA: Los ítems puntúan en una escala de 1 a 7, con las puntuaciones más elevadas indicando percepciones sociales más positivas.

Además de medir los efectos del cambio de conducta sobre otras personas del contexto del paciente, es útil determinar si éste encuentra satisfactorio el tratamiento. Es importante porque los tratamientos desagradables, o aquellos que requieren mucho esfuerzo, es poco probable que se pongan en práctica (por ejemplo, Wolf, 1978). Hemos encontrado útil hacer que los participantes completen el «Inventario de evaluación del tratamiento-Forma abreviada» (*Treatment Evaluation Inventory-Short Form, TEI-SF*; Kelley, Heffer, Gresham y Elliott,

1989) como una manera de evaluar la aceptación del tratamiento. En la tabla 12.2 hemos incluido preguntas del TEI-SF.

TABLA 12.2

*Ítems del Inventario para la evaluación del tratamiento-Forma breve*

- Me parece que este tratamiento es una forma aceptable de abordar la conducta problema del niño.
- Estaría dispuesto a utilizar este procedimiento si tuviera que cambiar la conducta problema del niño.
- Creo que sería aceptable emplear este tratamiento sin el consentimiento del niño.
- Me gustan los procedimientos utilizados en este tratamiento.
- Pienso que probablemente este tratamiento será eficaz.
- Creo que el niño experimentará malestar durante el tratamiento.
- Creo que este tratamiento probablemente producirá una mejoría permanente.
- Pienso que sería aceptable utilizar este tratamiento con individuos que no pueden elegir ellos mismos el tratamiento.
- En general, tengo una reacción positiva a este tratamiento.

NOTA: Los ítems se evalúan en una escala de 1 a 5 con la puntuación de 1 correspondiendo a «estoy muy en desacuerdo» y una puntuación 5 correspondiente a «estoy muy de acuerdo».

#### 4.4. Métodos funcionales

Aunque las medidas descritas anteriormente proporcionarán una adecuada evaluación topográfica de la conducta, la investigación reciente sobre la evaluación conductual de los trastornos por tics ha sugerido que se deberían considerar los efectos de distintos acontecimientos ambientales como parte de una evaluación adecuada. Esos acontecimientos incluyen aspectos de la situación, antecedentes de la ocurrencia del tic y las consecuencias de realizar el tic. Se utilizan dos métodos para evaluar los efectos de estas variables: evaluación funcional y análisis funcional.

#### Evaluación/análisis funcional

La evaluación conductual de los trastornos clínicos empieza normalmente con una evaluación funcional, y la evaluación de los trastornos por tics no es una excepción (Miltenberger y Woods, en prensa). La entrevista de evaluación debería centrarse en una serie de variables que rodeen la ocurrencia del tic. Se debería intentar determinar qué situaciones probablemente provocarán la conducta. Situaciones frecuentes incluyen situaciones difíciles o exigentes, situaciones que provocan ansiedad, la presencia de otras personas y períodos de inactividad (por ejemplo, ver la televisión). Además, el clínico debería intentar determinar las posibles consecuencias sociales del comportamiento. Éstas incluirían atención contingente por la ocurrencia de los tics o escapar de situaciones difíciles o exigentes. Si estas consecuencias parecieran irrelevantes, se puede suponer que la probable variable controladora pudiera ser algún tipo de refuerzo automático (Miltenberger, Fuqua y Woods, 1998).

La información obtenida por una entrevista de evaluación puede ser complementada por el autorregistro (o la observación directa por una persona importante del entorno) de los antecedentes y consecuentes inmediatos de la ocurrencia del tic. El autorregistro puede ayudar a confirmar los antecedentes y las consecuencias identificados en la entrevista o sugerir la influencia de antecedentes o consecuencias adicionales.

Si una entrevista de evaluación o la observación directa de los antecedentes o consecuentes no proporcionan una función clara para la conducta, debería realizarse un análisis funcional (Iwata, Slifer, Dorsey, Bauman y Richman, 1982). En un análisis funcional, los antecedentes y/o las consecuencias se manipulan para evaluar su relación funcional con la conducta problema. Una serie de estudios ha intentado llevar a cabo estos análisis con los trastornos por tics. Carr et al. (1996) colocaron un niño de 11 años con un trastorno por tics transitorio en cinco diferentes condiciones y evaluaron la ocurrencia del tic bajo cada una de las condiciones. Éstas incluían la atención contingente, el escape contingente, el juego libre, estar solo y una elevada estimulación sensorial. Aunque la conducta ocurría en todas las

condiciones, era más probable que ocurriese en las condiciones de atención y de escape contingentes. Estos hallazgos sugieren que este tic infantil era exacerbado por las condiciones socialmente mediadas de atención y escape. Otro estudio de Malatesta (1990) mostró que un tic transitorio en un varón de nueve años era exacerbado por la simple presencia del padre. Un estudio final de Watson y Sterling (1998a) encontró que un tic vocal en una niña de cuatro años era más probable cuando su ocurrencia era seguida por la atención de los padres.

Creemos que es importante llevar a cabo una evaluación o un análisis funcional como parte de la evaluación pretratamiento de un trastorno por tics. La evaluación o el análisis funcional pueden proporcionar información sobre los antecedentes y las consecuencias del tic, lo que es importante para la planificación del tratamiento o para comprender mejor las razones de los fracasos del tratamiento.

## **5. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR TICS**

### **5.1. Tratamientos biológicos**

Dado que los trastornos por tics recibieron inicialmente la atención de los médicos tales como pediatras, psiquiatras o neurólogos, los fármacos constituyen el tratamiento más frecuente para los trastornos por tics. Tres son los fármacos utilizados habitualmente para tratar el ST: haloperidol, pimozida y clonidina. El haloperidol, clasificado como un medicamento antipsicótico, es el tratamiento más frecuente para el ST. Los estudios sugieren que, a corto plazo, el 70 por 100 de los pacientes que reciben haloperidol consiguen cierta disminución de los tics, pero los beneficios a largo plazo son menos llamativos (de un 20 a un 30 por 100 obtienen algún beneficio) debido al fracaso de los pacientes en cumplir el régimen de la medicación (Cohen, Riddle y Leckman, 1992). Este fracaso se atribuye normalmente a una serie de efectos secundarios desagradables que incluyen fatiga, ganancia de peso, problemas de movimiento y riesgo a largo plazo de discinesia tardía (Cohen et al., 1992).

Otro fármaco antipsicótico, la pimozida, ha demostrado ser tan eficaz (Cohen et al., 1992), si no más (Sallee, Nesbitt, Jackson, Sine y Sethuraman, 1997) que el haloperidol. A pesar de la eficacia de la pimozida, la medicación produce efectos secundarios similares a los del haloperidol y, por tanto, está sujeta al abandono por las mismas razones.

La clonidina, una medicación antidepresiva, es el tercer fármaco utilizado habitualmente para tratar el ST. Aunque no todas las investigaciones han mostrado mejorías significativas en la gravedad de los tics como resultado de la clonidina, Cohen et al. (1992) sugieren que aproximadamente el 40 por 100 de los individuos con un ST obtienen algún beneficio de la medicación. Además de la cuestionable eficacia de ésta, la clonidina produce también una serie de efectos secundarios desagradables, incluyendo sedación, irritabilidad, sequedad de boca, hipotensión y mareos.

En resumen, el principal tratamiento de los trastornos por tics, los fármacos, se han encontrado con un éxito limitado. Incluso los fármacos que han informado de eficacia (por ejemplo, la pimozina y el haloperidol) en el tratamiento de los trastornos por tics tienen efectos secundarios negativos que contribuyen, a menudo, al abandono de la medicación. Teniendo en cuenta las limitaciones de los tratamientos biológicos para los trastornos por tics, sería útil considerar el empleo de tratamientos no farmacológicos. La principal alternativa a la terapia farmacológica para los trastornos por tics ha sido la terapia de conducta.

### **5.2. Tratamientos conductuales**

Se han utilizado principalmente dos tratamientos conductuales para los trastornos por tics: la práctica masiva negativa y la inversión del hábito. En el empleo de la práctica masiva negativa, el clínico pide al paciente que realice la conducta de tic, rápidamente y con gran esfuerzo, una serie específica de veces o durante un período de tiempo predeterminado (Peterson y Azrin, 1993). Aunque el uso de la práctica masiva para el tratamiento de los trastornos por tics fue muy frecuente en la literatura conductual ini-

cial, el procedimiento carece del respaldo de las evaluaciones experimentales bien controladas. En estudios controlados, la eficacia de la práctica masiva no es precisamente llamativa, con sólo un 28,5 por 100 de los participantes beneficiándose de una disminución del tic como consecuencia del procedimiento y un 43 por 100 experimentando realmente un aumento de los síntomas (Miltenberger y Woods, en prensa). Estos resultados sugieren una eficacia limitada de la práctica masiva negativa como tratamiento para los trastornos por tics.

El otro tratamiento conductual importante para los trastornos por tics, la inversión del hábito, fue desarrollado originalmente por Azrin y Nunn (1973) para tratar hábitos nerviosos y trastornos por tics. El procedimiento inicial de la inversión del hábito contenía múltiples componentes de tratamiento, que se llevaban a cabo en una sesión de 2 horas. Para facilitar el darse cuenta de la conducta objetivo, se utilizaban cuatro procedimientos. En la *Descripción de la respuesta* se pedía al paciente que proporcionase una descripción muy detallada del tic mientras se miraba al espejo. Utilizando la *Detección de la respuesta*, se pedía al paciente que señalara las ocurrencias de la conducta mientras el terapeuta proporcionaba retroalimentación correctiva. Ésta continuaba hasta que el paciente llegaba a ser fiable a la hora de detectar las ocurrencias del tic en la sesión. Durante el *Entrenamiento en darse cuenta de la situación* el paciente proporcionaba descripciones de las situaciones en las que era más probable que ocurrieran los tics. Finalmente, empleando los procedimientos de *Aviso temprano*, se pedía al paciente que identificara las sensaciones corporales o las conductas que servían como precursoras de la ocurrencia del tic.

Después de que se ha establecido el darse cuenta utilizando los cuatro procedimientos anteriores, se introducía la respuesta competidora. En primer lugar, se debería identificar una respuesta competidora para un paciente específico basándose en la topografía específica de su tic. Para ser considerada como una respuesta competidora eficaz, la conducta tenía que ser incompatible con el comportamiento de tic y, al mismo tiempo, socialmente discreta. Después de que se identificaba una respuesta com-

petidora, se instruía al paciente para que realizara esta respuesta de forma contingente con la ocurrencia del comportamiento objetivo o con la presencia de una de las sensaciones identificadas durante el entrenamiento en Aviso temprano. Se pedía a los pacientes que realizaran la respuesta competidora durante 3 minutos.

Después de establecer de modo fiable el darse cuenta de la conducta y el uso de la respuesta competidora, el clínico utilizaba una serie de procedimientos con el fin de aumentar la motivación para seguir el tratamiento. Empleando la *Revisión de la inconveniencia del hábito*, se pedía al paciente que describiese los efectos negativos que las conductas de tics tenían en su vida, incluyendo los problemas físicos y sociales. Luego, se pedía al paciente que demostrara un control del tic en presencia de otras personas, un procedimiento denominado *Demostración pública*. Finalmente, se escogió una persona de apoyo en la vida del paciente. Se le pidió a dicha persona que alabase al paciente por llevar a cabo correctamente la respuesta competidora y que le recordase realizar dicha respuesta en el caso de que le viera manifestando el tic y no la respuesta competidora. Esta técnica se denominó *Apoyo social*.

El *Ensayo simbólico* es un procedimiento utilizado para fomentar la generalización e incluye hacer que el paciente se imagine controlando el tic en las situaciones identificadas durante el entrenamiento en el darse cuenta de la situación.

De los dos tratamientos habituales para los trastornos por tics, la *Inversión del hábito* ha demostrado ser el más eficaz. La evaluación inicial de Azrin y Nunn (1973) mostró que después de una sesión de 2 horas, 10 de los 12 individuos con tics y otros trastornos del hábito informaron un 99 por 100 de disminución de su conducta en un seguimiento de 7 meses. A pesar de estos prometedores resultados, los hallazgos fueron juzgados con escepticismo debido a la dependencia de los autoinformes conductuales como medida principal de evaluación de los resultados y la naturaleza (con variables no controladas) del diseño de investigación.

Se han llevado a cabo estudios posteriores para evaluar la eficacia del programa completo de tratamiento descrito por Azrin y Nunn (1973). Azrin,

Nunn y Frantz (1980) compararon la práctica negativa y los procedimientos completos de inversión del hábito en el tratamiento de los trastornos por tics motores. Los resultados mostraron que los pacientes del grupo de inversión del hábito informaban mayores reducciones en la ocurrencia del tic que los individuos del grupo de práctica negativa. Otro estudio realizado por Finney, Rapoff, Hall y Christopherson (1983) añadió el entrenamiento en relajación al procedimiento completo de la inversión del hábito y utilizó evaluación con observación directa para demostrar las reducciones clínica y socialmente válidas en la conducta de tics de dos niños.

Azrin y Peterson (1988) emplearon procedimientos similares en el tratamiento de múltiples tics asociados con el síndrome de la Tourette en tres adultos. Utilizando una serie de tres diseños AB, se llevaron a cabo de 10 a 27 sesiones de una hora para cada sujeto. Usando procedimientos de observación por medio del registro en vídeo, los resultados mostraron un 57 por 100 de reducción en todos los tics de los tres sujetos en un seguimiento de 6 a 8 meses. De nuevo, aunque este estudio apoya el uso de la inversión del hábito como un tratamiento para los trastornos por tics, la naturaleza con variables no controladas del diseño nos impide llegar a conclusiones definitivas. Azrin y Peterson (1990) incorporaron el uso de un grupo control de lista de espera como grupo de comparación respecto a un grupo de individuos con ST que recibieron la intervención completa de la inversión del hábito. Los resultados mostraron que el grupo de tratamiento tenía reducciones significativas en la frecuencia de los tics cuando se comparaba con el grupo control. Estos hallazgos ofrecen el mayor respaldo hasta la fecha de que el paquete completo de la inversión del hábito constituye un tratamiento eficaz para el ST.

Aunque se ha demostrado la eficacia del paquete completo de la inversión del hábito, su utilidad clínica sigue cuestionándose debido a la naturaleza multicomponente del tratamiento (Miltenberger y Woods, en prensa). Se han hecho intentos para simplificar el tratamiento, en un esfuerzo para hacerlo más manejable clínicamente y para que se requiera menos tiempo a la hora de obtener efectos.

El primer estudio que simplificó sistemáticamente los procedimientos fue llevado a cabo por Miltenberger et al. (1985). Utilizando una línea base múltiple en un diseño entre sujetos, se expuso a dos grupos de sujetos con trastornos por tics a diferentes versiones de la inversión del hábito. El Grupo 1 recibió el paquete total de la inversión del hábito descrito por Azrin y Nunn (1973). El Grupo 2 recibió una versión simplificada que se componía de entrenamiento en darse cuenta (descripción y detección de la respuesta) y del entrenamiento en la respuesta competidora. Los resultados mostraron que los participantes que recibían la versión simplificada de la inversión del hábito mejoraron tanto como el grupo que recibió el tratamiento completo. Los autores concluyeron que una versión simplificada que se compusiera del entrenamiento en darse cuenta y del entrenamiento en la respuesta competidora era tan eficaz como el tratamiento completo de la inversión del hábito.

Sharenow, Fuqua y Miltenberger (1989) replicaron estos hallazgos en tres sujetos con tics motores. Sin embargo, estos autores ampliaron la investigación mostrando que la respuesta competidora no necesita incluir los mismos grupos de músculos que los implicados en el tic. Utilizando una respuesta competidora no similar, los autores produjeron disminuciones en la ocurrencia del tic que no eran mejoradas aún más cuando se añadía una respuesta competidora similar. De este modo, los autores concluyeron que tanto una respuesta topográficamente similar como una no similar, aplicada contingentemente con la ocurrencia de la conducta objetivo (Miltenberger y Fuqua, 1985), deberá dar como resultado efectos positivos del tratamiento. Este hallazgo es útil para explicar el efecto positivo de tratamiento, observado en ocasiones por medio del empleo del autorregistro contingente (Wright y Miltenberger, 1987).

El intento más reciente para simplificar el tratamiento por inversión del hábito para los trastornos por tics lo realizaron Woods et al. (1996). En este estudio, se llevaron a cabo varios componentes del tratamiento de forma secuencial, desde el que requería menos esfuerzo de respuesta hasta el que requería más, en un diseño de línea base múltiple entre suje-



tos. Cuatro niños con trastornos por tics (tres con trastornos por tics motores crónicos y uno con ST) se expusieron al entrenamiento en darse cuenta; luego al entrenamiento en darse cuenta más autorregistro; más tarde, entrenamiento en darse cuenta, autorregistro y apoyo social; y, finalmente, entrenamiento en darse cuenta, entrenamiento en la respuesta competitiva y apoyo social. Los resultados mostraron que el entrenamiento en darse cuenta eliminaba el tic de girar el cuello en un niño y disminuía sustancialmente el tic de una pierna en otro. Además, el entrenamiento en darse cuenta más autorregistro eliminaba un tic en la mano manifestado por otro niño. El paquete simplificado de entrenamiento en darse cuenta, entrenamiento en la respuesta competitiva y apoyo social era eficaz para la disminución de un tic en la boca y ojo en un niño y de un tic en la pierna en otro niño. Las reducciones de los tics observadas en todos los niños fueron consideradas socialmente válidas por evaluadores independientes y los tratamientos eran vistos como aceptables por los padres.

Una cuestión planteada por este estudio fue el papel que el entrenamiento en darse cuenta juega en la disminución de los tics. En el estudio de Woods et al. (1996), dos niños obtuvieron efectos beneficiosos del entrenamiento en darse cuenta, lo que sugeriría que el tratamiento podría ser un método eficaz para manejar los trastornos por tics. Sin embargo, cuando Woods et al. (1996) preguntaron a estos niños cómo estaban controlando sus tics, los niños afirmaron que hacían «alguna otra cosa» cuando «sentían que iban a tener un tic». En otras palabras, parecía que realizaban una respuesta competitiva iniciada por ellos mismos. Estos informes anecdóticos arrojan dudas sobre la eficacia del darse cuenta como único tratamiento.

El estudio de Woods et al. (1996) proporcionó apoyo adicional al empleo de un paquete simplificado que consistía en el entrenamiento en darse cuenta, entrenamiento en la respuesta competitiva y apoyo social. Se han realizado otros estudios para un mayor respaldo de este hallazgo. Peterson y Azrin (1993) compararon los efectos a corto plazo de tres diferentes tratamientos conductuales para el ST: entrenamiento en relajación, entrenamiento en

una respuesta competitiva y autorregistro. Los resultados de un diseño contrabalanceado empleando seis niños con un ST mostraron que, aunque las tres condiciones produjeron menos tics de forma significativa que una condición de no tratamiento, la condición de la respuesta competitiva produjo la mayor disminución en la ocurrencia de los tics. Los procedimientos simplificados del entrenamiento en darse cuenta y del entrenamiento en la respuesta competitiva se utilizaron también para eliminar un tic de parpadeo en una niña de nueve años (Azrin y Peterson, 1989).

Aunque la mayor cantidad de investigaciones, con grupo control, que muestra resultados positivos del tratamiento se han llevado a cabo con procedimientos de inversión del hábito, se han investigado también otros tratamientos conductuales para los trastornos por tics. Aunque una descripción completa de tratamientos alternativos para los trastornos por tics puede verse en Peterson y Azrin (1993), merece la pena mencionar algunos estudios para resaltar la variedad de intervenciones conductuales que se han utilizado. El autorregistro se ha empleado con éxito para tratar los trastornos por tics (Billings, 1978; Hutzell et al., 1974). Las estrategias de manejo de contingencias también han aparecido en la bibliografía sobre tratamiento. Wagaman, Miltenberger y Williams (1995) aplicaron un procedimiento de refuerzo diferencial (RDO) para tratar un tic vocal en un niño de nueve años siguiendo un diseño de inversión. Utilizando el refuerzo económico contingente en períodos libres de tics, se redujo la tos repetitiva y el carraspeo. Aunque los padres finalmente desvanecieron la contingencia de refuerzo, los tics permanecían ausentes en un seguimiento de 50 semanas. Estudios adicionales han empleado procedimientos de manejo de la contingencia para reducir los tics. Estos procedimientos incluyen la descarga eléctrica (Clark, 1966), la práctica masiva (Storms, 1985; Walton, 1964) y el tiempo fuera más la práctica masiva (Lahey, McNeese y McNeese, 1973). En otros estudios, O'Connor, Gareau y Borgeat (1995) redujeron los tics un 40 por 100 utilizando biorretroalimentación, y Mansdorf (1986) empleó el entrenamiento asertivo para disminuir la ocurrencia de los tics.

## 6. UN PROTOCOLO ESTRUCTURADO PARA LA INVERSIÓN DEL HÁBITO

Dado que la inversión del hábito ha demostrado ser uno de los enfoques no farmacológicos más frecuentes y eficaces para el tratamiento de los trastornos por tics, presentamos un protocolo para que un clínico pueda seguirlo cuando lleve a cabo este procedimiento. Aunque el tratamiento podría modificarse con base en los resultados del análisis/evaluación funcional, presentamos el protocolo típico para llevar a cabo el procedimiento simplificado de la inversión del hábito.

### Sesión 1

En esta sesión, el clínico debería realizar una evaluación completa del trastorno por tics. Empleando uno de los métodos de evaluación descritos anteriormente, el clínico debería establecer un nivel de línea base sobre la ocurrencia del tic y obtener información relativa a la función de la conducta. Normalmente, usando evaluaciones por medio del vídeo, el clínico debería tratar de obtener los datos de la frecuencia del tic en la sesión, en casa y en otras áreas en las que el paciente informa de elevados niveles de la ocurrencia del tic. Evaluaciones adicionales por medio de la entrevista incluiría preguntar al paciente, a los padres o a otras personas significativas sobre las variables que preceden la ocurrencia del tic, una descripción del tic y las consecuencias del tic. Esta información se complementaría pidiendo al paciente o a los padres que registrasen los antecedentes, los tics y las consecuencias en casa. Si el tic no parece que esté mantenido por el refuerzo automático, sería prudente llevar a cabo un análisis funcional más detallado de las variables, socialmente mediadas, que podrían estar manteniendo la conducta. Si el tic parece estar mantenido por variables mediadas socialmente (por ejemplo, atención o escape de las exigencias), estas deberían abordarse por medio de procedimientos de manejo de las contingencias junto con procedimientos simplificados de inversión del hábito (descritos más abajo). Por ejemplo, si se observa

que un tic está siendo mantenido por la atención contingente, se debería llevar a cabo un procedimiento de refuerzo diferencial y extinción, en el que se presente la atención de forma contingente a períodos libres de tics y que la ocurrencia del tic ya no sea seguida por la atención de otras personas significativas del entorno del paciente.

Sin embargo, si después de realizar la evaluación parece que el tic está mantenido por el refuerzo automático en vez del refuerzo social, se debería llevar a cabo un tratamiento simplificado de la inversión del hábito como única intervención. Como ya se ha descrito brevemente, se entrena primero al paciente a darse cuenta del tic. Utilizando el procedimiento de descripción de la respuesta, el paciente (con la ayuda del clínico) describe con detalle la topografía del tic. Después de esto, se pone en práctica el procedimiento de detección de la respuesta. Además de hacer que el paciente señale las ocurrencias de su propio tic, primero frente a un espejo y luego sin el espejo (80 por 100 de precisión parece ser eficaz), hemos encontrado útil que el clínico simule el tic y que el paciente señale los tics del terapeuta. Hemos incluido también el componente de aviso temprano, donde se pide al individuo que piense en situaciones o sensaciones corporales que anuncien la ocurrencia del tic. Señales de aviso temprano habituales en los individuos con un trastorno por tics incluyen tensión muscular en el área del tic y experiencias sensoriales (impulsos a realizar el tic) que ocurren antes del tic (Bullen y Helmsley, 1983). El paciente podría identificar también acontecimientos ambientales que hacen más probable la ocurrencia del tic.

Después de establecer el darse cuenta de la conducta de tic, se lleva a cabo el entrenamiento en la respuesta competidora. Normalmente se elegirá una respuesta competidora similar (una que sea físicamente incompatible) para emparejarse con el tic (véase Carr, 1995, para una revisión de posibles respuestas competidoras). La respuesta competidora se modelará para el paciente y se le pedirá que realice la conducta durante un minuto contingente con la ocurrencia de un tic o con una de las señales de aviso temprano. El empleo de la respuesta competidora se practica entonces delante del clínico y se pro-

porciona retroalimentación correctiva. Hemos utilizado el criterio de la realización correcta del 80 por 100 antes de terminar con el entrenamiento. Es decir, el paciente tiene que detectar al menos el 80 por 100 de los tics que ocurren en la sesión y llevar a cabo la respuesta competidora contingentemente a los tics.

Habiendo establecido el darse cuenta de la conducta del tic y una respuesta alternativa que puede ser realizada de forma contingente, la fase final, el apoyo social, puede ponerse o no en práctica. Aunque el entrenamiento en darse cuenta y el entrenamiento en la respuesta competidora, solos, probablemente serán eficaces para la mayoría de los adultos motivados, recomendamos el empleo del apoyo social, cuando sea posible, para los adultos y siempre para los niños. En el componente del apoyo social, se le pide al paciente que identifique a una persona con la que tiene contacto frecuente (normalmente uno de los padres para un niño o el otro miembro de la pareja para un adulto). Luego, se le pide a esta persona de apoyo que proporcione alabanza por la realización correcta de la respuesta competidora y que le recuerde que haga la respuesta competidora cuando vea que el paciente manifiesta el tic pero no realiza la respuesta competidora. En la sesión, los procedimientos de apoyo son modelados por el clínico. Éste pide luego a la persona que da apoyo social que practique los procedimientos y proporcione retroalimentación correctora. Encontramos útil incluir a la persona de apoyo en toda la sesión como una forma de reducir la redundancia de volver a explicar el tratamiento.

Después de que se han llevado a cabo los procedimientos del entrenamiento en darse cuenta, del entrenamiento en la respuesta competidora y del apoyo social en la sesión, y de que el paciente y la persona del apoyo social están llevando a cabo los procedimientos con éxito, el terapeuta instruye al paciente y a la persona de apoyo a que utilicen los procedimientos siempre fuera de la sesión. El terapeuta tiene que inculcar en el paciente la importancia de utilizar fielmente los procedimientos en todas las circunstancias, con el fin de lograr los resultados más satisfactorios.

### Sesión(es) de apoyo

Aunque el tratamiento completo se lleva a cabo durante la sesión inicial, hemos hallado útil realizar sesiones de apoyo cuando se necesiten. Durante estas sesiones, normalmente hemos revisado los procedimientos de tratamiento y discutido las preocupaciones que el paciente pueda tener. Hemos encontrado provechoso programar la primera sesión de apoyo (*booster session*) antes de que transcurra una semana desde la sesión inicial de tratamiento. Hemos continuado con las sesiones de apoyo hasta que el paciente informe de períodos constantes libres de tics o de períodos continuos sin aumento en la ocurrencia del tic. Las sesiones de apoyo se llevan a cabo también posteriormente si el tic comienza a ocurrir de nuevo o si aumenta su frecuencia.

## 7. CONCLUSIÓN Y DIRECTRICES FUTURAS

En este capítulo hemos resumido los trastornos por tics, descrito su evaluación y revisado distintos tratamientos para esas conductas. Además, hemos proporcionado una descripción detallada de un tratamiento conductual eficaz y empleado con frecuencia para esos trastornos, la inversión del hábito. A partir de este capítulo, parece claro que los psicólogos tienen mucho que ofrecer en la evaluación y manejo clínico de los trastornos por tics.

Aunque las contribuciones de los psicólogos al tratamiento de los trastornos por tics está aumentando, todavía faltan toda una serie de contribuciones. Se deberían realizar intentos en el futuro para «manualizar» los procedimientos de inversión del hábito, aunque esto puede que no ocurra hasta que todos los componentes hayan sido adecuadamente evaluados. Por ejemplo, tiene que comprobarse todavía el impacto del apoyo social. De igual manera, el empleo de respuestas competidoras similares versus no similares necesita ser evaluado por estudios que repliquen el de Sharenow et al. (1989). Además, no está claro el papel causal del entrenamiento en darse cuenta para la disminución del tic.

Junto con otras cuestiones relativas a la eficacia de los componentes por separado del tratamiento, se necesitan realizar más estudios con grupo control sobre los resultados de los tratamientos. Aunque esos estudios son, a menudo, difíciles de llevar a cabo debido a las poblaciones relativamente pequeñas de individuos con trastornos por tics en una área geográfica, serían de gran utilidad para el campo. Igualmente, serían útiles también estudios que comparasen la eficacia de la inversión del hábito, la terapia farmacológica y una terapia combinada.

Otro camino de investigación futura es el análisis funcional de los trastornos por tics (por ejemplo, Carr et al., 1996; Watson y Sterling, 1998a). El análisis funcional sistemático de los trastornos por tics puede arrojar luz sobre las variables controladoras que mantienen las conductas. En especial, la investigación futura puede ayudar a identificar: *a*) acontecimientos ambientales que exacerban los tics; *b*) posibles consecuencias sociales reforzantes que podrían mantener los tics en algunos individuos; *c*) acontecimientos fisiológicos que pueden reforzar o plantear la ocasión para la ocurrencia de los tics, y *d*) la relación entre la función de los tics y la eficacia de la inversión del hábito.

Una preocupación final de los investigadores es determinar cómo pueden difundirse los procedimientos de tratamiento basados en la inversión del hábito a los individuos que probablemente estén más en contacto con los pacientes que sufren trastornos por tics (pediatras, psiquiatras y neurólogos). La difusión de esta tecnología conductual puede animar a esos profesionales a considerar este tratamiento como una primera opción de tratamiento o como una ayuda útil a la terapia farmacológica.

Para terminar, esperamos que estas investigaciones puedan ser realizadas. Los psicólogos conductuales han contribuido de forma notable al área de los trastornos por tics y continuar con estas contribuciones beneficiará, en último término, a aquellos que son los sujetos más importantes del área, es decir, los individuos que experimentan a diario su trastorno por tics.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª ed. Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington D.C.: Autor.
- Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1973): Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 619-628.
- Azrin, N. H.; Nunn, R. G. y Frantz, S. E. (1980): Habit reversal vs negative practice treatment of nervous tics. *Behavior Therapy*, 11, 169-178.
- Azrin, N. H. y Peterson, A. L. (1989): Reduction of an eye tic by controlled blinking. *Behavior Therapy*, 20, 467-473.
- Azrin, N. H. y Peterson, A. L. (1988): Habit reversal for the treatment of Tourette syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 347-351.
- Azrin, N. H. y Peterson, A. L. (1990): Treatment of Tourette syndrome by habit reversal: A waiting-list control group comparison. *Behavior Therapy*, 21, 305-318.
- Barlow, D. H. y Hersen, M. (1984): *Single case experimental designs*. 2.ª ed. Nueva York: Pergamon.
- Billings, A. (1978). Self-monitoring in the treatment of tics: A single-subject analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 339-342.
- Boudjouk, P.; Woods, D. W.; Miltenberger, R. G. y Long, E. S. (2000): Negative peer evaluation in adolescents: Effects of tics disorders and trichotillomania. *Child and Family Behavior Therapy*, 22, 17-28.
- Bruun, R. D. y Bruun, B. (1994): *A mind of its own*. Nueva York: Oxford University Press.
- Bullen, J. G. y Hemsley, D. R. (1983): Sensory experiences as a trigger in Gilles de la Tourette's syndrome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 197-201.
- Carr, J. E. (1995): Competing responses for the treatment of Tourette syndrome and tic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 455-456.
- Carr, J. E.; Taylor, C. C.; Wallander, R. J. y Reiss, M. L. (1996): A functional-analytic approach to the diagnosis of a transient tic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 291-297.
- Chappell, P. B.; McSwiggan-Hardin, M. T.; Scahill, L.; Rubenstein, M.; Walker, D. E.; Cohen, D. J. y Leckman, J. F. (1994): Videotape tic counts in the assessment of Tourette's syndrome: Stability, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 386-393.

- Clark, D. F. (1966): Behaviour therapy of Gilles de la Tourette's syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 112, 771-778.
- Cohen, D. J.; Riddle, M. A. y Leckman, J. F. (1992): Pharmacotherapy of Tourette's syndrome and associated disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 109-129.
- Elliott, A. J.; Miltenberger, R. G.; Kaster-Bundgaard, J. y Lumley, V. A. (1996): A national survey of assessment and therapy techniques used by behavior therapists. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 107-125.
- Evers, R. A. F. y Van de Wetering, B. J. M. (1994): A treatment model for motor tics based on a specific tension-reduction technique. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 255-260.
- Finney, J. W.; Rapoff, M. A.; Hall, C. L. y Christopherson, E. R. (1983): Replication and social validation of habit reversal treatment for tics. *Behavior Therapy*, 14, 116-126.
- Friedrich, S.; Morgan, S. B. y Devine, C. (1996): Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer with Tourette syndrome. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 307-319.
- Gaffney, G. R.; Sieg, K.; Hellings, J. (1994): The MOVES: A self-rating scale for Tourette's Syndrome. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4, 269-280.
- Hutzell, R. R.; Platzek, D. y Logue, P. E. (1974): Control of symptoms of Gilles de la Tourette's syndrome by self-monitoring. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, 71-76.
- Iwata, B. A.; Dorsey, M. F.; Slifer, K. J.; Bauman, K. E. y Richman, G. S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 3-20.
- Kane, M. J. (1994): Premonitory urges as «attentional tics» in Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 805-808.
- Kazdin, A. E. (1992): Research design in clinical psychology. Allyn & Bacon: Needham Heights, MA.
- Kelley, M. L.; Heffer, R. W.; Gresham, F. M. y Elliott, S. N. (1989): Development of a modified treatment evaluation inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 235-247.
- Lahey, B. B.; McNeese, M. P. y McNeese, M. C. (1973): Control of an obscene «verbal tic» through time out in an elementary classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 101-104.
- Leckman, J. F.; Riddle, M. A.; Hardin, M. T.; Ort, S. I.; Swartz, K. L.; Stevenson, J. y Cohen, D. J. (1989): The Yale Global Tic Severity Scale: Initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 566-573.
- Long, E. S.; Woods, D. W.; Miltenberger, R. G.; Fuqua, R. W. y Boudjouk, P. (1999): Examining the social effects of habit behaviors exhibited by individuals with mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 11, 295-312.
- Malatesta, V. J. (1990): Behavioral case formulation: An experimental assessment study of transient tic disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12, 219-232.
- Mansdorf, I. J. (1986): Assertiveness training in the treatment of a child's tics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 29-32.
- Miltenberger, R. G. y Fuqua, R. W. (1985): A comparison of contingent vs noncontingent competing response practice in the treatment of nervous habits. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 195-200.
- Miltenberger, R. G.; Fuqua, R. W. y McKinley, T. (1985): Habit reversal with muscle tics: Replication and component analysis. *Behavior Therapy*, 16, 39-50.
- Miltenberger, R. G.; Fuqua, R. W. y Woods, D. W. (1998): Applying behavior analysis with clinical problems: Review and analysis of habit reversal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 449-469.
- Miltenberger, R. G. y Woods, D. W. (en prensa): Assessment and treatment of habit disorders. En J. Austin y J. E. Carr (dirs.), *Handbook of applied behavior analysis*. Reno: Context Press.
- Nolan, E. E.; Gadow, K. D. y Sverd, J. (1994): Observations and ratings of tics in school settings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 579-583.
- O'Connor, K.; Gareau, D. y Borgeat, F. (1995): Muscle control in chronic tic disorders. *Biofeedback and Self-Regulation*, 20, 111-122.
- Ollendick, T. H. (1981): Self-monitoring and self-administered overcorrection: The modification of nervous tics in children. *Behavior Modification*, 5, 75-84.
- Peterson, B. S. (1996): Considerations of natural history and pathophysiology in the psychopharmacology of Tourette's Syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (suppl. 9), 24-34.

- Peterson, A. L. y Azrin, N. H. (1993): An evaluation of behavioral treatments for Tourette syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 167-174.
- Sallee, F. R.; Nesbitt, L.; Jackson, C.; Sine, L. y Sethuraman, G. (1997): Relative efficacy of haloperidol and pimozide in children and adolescents with Tourette's disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1057-1062.
- Shapiro, A. K. y Shapiro, E. (1982): An update on Tourette syndrome. *American Journal of Psychotherapy*, 36, 379-390.
- Sharenow, E. L.; Fuqua, R. W. y Miltenberger, R. G. (1989): The treatment of muscle tics with dissimilar competing response practice. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22, 35-42.
- Shimberg, E. F. (1995): *Living with Tourette syndrome*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Spencer, T.; Biederman, J.; Harding, M.; Wilens, T. y Faraone, S. (1995): The relationship between tic disorders and Tourette's syndrome revisited. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1133-1139.
- Stokes, A.; Bawden, H. N.; Camfield, P. R.; Backman, J. E. y Dooley, J. M. (1991): Peer problems in Tourette's disorder. *Pediatrics*, 87, 936-942.
- Storms, L. (1985): Massed negative practice as a behavioral treatment for Gilles de la Tourette's syndrome. *American Journal of Psychotherapy*, 39, 277-281.
- Wagaman, J. R.; Miltenberger, R. G. y Williams, D. E. (1995): Treatment of a vocal tic by differential reinforcement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 35-39.
- Walkup, J. T.; Rosenberg, L. A.; Brown, J. y Singer, H. S. (1992): *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 472-477.
- Walton, D. (1964): Massed practice and simultaneous reduction in drive level: Further evidence on the efficacy of this approach to the treatment of tics. En H. J. Eysenck (dir.), *Experiments in behaviour therapy* (96-113). Londres: Pergamon.
- Watson, T. S. y Sterling, H. E. (1998a): Brief functional analysis and treatment of a vocal tic. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 471-474.
- Watson, T. S. y Sterling, H. E. (1998b): Habits and tics. En T. S. Watson y F. M. Gresham (dirs.), *Handbook of child behavior therapy* (pp. 431-450). Nueva York: Plenum.
- Wolf, M. M. (1978): Social validity: The case for subjective measurement, or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 315-329.
- Woods, D. W.; Long, E. S.; Fuqua, R. W.; Miltenberger, R. G.; Outman, R. C. y Boudjouk, P. (1997, mayo): Evaluating the social acceptability of persons with habit disorders. Comunicación presentada en la Annual Conference of the Association for Behavior Analysis, Chicago, IL.
- Woods, D. W. y Miltenberger, R. G. (1995): Habit reversal: A review of applications and variations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 123-131.
- Woods, D. W.; Miltenberger, R. G. y Lumley, V. A. (1996): Sequential application of major habit reversal components to treat motor tics in children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 483-493.
- Wright, K. M. y Miltenberger, R. G. (1987): Awareness training in the treatment of head and facial tics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 269-274.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1987): *Tratamiento de hábitos nerviosos*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.: 1977.)
- Bados, A. (1996): *Los tics y sus trastornos*. Madrid: Pirámide.
- Haerle, T. (1992): *Children with Tourette syndrome: A parent's guide*. Nueva York: Woodbine House.
- Leckman, J. F. y Cohen, D. J. (1999): *Tourette's syndrome: Tics, obsessions, compulsions. Development psychopathology and clinical care*. Nueva York: Wiley.
- Peterson, A. L. y Azrin, N. H. (1993): An evaluation of behavioral treatments for Tourette syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 167-174.

**PARTE NOVENA**  
**Trastornos de la capacidad**  
**intelectual**





# Características clínicas y tratamiento del retraso mental

# 13

MIGUEL ÁNGEL VERDUGO  
CRISTINA JENARO<sup>1</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

El retraso o deficiencia mental engloba a un grupo de personas muy heterogéneo que se distingue por su dificultad para afrontar los aprendizajes escolares y el funcionamiento independiente en la comunidad. Se diagnostica habitualmente en los primeros años de vida, pero en ocasiones no es detectado hasta que el niño o niña comienza la escolaridad. Estos niños suelen mostrar retrasos en la adquisición de las habilidades motoras (por ejemplo, en la sujeción de la cabeza, en la marcha, en la coordinación) y conocimientos típicos para su edad cronológica (por ejemplo, contenidos académicos). En la vida adulta tienen dificultades para lograr una vida independiente.

A pesar de que el retraso mental se encuentra clasificado en manuales médicos (por ejemplo, CIE-10) o psiquiátricos (por ejemplo, DSM-IV-TR), no debe entenderse como una característica del individuo. Desde 1992, con la aparición de la nueva definición de retraso mental propuesta por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) (Luckasson et al., 1992/1997), el funcionamiento del individuo se entiende como producto de la interacción entre sus capacidades personales y las características y expectativas de su entorno. Ello supone adoptar un enfoque ecológico-funcional tanto en la evaluación como en la intervención.

En los últimos años han comenzado a surgir voces que reclaman, cada vez con más fuerza, la

necesidad de eliminar la denominación «retraso mental» por su escasa eficacia para planificar la intervención y por las consecuencias negativas (prejuicios, segregación) que genera. También se han ido sustituyendo los términos utilizados para referirse a esta población, tratando de eliminar las connotaciones peyorativas de conceptos tales como idiota, imbecil, morón, oligofrénico, subnormal o débil mental. En la actualidad, es frecuente referirse a esta población utilizando expresiones como disminuido, discapacitado intelectual, minusválido, niño con retardo en el desarrollo, deficiente mental, niño con dificultades de aprendizaje permanentes o alumno con necesidades especiales. Estas expresiones, al igual que la de retraso mental, continúan manteniendo un carácter estigmatizador, simplificador y una escasa utilidad práctica. Sin embargo, argumentos como la utilidad de estas etiquetas para realizar investigaciones sobre grupos específicos de personas, o la conveniencia de contar con criterios «objetivos» para la toma de decisiones administrativas (por ejemplo, subvenciones), hacen que, de momento, se sigan utilizando los distintos términos.

El problema esencial no es el de las denominaciones utilizadas, sino la modificación de actitudes sociales y profesionales hacia estas personas, a través de una mayor y mejor formación e información. La clave es también eliminar los usos inadecuados de las categorías diagnósticas por parte de profesionales, familiares y otras personas significativas. Por ello, es necesario fomentar usos más correctos del lenguaje para

<sup>1</sup> Universidad de Salamanca (España).

referirnos a ellos. A este respecto, son necesarias dos recomendaciones: en primer lugar, no utilizar la expresión retraso mental para referirnos a aquellos individuos con niveles de inteligencia y adaptación que solamente requieren un apoyo intermitente o limitado en sus vidas; en segundo lugar, siempre que sea posible, anteponer el término «persona con», a la etiqueta de discapacidad, cualquiera que ésa sea, siguiendo así las pautas del documento emanado del II Seminario sobre Discapacidad e Información, desarrollado en Madrid en 1987 y que dio lugar a un libro de estilo (Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, 1990). En dicha propuesta se indica: «digamos personas con discapacidad», y «cuando sea posible, subraye la unicidad y valía de todo individuo hablando de una persona que tiene una discapacidad, o una persona que es sorda, mejor que «discapacitados» o «sordos»» (p. 17).

## 2. DESCRIPCIÓN

### 2.1. Definición

Tanto la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), coinciden en definir el retraso mental como un trastorno caracterizado por limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual.

El retraso mental supone, básicamente, una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio (Criterio A) que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad —habilidades, según terminología de la AAMR— adaptativa en por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autogobierno, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad (Criterio B). Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad (Criterio C).

A partir de esta definición, el manual de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) clasifican el retraso mental teniendo en cuenta dos

criterios diferenciados. Así, la APA establece niveles de gravedad del retraso mental, utilizando para ello rangos de capacidad intelectual o, más específicamente, rangos de CI, mientras que la AAMR clasifica a la persona en función de la intensidad de los apoyos que requiere para su funcionamiento en la comunidad. En la práctica, el CI ha sido el criterio más utilizado, tanto para la toma de decisiones profesionales como para fines de clasificación (Furlong y LeDrew, 1985; Harrison, 1987; Reschly y Ward, 1991) y de investigación (Hawkins y Cooper, 1990; Smith y Polloway, 1978). Es necesario indicar que el Manual de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992) clasifica también los niveles de retraso en función del CI.

Tanto el DSM-IV-TR como el Manual de la AAMR coinciden en sus sugerencias respecto a los criterios y al modo de realizar el diagnóstico de la ausencia o presencia de retraso mental. A continuación recogemos las principales recomendaciones.

En ambos casos, la *capacidad intelectual general* se define por el cociente de inteligencia (CI o equivalente de CI) obtenido por evaluación mediante uno o más tests de inteligencia normalizados, administrados individualmente. Para determinar la existencia de un funcionamiento intelectual por debajo de la media es necesario utilizar medidas globales que incluyan diferentes tipos de ítems y diferentes factores de inteligencia (Reschly, 1987). Los instrumentos más comúnmente utilizados para evaluar el funcionamiento intelectual son las Escalas de Wechsler (Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-WISC-R, Wechsler, 1995; la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-WAIS, Wechsler, 1993; y la Escala de Inteligencia para Preescolar y Primaria-WPPSI, Wechsler, 1981). Otros instrumentos bastante utilizados son la Escala de Inteligencia Stanford-Binet (Thorndike, Hagen y Sattler, 1985), la Batería de Evaluación de Kaufman para Niños, K-ABC (Kaufman y Kaufman, 1983) y las Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños, MSCA (McCarthy, 1988).

Una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un CI situado alrededor de 70 (aproximadamente dos desviaciones

típicas por debajo de la media). Al evaluar el CI, hay que tener en cuenta que se produce un error de medida de aproximadamente 5 puntos. Esto significa que si una persona es reevaluada con el mismo instrumento, la segunda puntuación obtenida estaría dentro de un error típico de medida (esto es, de -5 a +5 puntos de CI) con respecto a la primera estimación, cerca de dos tercios de las veces. Así, una puntuación típica de CI tendría un margen de error que oscila 5 puntos por encima o por debajo de la puntuación obtenida. Este rango puede considerarse como una «zona de incertidumbre» (Reschly, 1987). Así, un CI de 70 se debe entender no como una puntuación precisa, sino como un margen de confianza basado en parámetros de, al menos, un error típico, es decir, con puntuaciones que oscilan entre 65 y 75, o en un parámetro de dos errores típicos, o sea, puntuaciones entre 60 y 80 (Grossman, 1983). Esta consideración es fundamental en todo diagnóstico de retraso mental.

La elección de instrumentos de evaluación y la interpretación de los resultados deben tener en cuenta factores que pueden limitar el rendimiento en los tests (por ejemplo, el origen sociocultural del sujeto, su lengua materna y sus discapacidades sensoriales, motoras y comunicativas asociadas). Cuando en las puntuaciones de los subtests se produce una dispersión significativa, las capacidades del sujeto quedan mejor reflejadas por el perfil de las puntuaciones que por el CI total o, en el caso de las Escalas de Wechsler, por el CI Manipulativo y el CI Verbal.

Por su parte, la *actividad adaptativa* se refiere a la eficacia con la que los sujetos afrontan las exigencias de la vida cotidiana y al nivel de destreza esperable en alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural y comunidad. La conducta adaptativa, o habilidades adaptativas según el manual de la AAMR, puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen características ambientales o estímulos contextuales (por ejemplo, escolaridad, oportunidades sociales y laborales) y características personales (por ejemplo, motivación, personalidad, trastornos mentales, enfermedades médicas adicionales). Para determinar la relevancia de estímulos contextuales que puedan estar incidiendo en la presencia del retraso,

es importante recoger datos mediante entrevistas, revisión de datos de archivo, etc., utilizando una o más fuentes fiables independientes (por ejemplo, evaluación del maestro e historia médica, evolutiva y académica). Además, los datos se deben complementar con técnicas como la observación en situaciones naturales.

Las pruebas existentes para medir la conducta adaptativa general sirven, en unos casos, para ayudar en el diagnóstico general de retraso mental y, en otros, para profundizar en el análisis de las competencias de las personas de cara a la intervención. El uso de pruebas para analizar distintas áreas de adaptación social puede ser de gran utilidad. No obstante, en España carecemos de adaptaciones formales de las pruebas más recomendables a este respecto. Únicamente el *Inventario para la Planificación de Servicios y la Planificación Individual (ICAP)* (Montero, 1993), que constituye una adaptación de las Escalas de Conducta Independiente de Bruininks, Woodcock Watherman y Hill (1984), presenta garantías psicométricas suficientes. Este instrumento fue desarrollado para valorar distintas áreas del funcionamiento adaptativo y las necesidades de servicios de una persona. El ICAP puede utilizarse para registrar la información descriptiva, diagnóstico actual, limitaciones funcionales, destrezas de conducta adaptativa, problemas de conducta, estatus residencial, servicios de rehabilitación y de apoyo, y actividades sociales y de tiempo libre. Su propósito, además de evaluar y orientar el programa de intervención, es contribuir a la planificación y evaluación de servicios para personas con deficiencias y/o discapacidades.

Otras pruebas recomendables en otros países, y que en España deben analizarse en función de la bondad de su adaptación cuando ésta se realice, son: las Escalas Revisadas de Conducta Adaptativa de Vineland (Doll, 1953; Sparrow, Balla y Cichetti, 1984), las Escalas ABS de Conducta Adaptativa de la AAMR (Nihira, Foster, Shelhaas y Leland, 1974; Lambert y Windmiller, 1981) y el Test Global de Conducta Adaptativa de Adams (Adams, 1984).

Una vez diagnosticada la presencia o ausencia de retraso mental, el paso siguiente es la clasificación de este trastorno. Como ya hemos avanzado, los

manuales DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1996/1992) clasifican los niveles de retraso en función de la gravedad de la limitación intelectual, estimada básicamente con pruebas psicométricas, mientras que el manual de la AAMR evalúa la intensidad de las necesidades de apoyo utilizando diferentes técnicas de evaluación psicológica. A continuación exponemos las principales clasificaciones.

## 2.2. Clasificación del retraso mental según el DSM-IV-TR

Conforme al DSM-IV-TR pueden especificarse cuatro grados de retraso mental, de acuerdo con el nivel de limitación intelectual: leve (o ligero), moderado, grave y profundo. Cada uno de los niveles se especifica con un código, aunque en la versión española del manual, la mayoría de los trastornos DSM-IV-TR poseen dos códigos. Esto se debe a que en Europa se utiliza la décima revisión del sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 (OMS, 1996/1992) y a que en Estados Unidos se utiliza la novena revisión, modificación clínica, CIE-9-MC (OMS, 1979).

A continuación se enumeran los distintos niveles de retraso mental, con el sistema de codificación de la CIE-10 precediendo al nombre del trastorno en la

clasificación, y con el sistema de codificación de la CIE-9-MC, entre corchetes, detrás del nombre del trastorno (véase tabla 13.1). Se incluyen también los rangos de CI establecidos en el DSM-IV-TR y los establecidos en el CIE-10 para el diagnóstico de uno u otro nivel de retraso. Como puede apreciarse, esta última clasificación plantea puntos de corte exactos, siendo así más restrictiva.

### Retraso mental leve

Este diagnóstico equivale a lo que en educación erróneamente se describía como «educable», que venía a significar que era el único grupo susceptible de un tratamiento educativo. Este grupo incluye a la mayoría (alrededor del 85 por 100) de las personas afectadas por el trastorno. Según el manual DSM-IV-TR, estas personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen escasas limitaciones sensoriomotoras y con frecuencia no es detectable hasta que entran en la escuela, momento en que suelen aparecer dificultades relacionadas con contenidos académicos y problemas de conducta. Las dificultades de aprendizaje pueden ser específicas de un área, como, por ejemplo, la lectura, pero generalmente aparecen en diferentes asignaturas. En su vida adulta, suelen adquirir habi-

TABLA 13.1

#### *Codificación de los niveles de retraso mental*

Código CIE-10	Denominación	Código CIE-9 MC	Rangos CI (DSM-IV-TR)	Rangos CI (CIE-10)
F70.9	R. M. leve	[317]	Entre 50-55 y 70	Entre 50 y 69
F71.9	R. M. moderado	[318.0]	Entre 35-40 y 50-55	Entre 35 y 49
F72.9	R. M. grave	[318.1]	Entre 20-25 y 33-40	Entre 20 y 34
F73.9	R. M. profundo	[318.2]	Inferior a 20 o 25	Inferior a 20
F79.9	R. M. de gravedad no especificada*	[319]		

\*La categoría de Retraso mental de gravedad no especificada puede utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero no sea posible verificar la inteligencia del sujeto mediante los tests usuales (por ejemplo, en individuos excesivamente deficitarios o no cooperadores, o en el caso de los niños pequeños).

lidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de crisis sociales (por ejemplo, fallecimiento de un familiar) o económicas (por ejemplo, pérdida de un empleo). Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbra a vivir satisfactoriamente en la comunidad.

Dentro de este grupo existe una gran variedad intersujetos, resultando difícil describir o generalizar con precisión unas características de comportamiento comunes. Si pensamos en estrategias de evaluación y de intervención o apoyo, la respuesta siempre debe ser individualizada. Y ninguna de las categorías de clasificación del retraso mental basadas en diferenciar a las personas (principalmente por su CI) aporta datos o conocimientos suficientes para ir más allá de una aproximación general a las necesidades del individuo. Aunque algunos datos apoyan el hecho de que las personas con retraso mental ligero muestran más problemas que la población en su conjunto, la amplia mayoría de estas personas pueden conseguir vidas satisfactorias y productivas. Estos sujetos son capaces de obtener y mantener un empleo y convertirse en económicamente autosuficientes.

### **Retraso mental moderado**

Este grupo constituye alrededor del 10 por 100 de toda la población con retraso mental. La mayoría de las personas en este nivel adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Según el DSM-IV-TR, pueden beneficiarse de una formación laboral y, con apoyos, atender a su propio cuidado personal. Pueden beneficiarse también de un entrenamiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de lo que constituyen contenidos básicos en materias escolares. Pueden aprender a desenvolverse independientemente por lugares que les son familiares. Durante la adolescencia, sus limitaciones en habilidades sociales pueden interferir en sus relaciones con los demás. En la etapa adulta, la mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, con apoyos, en talleres protegidos o en

el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, aunque puedan requerir también apoyos para la vida independiente.

### **Retraso mental grave**

Este grupo de personas incluye el 3-4 por 100 de los individuos con retraso mental. La necesidad de apoyos extensos y generalizados en personas con este nivel de retraso suele estar en muchos casos relacionada con problemas de salud o físicos. El riesgo de enfermedades médicas asociadas, tales como problemas sensoriales, neuromusculares, cardiovascular, neurológicos, etc., se incrementa con la gravedad del retraso mental. Por otro lado, ambientes que fomenten la independencia, la productividad y la interacción social potencian su desarrollo. Entre las principales limitaciones que presentan están: baja tasa de adquisición de nuevas habilidades, dificultades en el mantenimiento y generalización de habilidades aprendidas, déficit en habilidades de comunicación, deficiente desarrollo físico y motor, déficit en habilidades de autoayuda y frecuencia de conductas desadaptativas. A pesar de estas limitaciones, son personas que pueden y deben aprender.

En la escuela, a lo largo de la historia, la infravaloración del potencial de las personas con retraso mental grave ha dado lugar a prejuicios, miedos y situaciones de maltrato. Se consideraba que tanto este grupo como los de nivel profundo no podían beneficiarse de la educación y se les denominaba «asistenciales». Sin embargo, la evidencia demuestra que una adecuada programación educativa permite a estas personas mejorar sustancialmente en sus aprendizajes y habilidades adaptativas. Esa programación debe ser funcional, individualizada y adaptada a la edad cronológica. La instrucción es más útil cuando está referida a la comunidad y cuando tiene lugar en aquellos lugares donde la habilidad se va a utilizar. En la vida adulta, el empleo con apoyo es una alternativa viable especialmente dirigida para este tipo de población.

Los trastornos psicológicos y emocionales tienen lugar con tasas más elevadas en este grupo de personas que para la población general, pero el

diagnóstico es complicado debido a la falta de instrumentos estandarizados de evaluación, problemas en la comprensión verbal y en la comunicación de las personas, y por la atípica manifestación de los síntomas (Verdugo y Bermejo, 1998). La población que vive en instituciones presenta muchos mayores problemas y patología que los que viven en la comunidad.

Las personas con retraso mental grave y sus familias pueden y deben ser consultadas en la construcción de planes educativos y planes de apoyos. Los apoyos extensos y generalizados difieren de niveles menos intensos de apoyos en la frecuencia, duración y urgencia. Los servicios de apoyo complementarios son especialmente importantes para estas personas porque es más probable que este grupo continúe necesitando dichos apoyos a lo largo del tiempo.

### **Retraso mental profundo**

El grupo afectado de retraso mental profundo supone aproximadamente el 1-2 por 100 de las personas con retraso mental, según el DSM-IV-TR. Las limitaciones físicas y de salud, así como las consideraciones psicológicas emocionales, están también presentes, y en mayor medida que en el caso anterior. Durante los primeros años de la niñez desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensoriomotor. Sin embargo, estas personas pueden, con programas individualizados, en un ambiente altamente estructurado y con ayudas y supervisión constantes, lograr un máximo desarrollo de sus potencialidades. Del mismo modo, las habilidades básicas como son la comunicación y el cuidado personal, especialmente importantes para este grupo, pueden mejorar si se les somete a un entrenamiento adecuado. Tal y como propone la Asociación para Personas con Minusvalías Graves—*The Association for Persons with Severe Handicaps (TASH)*—, estas personas requieren apoyos extensos y continuados en más de un área de la vida para poder participar en entornos comunitarios integrados y poder tener una calidad de vida como el resto de ciudadanos con menor o ninguna discapacidad (Lindley, 1990).

## **2.3. Clasificación según la Asociación Americana de Retraso Mental**

La AAMR no clasifica a los individuos según niveles de retraso intelectual, sino que clasifica sus capacidades y limitaciones teniendo en cuenta cuatro dimensiones de la persona:

1. Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas.
2. Consideraciones psicológicas/emocionales.
3. Consideraciones físicas y de salud.
4. Consideraciones ambientales.

Un equipo interdisciplinar ha de ser el responsable en identificar los puntos fuertes y débiles del individuo. De esa evaluación vendrá la determinación del tipo e intensidad de los apoyos que necesita. Las cuatro intensidades de apoyos posibles son intermitente, limitado, extenso y generalizado.

### **Intermitente**

Apoyo «cuando sea necesario». Se caracteriza por su naturaleza episódica. Así, la persona no siempre necesita el(los) apoyo(s) o tan sólo requiere apoyo de corta duración durante transiciones en el ciclo vital (pérdida de trabajo o agudización de una enfermedad). Los apoyos intermitentes pueden proporcionarse con una elevada o baja intensidad.

### **Limitado**

Intensidad de los apoyos caracterizada por su consistencia temporal, por tiempo limitado pero no intermitente. Puede requerir un menor número de profesionales y menos costes que otros niveles de apoyo más intensos (entrenamiento laboral por tiempo limitado o apoyos transitorios durante la transición de la escuela a la vida adulta).

### **Extenso**

Apoyos caracterizados por su regularidad (diaria) en, al menos, algunos ambientes (como el hogar

o el trabajo) y sin limitación temporal (apoyo a largo plazo y apoyo en el hogar a largo plazo).

### Generalizado

Apoyos caracterizados por su estabilidad y elevada intensidad; proporcionada en distintos entornos; con posibilidad de mantenerse toda la vida. Estos apoyos generalizados suelen requerir más personal y mayor intrusión que los apoyos extensos o los limitados.

Algunos autores (por ejemplo, Beirne-Smith, Ittenbach y Patton, 1998) agrupan los niveles de retraso mental teniendo en cuenta las intensidades del apoyo y, frente a los grupos propuestos por la APA en su manual, establecen tan sólo dos grupos. Así, un primer grupo es el compuesto por personas con formas más ligeras de retraso mental. Esto equivaldría al grupo de personas denominadas con «retraso mental leve», de la clasificación de la APA (1995). Un segundo grupo es el compuesto por personas con retraso mental grave, y que incluye a personas con niveles medios o moderados, graves y profundos, es decir, los tres grupos restantes conforme a la clasificación de la APA (2000). En conjunto, un 85 por 100 de la población presenta formas de retraso mental leve y un 15 por 100 presenta formas más graves (Beirne-Smith, Ittenbach y Patton, 1998).

## 2.4. Etiología

El manual DSM-IV-TR clasifica las enfermedades médicas en el Eje III de la clasificación multiaxial, adoptando los códigos CIE-10 (en la versión española) y CIE-9 (en la versión norteamericana) propuestos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978, 1979). Dicha clasificación está articulada en función del sistema afectado (por ejemplo, enfermedades del sistema nervioso, del ojo y sus anejos, del sistema circulatorio, del sistema respiratorio, etc.), aunque incluye también códigos referidos al embarazo, parto y puerperio, a la patología perinatal, y a malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas.

Una enfermedad médica no implica necesariamente la presencia de retraso mental, pero en algunas circunstancias sí constituyen factores causales (Aase, 1990; Buyse, 1990; Jones, 1988). En muchos casos, el factor causal principal del retraso mental no es una alteración biomédica concreta y, en estos casos, es preferible indicar que la etiología es desconocida o enumerar sólo los factores psicosociales contribuyentes (en el Eje IV de la clasificación multiaxial del DSM-IV-TR, APA, 2000).

Por su parte, la definición de la Asociación Americana sobre Retraso Mental (1992), específica en la Dimensión III (Condiciones físicas y de salud) las posibles enfermedades médicas, agrupadas en función de su momento de ocurrencia: prenatal, perinatal o postnatal. El manual de la AAMR incluye dicho sistema de clasificación y codificación. Dentro de cada categoría se realizan los agrupamientos secundarios. Así, en las causas prenatales se incluyen los trastornos cromosómicos, errores metabólicos o influencias ambientales (como exposición a drogas, toxinas, radiaciones o enfermedades maternas). Las causas perinatales incluyen trastornos relacionados con un parto y alumbramiento anómalos, gestación múltiple o con problemas neonatales. Por último, las causas postnatales incluyen infecciones, trastornos degenerativos, lesiones craneales, malnutrición, privación ambiental, entre otras (Luckasson et al., 1992/1997).

En algunos casos, se sugiere realizar un agrupamiento terciario para aislar mejor la etiología específica (por ejemplo, siguiendo el desarrollo anterior, una categoría de tercer orden serían los trastornos autosómicos). El manual recomienda utilizar este esquema siempre que sea posible, con el fin de facilitar la comparación entre personas y grupos. De este modo, una misma condición médica, como es el síndrome de Rett, quedaría clasificado, conforme al manual de la AAMR, como *Etiología Primaria: III.D.1.a, Síndrome de Rett*. Así, acudiendo a la clasificación, estos códigos nos informarían que es un trastorno de causa postnatal (III), de carácter degenerativo (D), y más específicamente sindrómico (I), que aparece listado en primer lugar (a).

Por su parte, conforme a los códigos de los sistemas CIE-10 y CIE-9 incluidos en el DSM-IV-TR, dicho trastorno quedaría identificado como F84.2 Trastorno de Rett [299.80]. Estos códigos nos indican que se trata de un trastorno clínico (incluido en el Eje I), de inicio en la infancia y adolescencia, consistente en un trastorno generalizado del desarrollo (F84), que aparece listado en segundo lugar (.2)

La clasificación propuesta por la AAMR parte de la existencia de relaciones fisiopatológicas entre grupos de etiologías. Esto, según sus autores, puede facilitar el desarrollo de investigaciones sobre epidemiología y causas del retraso mental, proporciona información a los responsables de planificar la política social en relación a los servicios y apoyos necesarios y ayuda al diseño y puesta en marcha de programas de prevención del retraso mental. Según los autores del manual de la AAMR, aunque los códigos elaborados por la Organización Mundial de la Salud no están diseñados para mejorar la comprensión sobre la etiología del retraso, cuestiones prácticas —por ejemplo, la comunicación entre profesionales de la salud— hacen necesario su uso en muchas ocasiones. De ahí que se sugiera utilizar ambos códigos.

Por otro lado, dado que van apareciendo nuevas enfermedades médicas asociadas con el retraso mental (Okano, Eisensmith y Guttler, 1991), toda clasificación debe estar sujeta a una permanente actualización. Ésta es una ventaja adicional del sistema de la AAMR, frente a otros sistemas, pues permite codificar un trastorno no incluido en la clasificación presente, utilizando el código más próximo, seguido de las siglas «DAD» (Datos Adicionales Disponibles). Por otra parte, si un factor etiológico no está suficientemente probado, éste puede indicarse como etiología «posible». Ello sugeriría la necesidad de investigar más. Si existen varios factores, al especificar la etiología se debe distinguir, si es factible, entre el factor etiológico principal y cualesquiera factores secundarios que puedan contribuir a la etiología. Esos factores secundarios pueden incluir los denominados «posibles». Como norma, se debe ofrecer un listado de factores etiológicos múltiples ordenados de mayor a menor importancia, de modo que dé

una idea de su contribución relativa a la etiología (véase Luckasson et al., 1992/1997).

El manual de la AAMR es más acorde con una concepción *multifactorial* sobre la etiología del retraso mental, incluyendo cuatro grupos de posibles factores influyentes:

1. *Biomédicos*: Se refiere a aquellos factores relacionados con procesos biológicos, como son los trastornos genéticos o de nutrición.
2. *Sociales*: Se relacionan con la interacción del niño en el medio familiar y social, donde resulta de gran importancia la estimulación y comportamiento de los adultos hacia el niño.
3. *Conductuales*: Tienen que ver con conductas o actividades peligrosas que pueden dar origen a la discapacidad (por ejemplo, el abuso de sustancias tóxicas por parte de la madre).
4. *Educativos*: Prestan atención a la existencia o no de apoyos educativos para promover el desarrollo mental y de las habilidades de adaptación.

Esta clasificación permite además relacionar los posibles factores con diferentes actuaciones en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Así, un ejemplo de prevención terciaria serían las actuaciones que a nivel educativo sirven para fomentar la productividad de la persona con retraso mental, de modo que mejore su nivel de funcionamiento.

## 2.5. Epidemiología

### Prevalencia

La tasa de prevalencia del retraso mental ha sido estimada aproximadamente en un 1 por 100. Sin embargo, diferentes estudios han hallado tasas distintas en función de las definiciones utilizadas, los métodos de evaluación y la población estudiada (APA, 2000). Puede decirse que es más correcto hablar de una tasa aproximada del 2 por 100 de la



población cuando hablamos de Europa occidental y de Norteamérica. Los estudios realizados han oscilado entre un 0,7 y un 3 por 100. En países en vías de desarrollo o subdesarrollados es probable que estos porcentajes aumenten debido a la elevada incidencia de factores ambientales que repercuten negativamente en las fases prenatal, perinatal y postnatal. Ejemplo de estos factores son los deficientes cuidados durante el embarazo, la falta de controles médicos, la nutrición inadecuada y la carencia de una política sanitaria preventiva sistemática, entre otros.

Es posible indicar también la prevalencia de este trastorno en función del origen del mismo. Aunque en aproximadamente un 30-40 por 100 de los individuos no se puede precisar su etiología de forma clara, contamos con datos de prevalencia de factores predisponentes al retraso mental (APA, 2000). Es posible agrupar estos datos, siguiendo la clasificación anterior:

- a) *Causas prenatales*, que incluirían factores hereditarios y alteraciones tempranas del desarrollo embrionario. Conjuntamente suponen un 35 por 100 de las causas de retraso mental. La *herencia* representa aproximadamente un 5 por 100 de las causas e incluye errores innatos del metabolismo (por ejemplo, enfermedad de TaySachs). Las *alteraciones tempranas del desarrollo embrionario* representan aproximadamente un 30 por 100, incluyendo alteraciones cromosómicas (por ejemplo, síndrome de Down debido a trisomía 21) o afectación prenatal por toxinas (por ejemplo, consumo materno de alcohol, infecciones).
- b) Las *causas perinatales* comprenden aproximadamente un 10 por 100 del total y se refieren a *problemas del embarazo y perinatales*. Estos factores incluyen malnutrición fetal, prematuridad, hipoxia, infecciones y traumatismos.
- c) Por último, las *causas postnatales* incluyen aproximadamente un 25 por 100 del total, si bien el manual DSM-IV-TR incluye en este porcentaje el relacionado con otros trastor-

nos mentales graves (por ejemplo, trastorno autista). Es posible distinguir entre: 1) *enfermedades médicas adquiridas durante la infancia y la niñez* (aproximadamente un 5 por 100) que incluyen infecciones, traumatismos y envenenamiento (por ejemplo, por plomo), y 2) *influencias ambientales y otros trastornos mentales*, que incluyen privación de crianza y de estimulación social, lingüística y de cualquier otro orden.

### **Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo**

Ciertos factores etiológicos, especialmente perinatales y postnatales, están asociados a un estatus socioeconómico inferior (por ejemplo, envenenamiento por plomo y nacimientos prematuros). La aparición de retraso mental sin causa biológica especificada (30-40 por 100 del total) suele aparecer en mayor medida en las clases sociales más bajas. En este caso, el retraso mental tiende a ser más leve, aunque se puedan dar todos los niveles de gravedad. El retraso mental es más frecuente en varones, con una proporción varón a mujer aproximadamente de 1,5:1 (APA, 1995). La influencia de factores ambientales en el primer caso y hereditarios en el segundo suele ser la explicación más habitual de estos resultados (Verdugo, 1998).

### **Curso**

Tal y como especifica el manual DSM-IV-TR, la edad y el modo de inicio del retraso mental dependen de la etiología y la gravedad del retraso mental. Los retrasos más graves, especialmente si están asociados a un síndrome con fenotipo característico, suelen identificarse tempranamente e incluso en el momento del nacimiento (por ejemplo, el síndrome de Down). Por el contrario, el retraso leve de origen desconocido suele diagnosticarse posteriormente. En muchos retrasos graves resultantes de una causa adquirida, la afectación intelectual se presentará más bruscamente

(por ejemplo, retraso leve a consecuencia de una encefalitis).

El curso del retraso mental también se encuentra influido por factores ambientales. Los dos manuales hasta ahora comentados coinciden en que el retraso mental no es necesariamente un trastorno que sea para toda la vida una vez diagnosticado. La temprana provisión de apoyos puede originar mejoras en la conducta adaptativa que recomienden la supresión del diagnóstico de retraso mental.

### Tipificación y diagnóstico diferencial

Como se ha indicado previamente, el código diagnóstico específico para el retraso mental se selecciona a partir del nivel de gravedad y se codifica en el Eje II. Si el retraso mental está asociado a un trastorno mental (por ejemplo, trastorno autista), este trastorno mental adicional se codifica en el Eje I (Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica). Si el retraso mental se asocia a una enfermedad médica (por ejemplo, síndrome de Down), la enfermedad se codifica en el Eje III.

Los criterios diagnósticos de retraso mental no contemplan ningún criterio de exclusión; por tanto, el diagnóstico debe establecerse siempre que se cumplan los criterios establecidos, independientemente de la posible concurrencia de otro trastorno.

Un diagnóstico de retraso mental difiere de un diagnóstico de *trastorno del aprendizaje* o de *trastornos de la comunicación* no asociados a retraso mental en que, en estos dos últimos, se observa la alteración del desarrollo en un área específica, pero no existe una afectación generalizada del desarrollo intelectual, ni necesariamente deficiencias significativas asociadas en dos o más áreas de habilidades adaptativas.

Por otra parte, aunque el retraso mental suele acompañar a los *trastornos generalizados del desarrollo* (un 75-80 por 100 de los sujetos con un trastorno generalizado del desarrollo también presenta retraso mental), en éstos (por ejemplo, trastorno autista, trastorno de Rett, Asperger) existe una afectación cualitativa del desarrollo de la interacción

social y de las habilidades verbales y no verbales de comunicación social.

Asimismo, aunque algunos casos de retraso mental pueden recibir un diagnóstico adicional de *demencia*, caracterizado por la afectación de la memoria y otras deficiencias cognitivas, en general, este diagnóstico en menores de 18 años sólo se establece cuando no es posible tipificar la alteración únicamente con un diagnóstico de retraso mental.

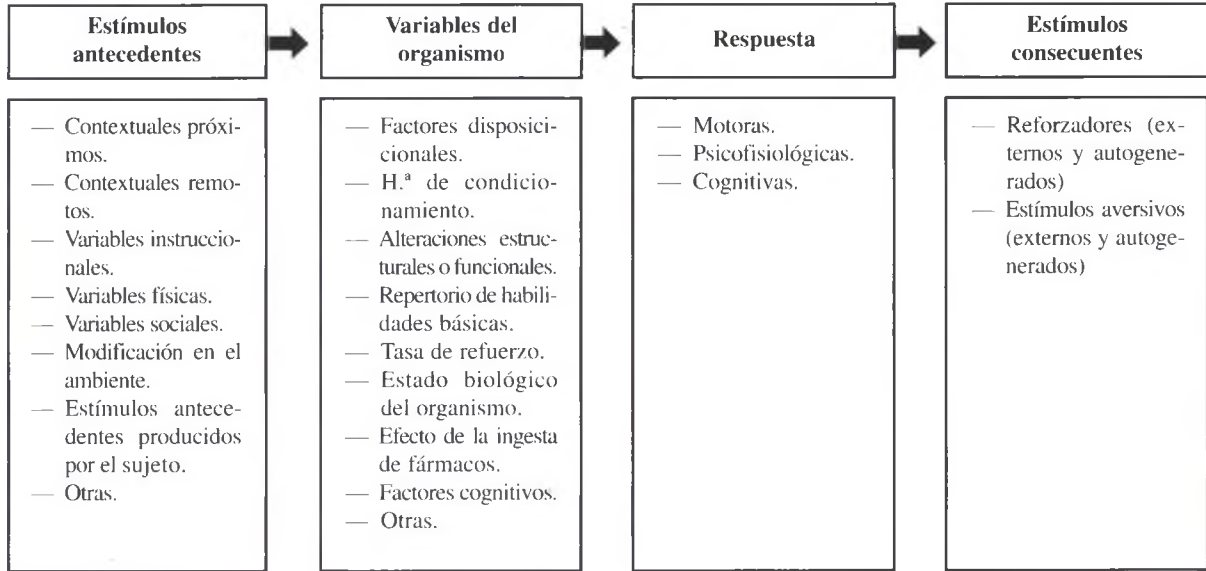
Por último, se ha de distinguir el retraso mental de la *capacidad intelectual límite*, término que describe un intervalo de CI superior al exigido en el retraso mental (generalmente 71-84). Como se dijo antes, una puntuación CI puede entrañar un error de medida de, aproximadamente, 5 puntos, dependiendo del instrumento de evaluación. De este modo, es posible diagnosticar retraso mental en individuos con puntuaciones CI situadas entre 71 y 75 si cuentan con déficits significativos del comportamiento adaptativo que cumplan los criterios de retraso mental. Este diagnóstico requiere ser realizado con sumo cuidado. En todo caso, consideramos a la población con CI entre 71 y 84 como población con una inteligencia baja y no con una deficiencia intelectual. Con ello se pretende reducir los procesos etiquetadores y simplificados de los individuos y supone, además, una visión mucho más optimista de las personas y sus posibilidades.

## 2.6. Teorías cognitivo-conductuales

El enfoque cognitivo-conductual nos permite plantear un esquema organizador de las variables que pueden explicar la presencia de dificultades. Así, partiendo de un esquema de análisis ecológico funcional (Arias, 1995), es posible distinguir entre: 1) estímulos antecedentes; 2) variables del organismo; 3) respuesta, y 4) estímulos consecuentes —contingencias— (véase tabla 13.2).

Los estímulos antecedentes incluyen básicamente todos los factores clasificables en el Eje IV del DSM-IV-TR: problemas relativos al grupo primario de apoyo, al ambiente social, a la enseñan-

TABLA 13.2

*Modelo de análisis ecológico funcional*

za, a la situación socioeconómica de la familia, etc. Estos factores no sólo pueden, en algunos casos, explicar la aparición de retraso mental (por ejemplo, debido a malnutrición), sino que, además, añaden gravedad al pronóstico de una intervención (Arias y Monjas, 1990, 1991). Las variables del organismo comprenden los factores especificados en el Eje I (Trastornos clínicos), Eje II (Trastornos de la personalidad y Retraso mental), y Eje III (Enfermedades médicas) del Manual DSM-IV-TR. Junto a estos criterios, se incluyen factores relacionados con el aprendizaje o el condicionamiento de una respuesta (tasa de refuerzo e historia de condicionamiento). El apartado de Respuesta, considera el triple sistema de respuesta: cognitivo, psicofisiológico y conductual. Por último, los estímulos consecuentes se refieren a las contingencias de refuerzo y de castigo, que nos sirven para explicar por qué una conducta se mantiene o cómo una conducta tiene poca probabilidad de aparecer (para más información, consúltese Arias, 1995).

### 3. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

#### 3.1. Bases teóricas

El manual de la AAMR nos proporciona un primer marco para sentar las bases de la evaluación e intervención. Así, la evaluación funcional de las personas con retraso mental debe estructurarse en una serie de pasos que comienza con el diagnóstico diferencial del retraso mental. A continuación, se clasifican y describen las potencialidades y limitaciones del sujeto conforme a cuatro dimensiones, que tienen también en cuenta el medio en que se desenvuelve el individuo. Es entonces cuando se determina la intensidad de los apoyos requeridos en cada una de las áreas o dimensiones. Y todo ello se pone en relación con las fuentes y funciones de los apoyos requeridos. A este respecto, es posible distinguir varias funciones, como son la ayuda para fomentar la amistad, ayudas para la planificación económica, atención sanitaria, apoyo conductual, ayuda al empleado, ayuda en el

hogar y ayudas para el acceso y uso de la comunidad. Este proceso propuesto por la AAMR (Luckas-

son et al., 1992, 1997) aparece reflejado en la figura 13.1.

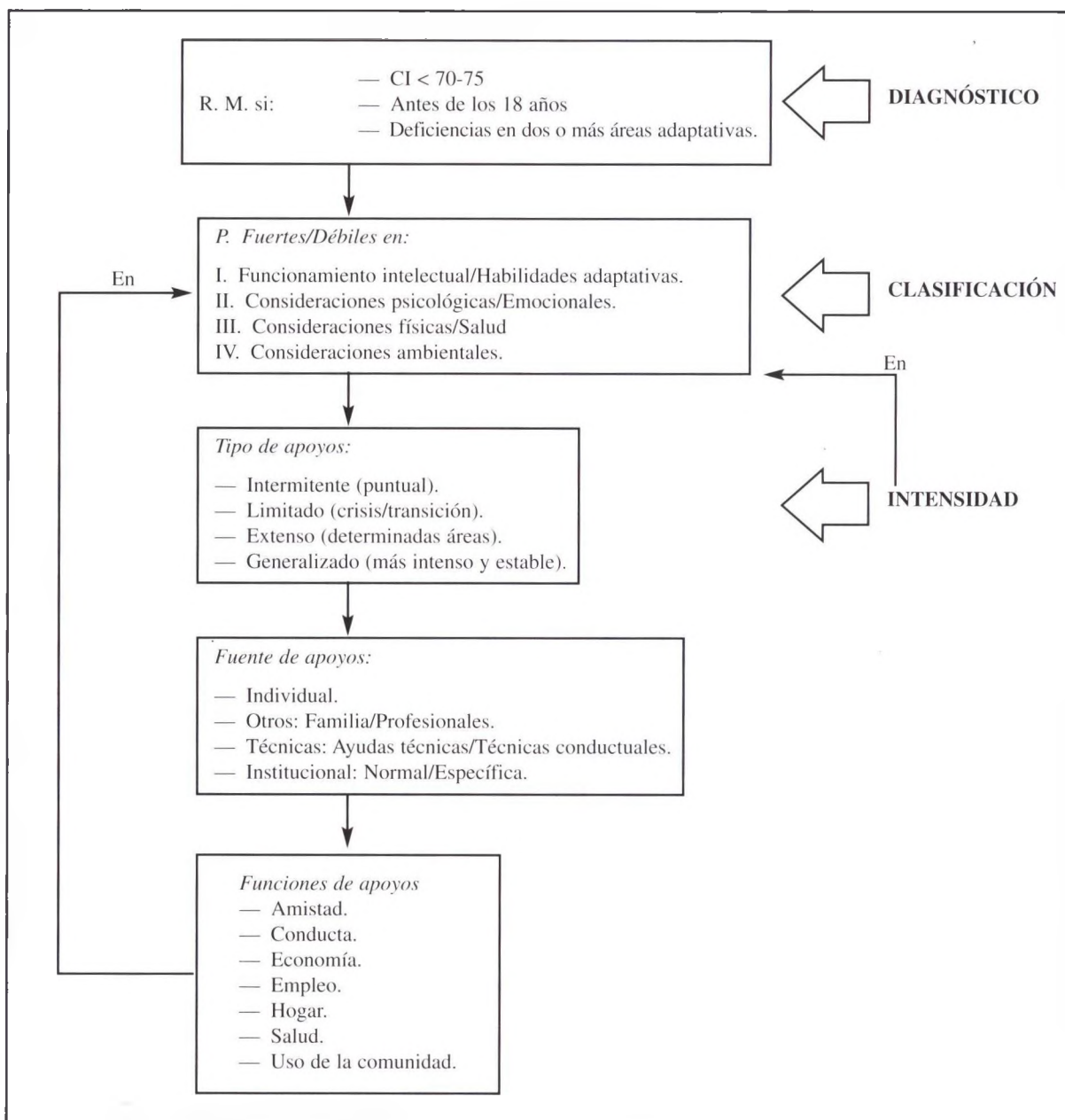


Figura 13.1.—Diagnóstico, clasificación y determinación de la intensidad de los apoyos.

La evaluación del retraso mental requiere, como hemos venido reiterando, la utilización en una primera fase de instrumentos y técnicas de evaluación que permitan diagnosticar la presencia o ausencia de dicho retraso. Sin embargo, tras el diagnóstico, es preciso poner en marcha estrategias de intervención que permitan dar respuesta a las dificultades constatadas. La propuesta de la AAMR, de 1992, destaca que es la interacción entre las capacidades del individuo y el ambiente (características y expectativas de su entorno) lo que determina el funcionamiento de dicho sujeto.

Por otro lado, el enfoque cognitivo-conductual y las técnicas derivadas del mismo nos permiten, partiendo de un enfoque ideográfico, la evaluación y posterior intervención para paliar las deficiencias encontradas. Partiendo de estos principios, toda evaluación debe tratar de responder a esta pregunta: ¿cuál es la causa más probable de la no emisión de una respuesta? Las posibles opciones, así como las pautas generales de intervención, quedan representadas en la figura 13.2.

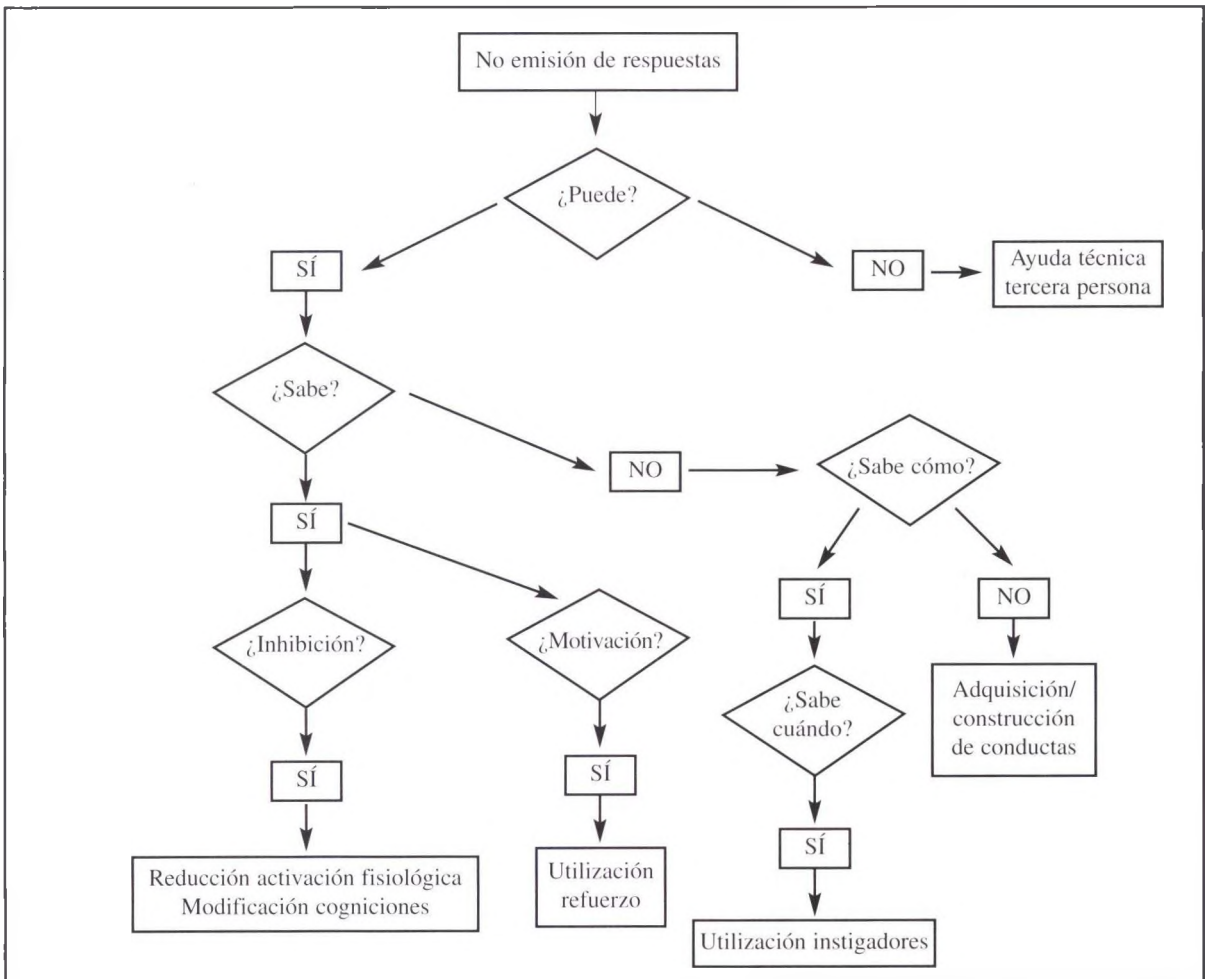


Figura 13.2.—Posibles causas de la no emisión de una conducta.

De este modo, una persona con retraso mental puede tener una enfermedad médica asociada que haga inviable la emisión de una conducta. En este caso, se debe sustituir la instrucción por la puesta en marcha de ayudas técnicas o la ayuda de una tercera persona. En otros casos, la persona no realiza la conducta aunque, de hecho, se encuentre en su repertorio de habilidades básicas. Ello puede deberse a un déficit motivacional o a una inhibición de la conducta debido a factores psicofisiológicos (por ejemplo, ansiedad) o cognitivos (por ejemplo, creencias inadecuadas). En el primer caso, estaría indicado el uso de programas de refuerzo para aumentar la probabilidad de emisión de una respuesta. En el segundo caso, podrían estar indicadas técnicas de reducción de la activación fisiológica (por ejemplo, relajación o, si procede, desensibilización sistemática) o bien técnicas para la modificación de cogniciones (por ejemplo, exposición, técnicas de reatribución o de reconceptualización).

En otros casos, la persona sabe cómo realizar una conducta o los pasos individuales que componen una cadena conductual, pero tiene dificultades en secuenciar ordenadamente cada subconducta o en saber cuándo es el momento adecuado para ponerlas en marcha. En estos casos, es recomendable la utilización de instigadores (visuales, gestuales, verbales, físicos) que puedan convertirse en estímulos discriminativos para llevarlas a cabo.

Por último, cuando la persona no pone en marcha una conducta porque ésta no se encuentra en su repertorio conductual, es recomendable la utilización de técnicas para la adquisición de conductas, tales como el encadenamiento o el moldeamiento.

### 3.2. Pautas para la intervención en estudiantes con retraso mental

Los criterios de la AAMR y las bases cognitivo-conductuales para la evaluación y la intervención permiten prestar atención no sólo al individuo, sino también a su ambiente o medio donde se desenvuelve. El esquema de análisis ecológico-funcional ofrece una primera pauta para determinar variables

ambientales relevantes que nos ayuden a explicar la presencia o ausencia de determinadas conductas adaptativas. Así, circunstancias familiares o sociales especialmente adversas deben ser objeto de intervención, apoyos y mejoras.

En la intervención educativa, esta evaluación debe ajustarse a cada caso en particular y tomar como referencia el entorno actual y futuro en el que el estudiante se ha de desenvolver. Dicho enfoque ha sido denominado como «evaluación ecológica» (Snell, 1987) y es considerado como el más adecuado para planificar la intervención en personas con retraso mental grave. Contempla no sólo las habilidades del individuo, sino también las variables del entorno que constituyen el clima socioecológico. La adopción de una perspectiva ecológica no significa que la intervención a nivel individual deje de ser necesaria. Por el contrario, esta perspectiva reconoce el equilibrio e interacción entre el comportamiento y el entorno. Una enseñanza eficaz requiere una recogida y un análisis de datos, sistemáticos, del contexto y del sujeto (Menchetti y Flynn, 1989). Para ello, es útil desarrollar un Inventario Ecológico (véase figura 13.3).

La identificación de las áreas curriculares puede realizarse tomando como referencia las 10 áreas de habilidades de adaptación planteadas por la AAMR en su manual de 1992. A continuación, se deben ordenar de mayor a menor importancia, teniendo en cuenta el sujeto para el que estamos planificando (edad, nivel de competencias, etc.). Las diez áreas posibles se definen como sigue:

1. *Comunicación*: Habilidades como la capacidad de comprender y de expresar información a través de comportamientos simbólicos (por ejemplo, palabra hablada, palabra escrita/ortográfica, símbolos gráficos, lenguaje de señales) o comportamientos no simbólicos (por ejemplo, expresión facial, tocar, gestos).
2. *Cuidado personal*: Habilidades relacionadas con el aseo, comida, vestido, higiene y apariencia personal.
3. *Habilidades de vida en el hogar*: Habilidades relacionadas con el funcionamiento dentro del

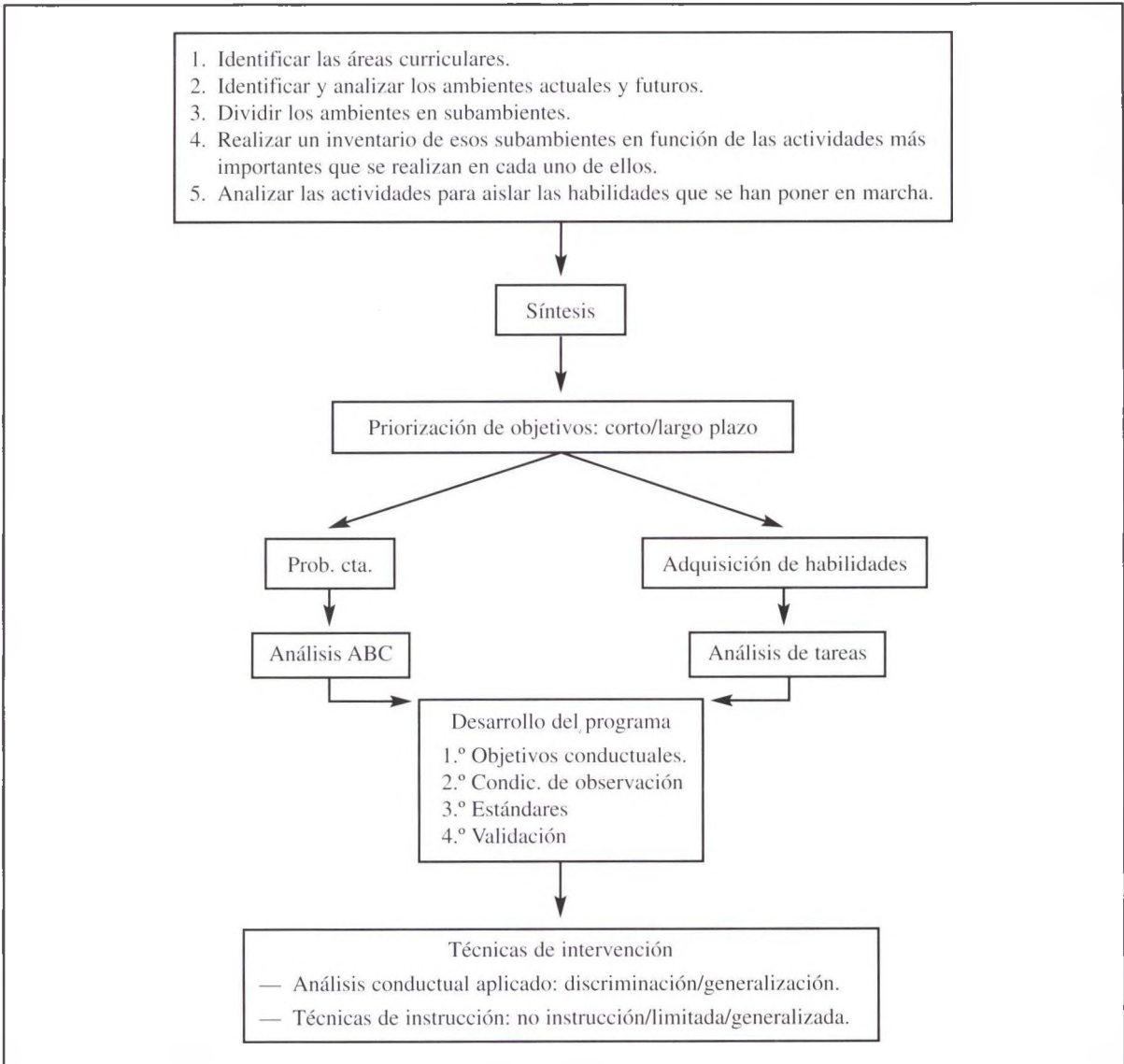


Figura 13.3—Fases para la construcción de un inventario ecológico.

hogar (por ejemplo, cuidado de la ropa, tareas del hogar, limpieza, preparación y cocinado de comidas, planificar la compra, seguridad en el hogar, etc.).

4. *Habilidades sociales*: Incluyen iniciar, mantener y finalizar una interacción con

otros; comprender y responder a los indicios situacionales relevantes; reconocer sentimientos, etc.

5. *Utilización de la comunidad*: Utilización adecuada de los recursos del transporte; comprar en tiendas y en grandes almacenes

- y supermercados; obtener servicios de otros negocios de la comunidad, etc.
6. *Autogobierno*: Elegir, aprender y seguir un horario; iniciar actividades adecuadas a la situación, condiciones, horarios; acabar las tareas necesarias o exigidas; buscar ayuda; resolver problemas, etc.
  7. *Salud y seguridad*: Habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud de uno mismo; reconocer cuándo se está enfermo; tratamiento y prevención; primeros auxilios básicos; consideraciones básicas sobre seguridad, etc.
  8. *Habilidades funcionales*: Habilidades cognitivas y habilidades relacionadas con aprendizajes escolares, que tienen también una aplicación directa en la vida personal (por ejemplo, escritura, lectura, utilización práctica de los conceptos matemáticos básicos, etc.).
  9. *Ocio*: Desarrollo de intereses variados de ocio y recreativos que reflejen las preferencias y elecciones personales y, si la actividad se realiza en público, la adaptación a las normas relacionadas con la edad y la cultura.
  10. *Trabajo*: Habilidades relacionadas con tener un trabajo a tiempo completo o parcial en la comunidad, mostrando habilidades laborales específicas, comportamiento social apropiado y habilidades relacionadas con el trabajo (por ejemplo, finalizar tareas, conocer los horarios, habilidades para buscar ayuda, recibir críticas y mejorar destrezas, etc.).

El segundo paso consiste en identificar los ambientes actuales y futuros (a dos años vista) donde se va a desenvolver el sujeto (por ejemplo, la ciudad, dentro del área de la comunidad). El tercer paso requiere identificar los subambientes relevantes en cada uno de los ambientes seleccionados (por ejemplo, cafeterías). El cuarto paso implica identificar actividades relevantes a realizar en los diferentes subambientes (por ejemplo, en la barra del bar). El paso siguiente consiste en identificar las habilidades (competencias) que son necesarias para realizar con eficacia las actividades requeridas (por ejemplo, leer el menú, pagar la cuenta, etc.).

Existen varios aspectos importantes que deben ser considerados a la hora de seleccionar las prioridades en la intervención. Un primer aspecto consiste en descartar la existencia de problemas conductuales que puedan estar interfiriendo con el aprendizaje. Si ese fuera el caso, debiera comenzarse por el análisis funcional e intervención en dichas conductas. A continuación, se deberán priorizar los objetivos instruccionales. Para ello se pueden utilizar criterios como: 1) número de informantes que consideran crítica esa habilidad para entrar en un programa futuro o para la seguridad de la persona; 2) frecuencia con que dicha habilidad aparece en el inventario; 3) relevancia para un desenvolvimiento lo más normalizado posible en el presente y en el futuro; 4) adecuación a la edad cronológica, y 5) viabilidad —tiempo, recursos humanos y materiales— de la instrucción.

Después de sopesar cuidadosamente todos estos criterios, se ha de tomar la decisión sobre el tipo de programa más apropiado para cada estudiante. Un profesional puede adoptar cuatro enfoques diferentes para ayudar a un estudiante a satisfacer las demandas de la vida diaria. El primero consiste simplemente en realizar la actividad en lugar del estudiante (por ejemplo, darle el dinero exacto para el autobús). El segundo trata de utilizar una ayuda técnica académica para ayudar al alumno a desarrollar la actividad de forma independiente (por ejemplo, utilizar un bono para el autobús). El tercer enfoque consiste en enseñar al alumno un número limitado de habilidades, llevando a cabo una instrucción académica limitada (por ejemplo, enseñarle a marcar uno o dos de los números de teléfono más usuales, como el de su casa o el de su trabajo). El cuarto enfoque supone enseñar habilidades generalizadas (por ejemplo, lectura, escritura, cálculo, utilización del reloj, del teléfono, etc.). Los siguientes criterios pueden ayudar a decidir el tipo de instrucción más adecuado a cada caso.

- a) ¿Cuál es la edad cronológica del estudiante? Las habilidades académicas generalizadas requieren años para dominarlas. Por tanto, si se opta por esta instrucción, será necesario iniciarla en la escuela primaria. Sin embargo, existen casos en los que se pueden hacer



excepciones, como sucede cuando las personas no han tenido la oportunidad de aprender habilidades académicas (por ejemplo, debido a su previa institucionalización en centros sin programas educativos).

- b) ¿Cuál ha sido la tasa de aprendizaje del estudiante en la instrucción académica? Es decir, cuánto tiempo suele requerir un estudiante para aprender a realizar correctamente y sin ayuda una tarea. Para evaluar la tasa de aprendizaje es preciso realizar una instrucción sistemática y diaria en la habilidad seleccionada. De otro modo, el lento progreso puede ser un reflejo de la instrucción inadecuada más que de un lento aprendizaje.
- c) ¿Cuáles son las preferencias de los padres o del estudiante respecto al tipo de instrucción a recibir? Los padres y/o tutores del estudiante y él mismo, siempre que sea posible, deben ser consultados para ayudar a tomar decisiones sobre la instrucción.
- d) ¿Qué habilidades necesitará el estudiante en sus ambientes actuales o futuros? De nuevo, el inventario conductual, o la utilización de técnicas como la entrevista a la persona con discapacidad, familia y otros individuos significativos de su entorno, serán también criterios para tomar decisiones sobre la instrucción.

El último paso consiste en el desarrollo del programa de instrucción que mejor responda a las necesidades del estudiante. Las intervenciones deben permitir un avance y mejora de la integración en la comunidad de la persona con retraso mental. De ahí la importancia de utilizar, en la medida de lo posible, sistemas de apoyos naturales, menos intrusivos y más eficaces. A nivel escolar, uno de los principales apoyos que se han de proporcionar consiste en las adaptaciones de la instrucción y del currículum. Los programas escolares que no están individualizados pueden caer en versiones repetitivas o «diluidas» del currículum ordinario. En el manual de la AAMR del 92 se exponen varias directrices para mejorar los enfoques de enseñanza/aprendizaje. Así, las «mejores prácticas» indican que cuando se enseñan habilidades dentro del currículum, los estudiantes con retraso

mental muestran tener una mayor generalización y mantenimiento de habilidades.

Como guía, durante los años iniciales (preescolar y primaria) se debe primar la inclusión plena en las clases ordinarias, realizando las adaptaciones curriculares necesarias. Cuanto mayor sea el estudiante, cobra más importancia el desarrollo de habilidades laborales, habilidades académicas funcionales y habilidades de vida independiente. Y, a este respecto, en la medida que sea necesario, la instrucción individualizada fuera del contexto del grupo de iguales, puede ser en ocasiones una opción válida.

Frente a la tendencia a «ajustar» al estudiante a un lugar escolar y un currículum, se considera fundamental desarrollar programas individualizados, debiendo el equipo educativo asumir funciones tales como:

1. Recoger y analizar información de evaluaciones multidisciplinares (habilidades y limitaciones adaptativas, características y necesidades físicas, médicas y psicológicas; potencialidades y limitaciones ambientales).
2. Traducir esos datos de evaluación a un perfil de apoyos necesarios para compensar, mejorar o superar el desempeño habitual de un estudiante en aquellas áreas específicas donde existan carencias.
3. Desarrollar planes (por ejemplo, de transición, de educación) para determinar cómo deberán ser proporcionados los servicios educativos o de otro tipo, cuando sea pertinente al caso.
4. Diseñar programas que incluyan al estudiante, en el mayor grado posible, dentro de actividades educativas, sociales y recreativas con iguales sin discapacidad y proporcionar los apoyos educativos que favorezcan una integración con éxito, evitando los programas segregados.
5. Evaluar el progreso del individuo y realizar mejoras basándose en, al menos, una evaluación anual, analizando igualmente los servicios y apoyos que se están prestando y el grado de satisfacción del estudiante y de su familia.

La evaluación de los apoyos necesarios requerirá a menudo técnicas no psicométricas e instrumen-

tos referidos a un criterio más que a la norma. Las técnicas de evaluación incluyen: *a)* interacción con el estudiante; *b)* observación directa; *c)* entrevistas con los proveedores de cuidado; *d)* entrevistas y observaciones para evaluar la actividad del estudiante, así como sus preferencias y su capacidad para decidir o elegir, y *e)* técnicas alternativas para evaluar los progresos. Asimismo, se han de evaluar los efectos de los apoyos proporcionados.

Los apoyos deben permitir un avance y mejora de la integración escolar y coherentemente con esta idea, se aconseja la utilización de apoyos naturales. Se insiste en la necesidad de incluir al estudiante, en el mayor grado posible, dentro de actividades educativas, sociales y recreativas con iguales sin discapacidad, evitando los programas segregados. En la propuesta conceptual actual de retraso mental se exponen una serie de directrices para la mejora de los enfoques de enseñanza/aprendizaje. Así, las «mejores prácticas» indican que cuando se enseñan habilidades integradas en las rutinas funcionales, más que aisladas, los estudiantes con retraso mental muestran tener una mayor generalización y retención de habilidades.

### 3.3. Intervención en personas con retraso mental en transición a la vida adulta

La concepción actual sobre el retraso mental plantea retos importantes para el sistema de prestación de servicios para adultos. La prestación de servicios se concibe como un continuo, asumiendo así el principio de un entorno lo menos restrictivo posible. Se insiste en la necesidad de coordinar los servicios, facilitando la continuidad y acceso a servicios generales y, cuando sea necesario, a servicios especializados (por ejemplo, opciones de empleo con apoyo, vivienda tutelada, apoyos de respiro para la familia, entre otros).

La aplicación de la definición propuesta por la AAMR implica agrupar actividades por niveles o intensidades de apoyo y reducir la tendencia a desarrollar servicios o programas creados para individuos con un nivel de funcionamiento concreto. Esto disminuye la posibilidad de que se produzcan bloques o lagunas entre servicios y fomenta una tran-

sición fluida (por ejemplo, de la escuela al trabajo). Podemos distinguir varias fases en la preparación de un joven con retraso mental para una adecuada transición (Jenaro, 1998; Verdugo y Jenaro, 1995):

1. Identificar intereses y capacidades del individuo.
2. Ayudar a desarrollar, poner en marcha y evaluar un plan de acción.
3. Crear oportunidades de empleo. Ello requiere proporcionar experiencias de empleo/trabajo en la etapa escolar, desarrollar relaciones continuadas con empresarios de la comunidad, lograr buenos emparejamientos estudiante/trabajo y proporcionar apoyos en el trabajo.
4. Crear oportunidades de vida independiente, lo que implica proporcionar experiencias previas en entornos reales y, posteriormente, proporcionar apoyos en la vivienda.

Para identificar intereses y capacidades del estudiante pueden utilizarse instrumentos de evaluación formales o informales. La entrevista y la observación en situaciones naturales, junto con la utilización de instrumentos de evaluación de la madurez vocacional, especialmente validados con esta población, como son los cuestionarios *Mi Situación Vocacional*, el *Inventario de Madurez para el Empleo* (Jenaro, 1997; Jenaro, Verdugo y Arias, 1997; Verdugo, Jenaro, y Arias, 1998) o el *Cuestionario de Conciencia Profesional* (Jenaro, 1997; Verdugo, Jenaro, y Arias, 1998) pueden ayudarnos a este cometido. Esta evaluación debe asumir un enfoque más educativo que psicométrico (Schalock y Karan, 1979), es decir, una evaluación destinada a determinar las necesidades de un estudiante, con objeto de poner en marcha programas que palien dicha situación. Uno de los programas en lengua española con mayor respaldo de la investigación es el Programa de Evaluación y Orientación Profesional (PEPO) (Jenaro, 1997; Verdugo, Jenaro, y Arias, 1998). La evaluación ha de incluir un análisis de aspectos médicos, capacidades físicas, competencias sociales, etc. Y todo ello debe relacionarse con las áreas de habilidades adaptativas y ambientes donde se

prevé que el joven se desenvuelva en un futuro más o menos próximo.

Tras la evaluación, se han de llevar a cabo los pasos para ayudar a los estudiantes a desarrollar, poner en marcha y evaluar un plan de acción. Para ello pueden utilizarse diferentes metodologías, como la solución de problemas, entrevistas, etc. Una de las estrategias novedosas para llevar a cabo esta planificación es la puesta en marcha de los PATH (Planificación de Futuros Alternativos con Esperanza) (Pearpoint, O'Brien y Forest, 1993). Todo ello nos ha de llevar a la realización de un plan de transición escrito en el que se detecten las

necesidades de apoyo en las diferentes áreas de habilidades adaptativas, así como las personas responsables de proporcionar dichos apoyos (Benz y Lindstrom, 1997). La evaluación previa, los esfuerzos durante y tras la salida de cada uno de los jóvenes del programa formativo o del programa de transición, deben acompañarse de formularios que permitan analizar los resultados de estos esfuerzos. Además, debe realizarse un seguimiento de cada uno de los jóvenes que abandonan o finalizan nuestro programa. A continuación se ofrece un ejemplo del formulario de salida (véase tabla 13.3).

TABLA 13.3

*Formulario de salida en la planificación de la transición*

Instrucciones: Por cada área de transición, indicar todas las metas que se han conseguido.

<b>Empleo</b>	<b>Vida independiente</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No metas de empleo.</li> <li>2. Finalizada la formación profesional.</li> <li>3. Experiencia laboral no remunerada.</li> <li>4. Empleo protegido.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No metas de vida independiente.</li> <li>2. Viviendo con padres/familia.</li> <li>3. Vivienda independiente (solo, con compañeros, con esposo o pareja).</li> </ol>
<b>Educación</b>	<b>Transporte</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No metas relacionadas con la educación.</li> <li>2. Obtención del graduado escolar/certificado de estudios.</li> <li>3. Terminado estudios de Secundaria.</li> <li>4. Cursando Formación Profesional.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No metas en esta área.</li> <li>2. Asistiendo a clases para aprender a conducir.</li> <li>3. Obteniendo el permiso de conducir.</li> <li>4. Utiliza el transporte público.</li> </ol>
<b>Seguridad financiera</b>	<b>Familia/relaciones sociales</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No metas relacionadas con esta área.</li> <li>2. Solicitud pensión.</li> <li>3. Apertura de cuenta corriente, libreta de ahorro.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No metas relacionadas con esta área.</li> <li>2. Desarrollo/mantenimiento de amistades.</li> <li>3. Desarrollo/mantenimiento de relaciones familiares.</li> </ol>
<b>Salud física/mental</b>	<b>Responsabilidad social/civil</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No metas relacionadas con esta área.</li> <li>2. Mejora del estado físico/salud/higiene.</li> <li>3. En programa dietético.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No metas relacionadas con esta área.</li> <li>2. Voluntario en actividades comunitarias.</li> <li>3. Otras.</li> </ol>
<b>Tiempo libre/ocio</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No metas relacionadas con esta área.</li> <li>2. Desarrollo de un hobby.</li> <li>3. Participación en actividades recreativas.</li> </ol>	

FUENTE: Adaptado de Benz y Lindstrom, 1997.

Centrándonos en la preparación para el empleo, deben seguirse una serie de pasos secuenciados, que comienzan con el análisis del mercado laboral de la comunidad y el análisis de empresas. Este último debe llevarnos a la valoración no sólo de aspectos estrictamente relacionados con las características de un trabajo,

sino también a evaluar todas esas características del clima laboral que, en definitiva, no consisten sino en determinar la posibilidad de contar con apoyos naturales en el lugar de trabajo (véase tabla 13.4).

Un análisis en profundidad de una empresa ha de conducir a la elaboración de un formulario de

TABLA 13.4

*Formulario para el análisis de las empresas*

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Mejor hora para contactar: \_\_\_\_\_  
 Descripción de la empresa: \_\_\_\_\_  
 Tipos de trabajo disponibles: \_\_\_\_\_  
 Es el trabajo accesible mediante transporte público: \_\_\_\_\_

<b>Supervisión proporcionada:</b>	<b>Pobre</b>	<b>Media</b>	<b>Buena</b>
¿Es la supervisión adecuada a las necesidades del estudiante/trabajador?			
Actitudes del empresario			
¿Se muestra flexible y abierto a la posibilidad de contratar a un joven?			
<b>Entorno laboral</b>			
¿Está el ambiente limpio, bien organizado y seguro?			
<b>Apoyo de compañeros de trabajo</b>			
¿Hay oportunidades para que los compañeros de trabajo ofrezcan apoyo?			

Está el empresario interesado en (señalar todas las que se apliquen):

- Que uno o varios estudiantes visiten la empresa y puedan permanecer en ella durante una o más jornadas laborales completas.
- Hablar con los estudiantes sobre la empresa.
- Ponerse en contacto con otros empresarios para facilitar la contratación o alguna de las alternativas aquí mencionadas.
- Ubicar a los estudiantes en experiencias laborales no remuneradas.
- Contratar a estudiantes como empleados.

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que rellena el formulario: \_\_\_\_\_

FUENTE: Adaptado de Benz y Lindstrom, 1997.

descripción de un trabajo que dé respuesta a preguntas tales como Horario/horas requeridas, Salario/beneficios y tareas requeridas para esa posición. Además, deben indicarse las habilidades específicas, tanto las habilidades académicas funcionales como las competencias interpersonales requeridas, y las destrezas o capacidades físicas implicadas. Este análisis ha de conseguir adecuados emparejamientos entre la persona y el trabajo.

Una vez que la persona se encuentra desempeñando un trabajo en una empresa ordinaria, se deben poner en marcha estrategias de entrenamiento, precedidas de un «acuerdo de entrenamiento». El entrenamiento ha de enfatizar aspectos tanto de la utilización de agentes naturales (compañeros de trabajo, empresario) como de apoyos en ese lugar de trabajo. Además, debe instruirse en estrategias de autorregulación de la conducta, es decir, en estrate-

gias que permitan el autocontrol, la autoevaluación y el autorrefuerzo. Debe utilizarse un enfoque de apoyos naturales, modificando así la aproximación tradicional de la intervención (Indiana University e ISDD, 1998) (véase tabla 13.5).

Del mismo modo, debe ponerse en marcha un entrenamiento que permita a la persona con retraso mental una vida en la comunidad del modo más independiente posible. Dicha preparación debe comenzarse durante los años escolares y debe implicar a los profesores ordinarios, profesores de apoyo, orientadores y cualesquiera profesionales y paraprofesionales que puedan resultar de utilidad tanto para la obtención de financiación del entrenamiento como para confeccionar materiales para la instrucción y para llevar a cabo el mismo (Jenaro, 1997, 1998). Una evaluación continuada del programa permitirá, además, realizar los ajustes necesarios para garanti-

TABLA 13.5

*Diferencias entre un enfoque tradicional y un enfoque basado en apoyos naturales*

Enfoque tradicional	Enfoque basado en apoyos naturales
El preparador aprende primero el trabajo, entonces se encarga de ofrecer todo el entrenamiento, actuando como supervisor del trabajador.	El trabajador recibe un proceso de orientación inicial típico, así como un proceso de formación típico, con formadores típicos.
El especialista de empleo proporciona apoyo continuado al empleado.	El especialista de empleo apoya al compañero de trabajo y al supervisor, así como al empleado.
El preparador es considerado como el experto, al mismo tiempo que es alguien «desconocido» para el supervisor y los compañeros de trabajo.	El preparador complementa el entrenamiento cuando/si es necesario, en colaboración con el empresario y los compañeros de trabajo.
Se centra fundamentalmente en el análisis de las tareas que componen un trabajo.	Se centra no sólo en el análisis de tareas, sino también en la cultura laboral.
Atención limitada a las relaciones sociales.	Énfasis en la calidad de las relaciones sociales y en las redes de apoyo.
El empresario y los compañeros de trabajo son implicados únicamente cuando comienza el desvanecimiento o la retirada de apoyos.	El desvanecimiento comienza desde el primer día, pero el especialista en empleo está disponible cuando se le necesita.
El mantenimiento de un trabajo es la clave del éxito laboral.	La satisfacción laboral, redes sociales y desplazamiento a lo largo de planes de carrera profesional son utilizados para medir el éxito.

FUENTE: Adaptado de Indiana University e ISDD, 1998.

zar su éxito. Antes de que el estudiante abandone el sistema educativo, será necesario tener previsto el tipo de vida en la comunidad más deseable para dicha persona. La puesta en marcha de apoyos apropiados, como son el entrenamiento en seguridad personal, transporte, entre otros, reducen los riesgos del entorno sin restringir la inclusión de la persona con retraso mental en la comunidad y facilitando un óptimo funcionamiento (Stark, Menolascino, Albarelli y Gray, 1988). Existen diferentes alternativas de vivienda, en función de la intensidad de las necesidades de apoyo de la persona con retraso mental. Las cuatro básicas son: servicios de atención domiciliaria, hogares grupales, apartamentos supervisados y apartamentos de transición (para mayor información, consúltese Benz y Lindstrom, 1997; Jenaro, 1998).

#### 4. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

En los años noventa se ha producido un replanteamiento global de la concepción de retraso mental que permite calificarlo como cambio de paradigma. La maduración de los avances en la investigación y en las prácticas profesionales de evaluación e intervención de los años ochenta cristalizaron en una nueva definición y sistema de clasificación, al cual se le añade, además, un sistema de apoyos. La Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) desarrolló esta propuesta (Luckasson et al., 1992/1997; Verdugo, 1994, 1995) que ha recibido gran difusión internacional en medios científicos y profesionales, siendo la perspectiva más aceptada hoy internacionalmente.

Pese a la inclusión del retraso mental en manuales médicos y psiquiátricos, el retraso mental no es una «enfermedad» que se deba «curar». Supone una limitación en el funcionamiento del individuo que afecta sustancialmente a dos o más áreas de las habilidades adaptativas. Nuestra misión es educar o entrenar habilidades en el individuo y actuar paralelamente sobre el entorno que le rodea, mejorando los apoyos que le permitirán funcionar del modo más independiente posible e incluso, en ocasiones, revertir el diagnóstico.

De ahí que el enfoque conceptual para la definición e intervención no deba basarse en los modelos médicos, psicométricos o psicopatológicos. El enfoque más adecuado consiste en la adopción de un modelo funcional, de orientación cognitivo-comportamental, basado en la integración de perspectivas multidisciplinares y multidimensionales y dirigido a especificar las necesidades del individuo para determinar el tipo e intensidad de los apoyos que necesita. Supone también asumir una perspectiva ideográfica, puesto que hablar de retraso mental no significa hablar de personas con unas características o comportamiento comunes, sino del funcionamiento restringido de una persona con limitaciones en un entorno determinado.

La nueva definición de retraso mental y el sistema de evaluación e intervención descrito tienen claras implicaciones para las prácticas educativas. A partir de estos momentos, se destaca la necesidad de evaluar fundamentalmente el desempeño actual del estudiante, no su potencial. Destaca la importancia de la evaluación basada en el criterio, más que la evaluación normativa. Los resultados de esta evaluación deben plasmarse en un perfil individualizado de los apoyos necesarios, indicando la intensidad de los mismos en cada una de las dimensiones. Ello requiere asumir unas funciones que van más allá de las estrictamente educativas, tales como analizar el entorno (apoyos existentes en la familia, comunidad, etc.), para determinar los apoyos más adecuados a cada caso. Frente a la, hasta ahora, preponderancia de una evaluación tradicional psicométrica, se aboga por una evaluación basada en la observación directa, en el juicio clínico, en la interacción con el estudiante (por ejemplo, entrevistas) y en entrevistas con terceros (por ejemplo, educadores).

Ello no significa que la evaluación basada en el currículo, es decir, en el análisis de los logros del estudiante, teniendo como referencia los contenidos académicos, deje de ser importante. Por el contrario, significa asumir que, frente a un enfoque tradicional de instrucción basado en el uso de pruebas de rendimiento denominadas «objetivas» y destinadas a determinar la situación de un alumno respecto a su grupo de comparación, existen otras formas de entender la enseñanza. Así, se considera que enfo-

ques que parten de un análisis de los entornos actuales y futuros en los que el estudiante se va a desenvolver para, a partir de ahí, desarrollar planes de formación funcionales, favorecen la máxima inclusión de la persona con retraso mental en la sociedad. Y esta máxima inclusión, traducida en algunos casos en la superación de limitaciones en el funcionamiento, puede incluso a llevar a una reversión del diagnóstico de retraso mental.

En los servicios sociales y comunitarios dedicados a las personas adultas con retraso mental, las implicaciones de la concepción descrita suponen también cambios de gran importancia respecto a los modos tradicionales de intervenir y organizar la intervención. El énfasis en los apoyos naturales, la importancia de los programas individuales centrados en la persona, la participación activa del propio individuo en la planificación de su futuro y la intervención sobre la comunidad inmediata, son algunos de los aspectos sobresalientes de tales cambios.

## REFERENCIAS

- Aase, J. M. (1990): *Diagnostic dysmorphology*. Nueva York: Plenum.
- Adams, G. L. (1984): *Comprehensive Test of Adaptive Behavior*. Columbus, OH: Merrill.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición, Texto revisado) (DSM-IV-TR)*: Washington, DC: Autor.
- Arias, B. (1995): Intervención en trastornos del comportamiento. En M. A. Verdugo (dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.
- Arias, B. y Monjas, M. I. (1990, diciembre): *Estructura y funcionamiento del servicio de apoyo a alumnos con problemas de conducta*. Simposio Internacional HELIOS sobre problemas de Conducta en el Aula, Modelos y Experiencias, Oviedo.
- Arias, B. y Monjas, M. I. (1991): *Prevención de alteraciones del comportamiento mediante un programa de entrenamiento de padres en manejo de contingencias*. I Jornadas de Estudio sobre la Problemática Juvenil, Valladolid, Junta de Castilla y León.
- Benz, M. R. y Lindstrom, L. E. (1997): *Building school to work transition programs. Strategies for youth with special needs*. Austin, Texas: Pro-ed.
- Bruininks, R. H.; Woodcock, R. W.; Weatherman, R. F.; y Hill, B. K. (1984): *Scales of Independent Behavior*. Allen, Texas: DLM/Teaching Resources.
- Buyse, M. L. (dir.) (1990): *Birth defects encyclopedia*. Dover, Massachusetts: Center for Birth Defects Information Services.
- Doll, E. A. (1953): *Vineland Social Maturity Scale*. Minneapolis: American Guidance Service.
- Furlong, M. J. y LeDrew, L. (1985): IQ = 68 = mildly retarded? Factors influencing multidisciplinary team recommendations on children with FS IQs between 63 and 75. *Psychology in the Schools*, 22, 5-9.
- Grossman, H. J. (dir.) (1983): *Classification in mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Harrison, P. L. (1987): Research with adaptive behavior scales. *The Journal of Special Education*, 21, 37-68.
- Hawkins, G. D. y Cooper, D. H. (1990): Adaptive behavior measures in mental retardation research: Subject description in AJMD/AJMR articles (1979-1987): *American Journal on Mental Retardation*, 94, 654-660.
- Indiana University e ISDD. (1998): *Employment Specialist Training Services*. Indiana: Indiana University at Bloomington, Indiana.
- Jenaro, C. (1997): *Orientación Profesional en Personas con discapacidad: Desarrollo y aplicación de instrumentos de evaluación e Intervención* (Tesis Doctoral no publicada): Universidad de Salamanca.
- Jenaro, C. (1998): Transición de la escuela al trabajo y a la vida independiente. *Juventud y Discapacidad*, 43, 31-45.
- Jenaro, C.; Verdugo, M. A. y Arias, B. (1997) Validación y aplicación del Cuestionario de Madurez para el Empleo (EMI) a una muestra de jóvenes con discapacidad física. En Instituto de Integración en la Comunidad (INICO), *II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. Salamanca: Instituto de Integración en la Comunidad (INICO), Universidad de Salamanca.
- Jones, K. L. (1988): *Smith's recognizable patterns of human malformation*. 4.ª ed. Philadelphia: Saunders.
- Kaufman, A. S. y Kaufman, N. L. (1983): *Kaufman Assessment Battery for Children*. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.

- Lambert, N. M. y Windmiller, M. B. (1981): *AAMD Adaptive Behavior Scale-School edition*. Monterrey, California: Publishers Test Service.
- Lindley, L. (1990): Defining TASH: A mission statement. *TASH Newsletter*, 16(8), 1.
- Luckasson, R.; Coulte, D. L.; Polloway, E. A.; Reiss, S.; Schalock, R. L.; Snell, M. E.; Spitalnik, D. M. y Stark, J. A. (1997): *Retraso Mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyos*. (Traducción de M. A. Verdugo y C. Jenaro: Madrid: Alianza Editorial.) (Trabajo original publicado en 1992.)
- McCarthy, D. (1988): *Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños, MSCA* (3.ª edición): Madrid: TEA.
- Menchetti, B. y Flynn, C. C. (1989): Supported employment: New directions for vocational evaluation. En F. R. Rush (dir.), *Supported employment*. Champaign, Illinois: Sycamore.
- Montero, D. (1993): *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: ICE de la Universidad de Deusto.
- Nihira, K.; Foster, R.; Shellhaas, M. y Leland, H. (1974): *Adaptive Behavior Scales*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Okano, Y.; Eisensmith, R. C. y Guttler, F. (1991): Molecular basis of phenotypic variability in phenylketonuria. *New England Journal of Medicine*, 324, 1232-1238.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978): *International classification of diseases (9.ª revisión)*: Ann Arbor, MI: Commission on Professional and Hospital Activities.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1979): *The International classification of diseases: Clinical modification (9.ª revisión)*: Ann Arbor, MI: Commission on Professional and Hospital Activities.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993): *Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.ª revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. (Orig.: 1979.)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996): *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. (Orig.: 1992.)
- Pearpoint, J.; O'Brien, J. y Forest, M. (1993): *PATH: A workbook for planning positive futures*. Toronto, Inclusion Press.
- Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía (1990): *Discapacidad y medios de información. Pautas de Estilo*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía/Ministerio de Asuntos Sociales.
- Reschly, D. J. (1987): *Adaptive behavior*. Tallahassee: Florida Department of Education.
- Reschly, D. J. y Ward, S. M. (1991): Use of adaptive behavior and overrepresentation of black students in programs for students with mild mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 257-268.
- Schalock, R. L. y Karan, O. C. (1979): Relevant assessment: The interaction between evaluation and training. En G. T. Bellamy, G. O'Connor y O. C. Karan (dirs.), *Vocational rehabilitation of severely handicapped persons contemporary service strategies*. Baltimore University Park Press.
- Smith, J. D. y Polloway, E. A. (1978): The dimension of adaptive behavior in mental retardation research: An analysis of recent practices. *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 203-206.
- Sparrow, S. S.; Balla, D. A. y Cicchetti, D. V. (1984): *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Stark, J. A.; Menolascino, F. J.; Albarelli, M. H. y Gray, V. C. (1988): *Mental retardation and mental health: Classification, diagnosis, treatment, services*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Thorndike, R. L.; Hagen, E. y Sattler, J. (1985): *Stanford-Binet Intelligence Scale*. Chicago: Riverside.
- Verdugo, M. A. (1986): Integración social del deficiente psíquico adulto: Programas de entrenamiento prevocacional y vocacional. *Siglo Cero*, 107, 12-17.
- Verdugo, M. A. (1989): *La integración personal, social y vocacional de los deficientes psíquicos adolescentes: Elaboración y aplicación experimental de un programa conductual*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de Investigación y Documentación Educativa.
- Verdugo, M. A. (1994): El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: La nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, 25, 5-24.
- Verdugo, M. A. (dir.) (1995): *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M. A. (1996): *POT. Programas de Habilidades de Orientación al Trabajo (Programas Conductuales Alternativos)*. Salamanca: Amarú.



- Verdugo, M. A. (1997): PHS. *Programas de Habilidades Sociales (Programas Conductuales Alternativos)*. Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A. (1998): Retraso mental. En M. A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta. Vol II*. Madrid: Dykinson.
- Verdugo, M. A. y Gutiérrez-Bermejo, B. (1998): *Retraso mental. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Verdugo, M. A. y Jenaro, C. (1994): Evaluación profesional de personas con discapacidad. En M. A. Verdugo (dir.), *Evaluación curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica*. Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M. A. y Jenaro, C. (1995): La formación profesional y la transición a la vida adulta. En M. A. Verdugo (dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M. A.; Jenaro, C. y Arias, B. (1998): Outcomes of a program of vocational evaluation for persons with physical disabilities and deafness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 11, 181-194.
- Wechsler, D. (1981): *Escala de Inteligencia para Preescolar y Primaria, WPPSI*. 2.ª ed. Madrid: TEA.
- Wechsler, D. (1993): *Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos WAIS*. 9.ª ed. Madrid: TEA.
- Wechsler, D. (1995): *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños WISC-R*. 4.ª ed. Madrid: TEA.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Luckasson, R.; Coulte, D. L.; Polloway, E. A.; Reiss, S.; Schalock, R. L.; Snell, M. E.; Spitalnik, D. M. y Stark, J. A. (1997): *Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyos*. (Traducción de M. A. Verdugo y C. Jenaro.): Madrid: Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 1992.)
- Verdugo, M. A. y Jenaro, C. (1995): La formación profesional y la transición a la vida adulta. En M. A. Verdugo (dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo Alonso, M. A.; Jenaro, C. y Arias, B. (1998) Outcomes of a program of vocational evaluation for persons with physical disabilities and deafness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 11, 181-194.
- Verdugo, M. A. (1997): PHS. *Programas de Habilidades Sociales (Programas Conductuales Alternativos)*. Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A. y Gutiérrez-Bermejo, B. (1998): *Retraso mental. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.



**PARTE DÉCIMA**  
**Trastornos por déficit  
de atención**



# Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento

# 14

MATEU SERVERA<sup>1</sup>  
XAVIER BORNAS<sup>1</sup>  
INMACULADA MORENO<sup>2</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por hiperactividad con déficit atencional, o más brevemente el trastorno hiperactivo, es una etiqueta diagnóstica que identifica a niños que presentan problemas atencionales, de impulsividad, de autocontrol y de sobreactividad motora. Se trata de una población heterogénea, con grandes diferencias en su sintomatología y en el tipo de ambiente que la desencadena, la cual, además, se asocia frecuentemente con otros trastornos comportamentales. Pero lo que aún resulta más sorprendente, como señala Barkley (1990), es que su conceptualización dependa en gran medida de la adscripción formativa y profesional del clínico que la aborda. Así, exceptuando el ámbito de las discapacidades, probablemente se trata del trastorno infantil más importante en Estados Unidos, no sólo desde el punto de vista profesional o de investigación, sino también político y social. En este sentido, existen numerosas e influyentes asociaciones de padres de niños hiperactivos como, por ejemplo, la «Children with Attention Deficit Disorders» (CHADD), con sede en Plantation (Florida), que está presente en la práctica totalidad de estados, con delegaciones también en Canadá, y que han conseguido que algunos niños y adolescentes con hiperactividad puedan beneficiarse de la «Public Law 94-142» de 1975, que asegura el conveniente apoyo sociofamiliar, clínico y educativo a los niños norteamericanos con discapacidades.

La hiperactividad vive una situación muy diferente en Europa, especialmente en el continente, donde no sólo no se detecta el clima de preocupación social antes mencionado, sino que además el volumen de investigación y esfuerzos dedicados al tema es mucho menor. La escuela británica, con autores como Eric Taylor o Michael Rutter, se ha mostrado más activa, pero diferencias importantes en la conceptualización del trastorno, con una tendencia mayor a tratarlo como un síndrome de etiología neurológica y de amplio espectro frente a la conceptualización más «psicologicista» americana, crearon una controversia aún perceptible hoy en día en los distintos manuales al uso. En España, y el continente en general, se trata de un trastorno muy vinculado al modelo médico, más concretamente a la práctica pediátrica, que hasta hace pocos años no despertaba excesivo interés entre los psicólogos. Afortunadamente, y esperemos que este capítulo sea un ejemplo de ello, las cosas están cambiando rápidamente.

El objetivo de este capítulo es realizar una revisión de los aspectos más relevantes en la conceptualización, etiología, teorías explicativas, evaluación y tratamiento de la hiperactividad. Dado que es absolutamente imposible tratar en profundidad todos estos temas en un único capítulo, se ha optado por priorizar la conceptualización/explicación y el tratamiento, y ya desde un punto de vista más general, también se ha optado por hacer mucho más énfasis en los aspectos psicológicos que en los provenientes de otras disciplinas.

<sup>1</sup> Universidad de las Islas Baleares (España).

<sup>2</sup> Universidad de Sevilla (España).

## 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO

### 2.1. Definición y sintomatología básica

En todos los manuales al uso, tanto actuales como los más clásicos, la definición de la hiperactividad se articula a través de tres conceptos clave: falta de atención, impulsividad y sobreactividad (Wicks-Nelson e Israel, 1997). Sin embargo, ni su conceptualización ni las relaciones que guardan entre sí estos conceptos parecen estar del todo claras. De hecho, Barkley (1990) se refiere a esta triple sintomatología como la «santísima trinidad», haciéndose eco de las dificultades conceptuales que conlleva. Entre ellas, sin duda, su naturaleza multidimensional es la que más claramente ha provocado un cierto estado de confusión.

La atención puede entenderse como el «proceso psicológico implicado directamente en los mecanismos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica» (López y García, 1997, p. 18). La implicación, pues, de distintos mecanismos dentro de este proceso sugiere ya que la falta de atención tendrá un carácter multidimensional. Así, bajo el rótulo de «problemas atencionales», se han equiparado, a veces, la distracción sobre tareas de rendimiento, las percepciones del profesor sobre la concentración del niño, la atención selectiva (tareas de focalización), la atención dividida (tareas de capacidad) y la atención sostenida (tareas de vigilancia). En la actualidad, como destacan Wicks-Nelson e Israel (1997, p. 210), «los investigadores no han sido capaces de identificar un déficit específico de atención en el trastorno hiperactivo», si bien los datos referentes a las tareas de atención sostenida parecen los más relevantes.

En la revisión de Barkley (1990) se señala que tradicionalmente se han atribuido problemas de atención selectiva a los niños hiperactivos con efectos adversos de la estimulación extratarea, pero experimentalmente este hecho ha recibido poco apoyo. Por otra parte, los efectos de añadir estimulación irrelevante intratarea también han aportado datos contradictorios: en algunos casos el rendimiento de los niños hiperactivos se ha visto disminuido (Rosenthal y Allen, 1980), en otros no se han

observado efectos (Barkley, 1990) e incluso, a veces, se han observado mejoras (Zentall, Falkenberg y Smith, 1985). Aunque los efectos negativos sean la observación más habitual, en estos casos se plantea la cuestión de si el problema realmente es de distraibilidad o más bien de incapacidad para mantener la atención. En otra línea de trabajo, se ha destacado que los padres y maestros de los niños hiperactivos acostumbran a describirlos con frases como «nunca terminan lo que empiezan», «no se concentran», «se distraen muy fácilmente», «hay que estar siempre encima de ellos», «están en la luna»..., es decir, presentan niveles muy elevados de conductas fuera de la tarea. Los registros de observación sobre este tipo de conductas, en general, confirman esta observación (Luk, 1985); sin embargo, la explicación de este hecho tampoco está clara. Así, mientras que para algunos esto refleja un déficit primario para poner atención (concentrarse), para otros sería secundario a un problema más general de desinhibición conductual. Por último, si bien las tareas de atención sostenida repetitivas han sido las que más claramente han diferenciado a los niños hiperactivos de otras muestras, el hecho de que no siempre se haya observado un empeoramiento del rendimiento al aumentar la duración de estas tareas plantea dudas sobre la naturaleza real del déficit (Corkum y Siegel, 1993).

La impulsividad, en clara interrelación con los problemas atencionales, es el segundo vértice de la conceptualización de la hiperactividad. Podríamos definirla como un déficit para inhibir conductas en respuesta a demandas situacionales (Milich y Kramer, 1985); sin embargo, también presenta un carácter multidimensional complejo (véase Bornas y Servera, 1996, para una revisión). En términos genéricos, la cuestión clave está en distinguir o unificar una «impulsividad social» de una «impulsividad cognitiva». La primera, al menos por lo que respecta al ámbito de la hiperactividad, se vería reflejada en conductas tales como la incapacidad del niño para esperar su turno en situaciones académicas o de juego, asumir riesgos innecesarios que le llevan a padecer caídas y lesiones en mayor número, poca tolerancia a la frustración (lo que provoca conductas ansiosas y destructivas), incapacidad

para trabajar en tareas donde los refuerzos aparecen lejanos y dificultades para seguir instrucciones o mantener la adherencia a las mismas en ausencia del estímulo que las genera.

La impulsividad «cognitiva» ha recibido la máxima atención con el desarrollo del estilo cognitivo «reflexividad-impulsividad» (R-I) (Bornas y Servera, 1996; Palacios, 1992; Quiroga y Forteza, 1988) que, a pesar de sus múltiples controversias metodológicas, desde hace más de treinta años es una de las variables más claramente relacionadas con los problemas de rendimiento escolar. En este caso, el niño impulsivo es aquel que tiene tendencia a responder más rápidamente cometiendo un mayor número de errores sobre tareas que impliquen incertidumbre de respuesta, es decir, cuando la respuesta acertada a un problema deriva de la exploración cuidadosa de diversas alternativas. La evaluación de la R-I se ha realizado mayoritariamente a través del *Test de emparejamiento de figuras familiares* (MFF), una prueba sencilla en la que el sujeto busca entre seis dibujos el que es igual al modelo. Sin embargo, la incertidumbre de respuesta se halla presente en tareas más complejas, y aún más en el ámbito escolar: de ahí que poseer una actitud reflexiva en general resulte mucho más adaptativo. La impulsividad correlaciona fundamentalmente con dificultades de aprendizaje y problemas de rendimiento, pero en mucho menor grado con aspectos de comportamiento social (Milich y Kramer, 1985; Servera, 1992).

La relación entre el diagnóstico de hiperactividad y la R-I, o más concretamente, entre la impulsividad social y la cognitiva, podría suponerse estrecha, pero los datos no la han confirmado. Por un lado, la relación entre el MFF y conductas de impulsividad o perturbadoras, evaluadas con cuestionarios para profesores, refieren índices muy bajos (Servera, 1992) y, por otro lado, el rendimiento de los niños hiperactivos en el MFF se asemeja más a un patrón «lento-inexacto» (niños que tardan en responder y cometen muchos errores) que a un patrón impulsivo. Por otra parte, muchos niños impulsivos en su desempeño en el MFF no presentan conductas ni criterios clínicos propios de la hiperactividad. De este modo, aunque aparentemen-

te las medidas de impulsividad social y cognitiva evalúan la conducta de responder rápidamente sin haber analizado todos los elementos relevantes del medio, no estamos seguros de que realmente se refieran al mismo constructo.

Por otra parte, la relación entre falta de atención e impulsividad también es compleja. Como veremos más adelante, la preponderancia de una u otra sintomatología va muy ligada a la conceptualización de la hiperactividad, pero la cuestión es que no siempre se pueden considerar dimensiones independientes. Por ejemplo, Barkely (1990) reflexiona sobre el hecho de que los errores sobre las tareas atencionales de rendimiento continuo, especialmente los de omisión, podrían también considerarse errores de «impulsividad». Por otra parte, Achenbach y Edelbrock (1983) y Taylor y Sandberg (1984), entre otros, no consiguieron, por medio de distintos análisis factoriales, distinguir medidas de impulsividad de otras de falta de atención, sobreactividad o de trastornos de conducta en general. Por consiguiente, también la impulsividad de los niños hiperactivos podría ser un síntoma más de un problema genérico de autorregulación.

La sobreactividad podríamos definirla como la presencia de niveles excesivos, para la edad del niño, de actividad motora o verbal. En general, los niños que no pueden controlar su respuesta son niños que hablan continuamente, que casi siempre mantienen una parte de su cuerpo en movimiento, que no pueden estar mucho tiempo sentados, hacen ruidos extraños con la boca, saltan o realizan movimientos corporales en situaciones inapropiadas, etc. De todos modos, también existen cuestiones polémicas respecto a lo que debe entenderse por sobreactividad motora. En algunas ocasiones, se ha centrado en conductas de andar y movimientos de los pies (Barkley y Ullman, 1975), mientras en otras se señalan movimientos relacionados con las manos y el cuerpo como los más relevantes (Luk, 1985). De todos modos, tampoco está claro que los niveles de actividad distingan perfectamente la hiperactividad de otros trastornos infantiles (Fireston y Martin, 1979; Sandberg, Rutter y Taylor, 1978), ni que los niños hiperactivos siempre se muestren más activos que los normales (Routh, 1978). La sobreactividad motora, excepto en casos graves donde suele darse

algún tipo de alteración neurológica, fundamentalmente se desencadena ante determinadas situaciones o tareas que requieren atención y esfuerzo y, en contra de la idea más extendida, cada vez parece más claro que es consecuencia y no causa de los problemas «cognitivos» de los niños hiperactivos.

En definitiva, pues, la triple sintomatología de la hiperactividad plantea muchas dudas y conflictos aún no resueltos, lo cual no es óbice para que, a nuestro juicio, pueda exponerse una definición de hiperactividad aceptable para la mayoría de clínicos. La siguiente, de Barkley (1990, p. 47), podría ser un buen ejemplo: «El trastorno por déficit atencional con hiperactividad es un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de falta de atención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos síntomas se inician, a menudo, en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental o a trastornos emocionales importantes. Estas dificultades se asocian normalmente a déficit en las “conductas gobernadas por reglas” y a un determinado patrón de rendimiento».

## 2.2. Otra problemática asociada

La problemática asociada a la hiperactividad normalmente se concentra en estas áreas: trastorno disocial, dificultades de aprendizaje y déficits cognitivos, trastornos emocionales con baja autoestima y problemas de relación social.

Safer y Allen (1976) ya informaron de que el 80 por 100 de los niños hiperactivos presentaban problemas de conducta, si bien no en todos los casos dichos problemas eran realmente graves. En estudios clínicos controlados se ha observado que el 65 por 100 de los niños hiperactivos presentan problemas de testadurez, conducta desafiante, rechazo a las órdenes, rabieta, agresividad verbal, etc. (Loney y Milich, 1982). Los trabajos del grupo de Barkley (véase Barkley, 1990) señalaron que en muestras clínicas de hiperactividad, el 40 por 100 de los niños presentaba negativismo y trastorno

disocial según el DSM-III-R. En muestras de adolescentes, los porcentajes se situaban entre el 50-60 por 100 y el tipo de conducta alterada incluía mentiras, robos, absentismo escolar y, en menor grado, agresividad física.

En el campo escolar, los niños hiperactivos presentan peores puntuaciones en los tests de inteligencia y en las tareas de rendimiento. Por ejemplo, los datos señalan que el rendimiento de estos niños sobre tests de inteligencia acostumbra a ser entre siete y quince puntos inferior a grupos control (chicos normales o incluso hermanos) (Anastopoulos y Barkley, 1992). De todos modos, han aparecido dudas respecto a si estas diferencias cabe atribuir las a «inteligencia pura» o derivarían de la sintomatología atencional/impulsiva propia de estos niños, aunque es cierto que cuando se ha ejercido algún control sobre estas variables (por ejemplo, Barkley, DuPaul y McMurray, 1990), las puntuaciones de las muestras de sujetos con hiperactividad se han situado en los márgenes anteriormente mencionados. Ello viene a significar que la mayoría de niños hiperactivos presentará cocientes intelectuales ligeramente por debajo de la normalidad, sin descartar que muchos puedan estar entre los límites de la normalidad y otros pocos cerca de la deficiencia.

Los problemas de rendimiento académico y dificultades de aprendizaje son una de las características más claramente asociadas a la hiperactividad. Los problemas de rendimiento académico pueden proceder tanto de las evaluaciones de sus maestros como de pruebas de rendimiento tipificadas. En este último caso, las puntuaciones de los niños hiperactivos acostumbran a estar 1,5 desviaciones típicas por debajo de la media. Prácticamente todas las áreas académicas se ven afectadas: aritmética, lectoescritura, lenguaje, etc., pero la problemática se extiende a las habilidades de aprendizaje en general. Los niños hiperactivos organizan peor su material de estudio y adolecen de estrategias de aprendizaje complejas, utilizan estrategias de memorización muy pobres e, incluso, cuando disponen de estrategias ejecutivas, son incapaces de mantenerlas activas durante los períodos de tiempo necesarios. De todos modos, hay que señalar que una característica muy importante de este rendimiento es que es muy



variable. Douglas (1972) fue uno de los primeros en observar esta característica que actualmente se considera como uno de los criterios clínicos a considerar.

En cuanto a la presencia de déficit cognitivos, la mayoría de los trabajos se ha centrado en los procesos implicados en la solución de problemas: desde la identificación de las demandas, pasando por la generación de alternativas de solución hasta, especialmente, la evaluación de consecuencias y la planificación de la acción. Meichenbaum (1985) centra el déficit de los niños hiperactivos en los procesos de autorregulación ejercidos por el habla: existe una incapacidad para controlar aspectos emocionales que entorpecen el rendimiento y, a la vez, no se generan las autoinstrucciones adecuadas para inhibir conductas y controlar la acción. Además, las características comportamentales de estos niños impiden el desarrollo de dos procesos básicos: la automatización de tareas (parece como si siempre empezaran de «nuevo») y los esquemas cognitivos, es decir, formas de procesar la información basadas en la reflexión, la adopción de estrategias adaptativas, etc.

Por último, también hay que señalar que los niños hiperactivos suelen presentar trastornos emocionales y de relación. Entre el 30-40 por 100 de niños hiperactivos presentan cambios de estado de ánimo, síntomas de ansiedad, somatizaciones y, sobre todo, baja autoestima (Bohline, 1985). Por otra parte, es muy habitual que estos niños también tengan problemas de relación social con sus compañeros de aula (Pelham y Bender, 1982) y un locus de control externo (Linn y Hodge, 1982). Todo ello son factores que el clínico debe tener presente, primero en el proceso de evaluación y, después, en el programa de tratamiento.

### 2.3. Criterios diagnósticos

Tradicionalmente los dos sistemas de diagnóstico más utilizados en el ámbito psiquiátrico son el propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría, actualmente el DSM-IV-TR (APA, 2000) y el que deriva de la Organización Mundial de la Salud, la CIE-10 (OMS, 1992). De todos modos, la inmensa

mayoría de trabajos publicados sobre hiperactividad desde principios de la década de los ochenta hasta ahora se rigen por las distintas versiones del DSM.

En el DSM-IV-TR, los trastornos hiperactivos se engloban bajo el epígrafe de «Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador», que incluyen: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (con cuatro subcategorías), trastorno disocial, trastorno negativista desafiante y trastorno de comportamiento perturbador no especificado. Todos ellos muy interrelacionados.

El diagnóstico de hiperactividad se hace sobre la base de determinados estudios factoriales y clínicos que recomendaron modificar los criterios del DSM-III-R y ajustarse a dos grandes ejes (Lahey et al., 1994): falta de atención e hiperactividad-impulsividad. En ambos se establece un criterio de presencia de un mínimo de seis síntomas en cada categoría para poder realizar el diagnóstico de hiperactividad. En la tabla 14.1 se resumen estos síntomas y, además, se ofrecen el resto de las condiciones que deben cumplirse para realizar el diagnóstico.

Los *subtipos* se diagnostican de acuerdo con estas normas: el *tipo combinado* si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses, el *tipo con predominio de déficit de atención* si sólo se satisface el criterio A1, y el *tipo con predominio hiperactivo-impulsivo* si sólo se satisface el criterio A2 (en ambos casos también durante los últimos seis meses). Cuando el sujeto presenta síntomas de falta de atención o de hiperactividad-impulsividad pero, por alguna razón, no cumple con los criterios mencionados, se diagnostica «trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado».

A pesar de que recientemente se han presentado evidencias clínicas en favor de la bondad de esta clasificación (Gaub y Carlson, 1997), quedan muchas dudas aún no resueltas que hacen presuponer más cambios en futuras revisiones del DSM. Por ejemplo, hacer diferencias en los criterios diagnósticos por sexo o edad, separar definitivamente el trastorno atencional del hiperactivo, etc. (Lahey et al., 1994). De todos modos, tal vez la cuestión central en relación al diagnóstico psiquiátrico de la hiperactividad se centra en el debate de si se trata o no de un síndrome. Sandberg (1986) entiende que

TABLA 14.1

*Resumen de los criterios diagnósticos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, según el DSM-IV-TR (APA, 2000)*

A) (1) o (2):

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de *falta de atención* han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo:

*Falta de atención*

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente a realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de *hiperactividad-impulsividad* han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo:

*Hiperactividad*

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo «está ocupado» o suele actuar como si «estuviera impulsado por un motor».
- f) A menudo habla en exceso.

*Impulsividad*

- a) A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas.
- b) A menudo tiene dificultades para esperar su turno.
- c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

- B) Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de falta de atención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas están presentes en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela y en casa).
- D) Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.
- E) Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

cuando se define un síndrome se demuestra la presencia de un conjunto de síntomas con un valor predictivo sobre aspectos importantes de las causas y consecuencias que tiene para los sujetos que lo padecen. Los trabajos de Sandberg contribuyen a la definición de la hiperactividad como síndrome con un dato fundamental: se observa una correlación elevada entre conductas de falta de atención, impulsividad y sobreactividad, evaluadas a través de cuestionarios para maestros y/o padres. De todos modos, otros estudios factoriales como el ya comentado de DuPaul (1990), que distingue entre un factor de falta de atención y otro de desinhibición conductual, o los de Glow (1981) y Goyette, Conners y Ulrich (1978), no han confirmado estos datos, y se plantea la posibilidad o bien de la existencia de distintos factores o bien de un solapamiento de la hiperactividad con otros trastornos del comportamiento.

El carácter situacional de la hiperactividad guarda gran relación con esta polémica. En este caso, las posturas están muy polarizadas entre los profesionales norteamericanos y europeos. Schachar, Rutter y Smith (1981), de la escuela europea, entienden que, desde el punto de vista psiquiátrico, el diagnóstico de hiperactividad debe reservarse para aquellos casos en los que se vea afectada gran parte de la vida del niño, y así se expresa como criterio diagnóstico de la CIE-10. Hasta la aparición del DSM-IV (APA, 1994), la visión estadounidense era mucho más situacionalista; de hecho, Szatmari et al. (1989a) aportaron datos epidemiológicos que señalaban que sólo el 15 por 100 de los niños hiperactivos lo era en distintas situaciones. En el DSM-IV-TR se exige que los síntomas estén presentes al menos en dos situaciones, aunque persiste la polémica de si con ello quedarán fuera de la atención clínica muestras importantes de sujetos (Wicks-Nelson e Israel, 1997).

Son muchas las variables que inciden en esta aparente situacionalidad, como, por ejemplo, el tipo de demanda que requiere la situación (los niños hiperactivos en juego libre disminuyen mucho sus problemas), la persona adulta implicada (suelen mostrarse más hiperactivos ante la madre y ante determinados profesores, no todos), las condiciones

educativas (con instrucciones directas y repetitivas mejoran mucho su rendimiento), el tipo de estimulación y la novedad de las tareas (siempre rinden mejor ante tareas nuevas y a medida que se hacen familiares empeoran y, por otra parte, se sienten muy atraídos por colores vivos y materiales con gran diversidad de estimulación), la fatiga y el momento del día (rinden mejor en tareas de corta duración y por la mañana) y el tipo de refuerzo (si es inmediato y continuo disminuyen mucho las conductas hiperactivas). A veces se han propuesto ejemplos muy concretos de estas variables: muchos niños hiperactivos no muestran sus problemas de atención/impulsividad ante videojuegos o determinados programas de televisión.

#### 2.4. Clases de trastornos y diagnóstico diferencial

Fundamentalmente los dos tipos de hiperactividad más aceptados son el *trastorno por déficit atencional con hiperactividad* (TDA+H) y *sin hiperactividad* (TDA-H). La polémica se ha visto reflejada especialmente en el DSM-III, que contemplaba la presencia de ambos trastornos, y en el DSM-III-R, que eliminó dicha distinción.

Los trabajos de finales de la década de los años ochenta fueron muy intensos sobre esta problemática. El TDA+H se relacionó con una mayor agresividad, más rechazo social, más baja autoestima y peor rendimiento en tareas cognitivas y motoras (Carlson, Lahey, Frame, Walker y Hynd, 1987). Por contra, el TDA-H se ha relacionado más con sintomatología ansiosa, vagancia y lentitud en las acciones (Lahey et al., 1994). En lo que respecta al rendimiento escolar y a la exploración neurológica, generalmente no se han encontrado diferencias importantes; de todos modos, como señalan Barkley et al. (1990), la mayoría de estos trabajos presentan deficiencias metodológicas importantes como son, por ejemplo, que no se analizara si el déficit atencional de ambos grupos era de la misma naturaleza o que las mismas valoraciones de los maestros sirvieran para clasificar a los sujetos y para medir su rendimiento.

Barkley et al. (1990) intentaron subsanar estas deficiencias con uno de los estudios más ambiciosos realizados sobre este tema. Los autores utilizaron una amplia batería de pruebas: entrevistas psiquiátricas estructuradas, medidas objetivas de falta de atención, impulsividad, conducta adaptativa y rendimiento académico, además de cuestionarios para padres y maestros. Se establecieron cuatro grupos de sujetos: niños con TDA+H (42), niños con TDA-H (42), niños con dificultades de aprendizaje (16) y niños normales (34). Todos ellos entre 6 y 11 años con niveles normales de cociente intelectual, y entre los dos grupos de niños con trastorno atencional no había diferencias significativas en dificultades de aprendizaje.

Los resultados, en general, apoyan la presencia de diferencias comportamentales entre los dos grupos con trastorno atencional: los TDA+H presentaban mayores problemas emocionales y de comportamiento social, mayor impulsividad y falta de autocontrol. El 41 por 100 de los niños con TDA+H recibieron el diagnóstico de trastorno desafiante y el 21 por 100 de trastorno disocial, según los criterios del DSM-III-R, mientras que sólo el 19 por 100 y el 6 por 100, respectivamente, de los niños con TDA-H aparecía con estos problemas asociados. Como era de esperar, no aparecieron diferencias importantes en rendimiento académico (bajo para los dos), ni en la exploración médica, si bien las diferencias anteriormente apuntadas tenían implicaciones escolares importantes: los niños con TDA+H normalmente eran asignados a aulas de educación especial para niños con trastornos de conducta, y los TDA-H a aulas para niños con dificultades de aprendizaje.

La parte más interesante del estudio es la que aborda la presencia o no de un único déficit atencional. Los resultados, aunque únicamente se contemplan como orientativos, señalan la presencia de diferencias en los problemas atencionales de uno y otro grupo. Los niños con TDA-H mostraron tener niveles inferiores de conductas «fuera de la tarea» y puntuaron menos en impulsividad, agresión y sobreactividad en los cuestionarios de padres y maestros. Pero lo que aún puede resultar más interesante es que también presentaron peores resultados en la prueba de dígitos del WISC-R y en otras

de recuperación de información verbal. En la misma dirección, el grupo de Barkley (véase, por ejemplo, Barkley, Grodzinsky y DuPaul, 1992) siguió trabajando en un contexto neuropsicológico, dentro de los modelos atencionales y de procesamiento de información, constatando un peor rendimiento de los niños con TDA+H en medidas relacionadas con el funcionamiento del lóbulo frontal (el test de Stroop y el subtest de movimientos de la mano de la batería de Kaufman), mientras los niños con TDA-H no diferían de los grupos control.

En conclusión, como señala Barkley (1990, p. 90), los datos en esta área sugieren que los «niños con TDA-H pueden tener más problemas con la atención focalizada o la velocidad de procesamiento de la información (análisis de los inputs y recuperación de la información almacenada). Por contra, los niños con TDA+H pueden tener más dificultades con la atención sostenida y el control de la impulsividad o los parámetros motivacionales implicados en la tarea». Por tanto, aunque el DSM-IV-TR simplemente mantiene los subtipos en función del predominio de sintomatología atencional o motora, existen bastantes evidencias que inducen a creer en la existencia de un «trastorno hiperactivo», con un tipo de déficit atencional secundario a un problema mayor de desinhibición conductual, diferenciado de otro «atencional» centrado fundamentalmente en un problema de procesamiento de la información (Taylor, 1994).

El diagnóstico diferencial de la hiperactividad también debe hacerse sobre otros dos trastornos con los cuales mantiene mucha relación: el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial. El primero se refiere a comportamientos hostiles hacia adultos o compañeros, molestar continuamente, desobedecer, etc. Comentábamos anteriormente que cerca de un 65 por 100 de los niños hiperactivos presenta conductas negativistas y desafiantes; sin embargo, hay un margen para establecer diferencias con la hiperactividad. Los niños con un trastorno negativista normalmente se relacionan más con un núcleo familiar conflictivo, sus conductas problema no guardan una relación tan directa con el nivel intelectual, encajan más en modelos explicativos de conductas coercitivas y temperamento agresivo

(Patterson, 1982) y, aunque muestren conductas desatentas o de falta de control, éstas parecen vincularse más a situaciones de hostilidad que a un problema neurológico o cognitivo, como es el caso de los niños hiperactivos.

El trastorno disocial se caracteriza por la violación sistemática de las normas sociales o de los derechos de otras personas y aparece en el curso evolutivo de muchos niños con trastorno negativista desafiante. Solamente entre el 20 y el 30 por 100 de los niños hiperactivos manifiesta conductas antisociales, pero los porcentajes aumentan diez puntos al llegar a la adolescencia. Es verdad, pues, que la hiperactividad temprana es un factor predisponente de conducta antisocial en la adolescencia, pero de menor envergadura que el trastorno negativista. En los niños más pequeños no es muy habitual que se den robos, mentiras, agresiones, huidas de casa o «hacer novillos». Por tanto, aunque en un porcentaje de sujetos pueda presentarse un solapamiento entre conductas hiperactivas y negativistas/antisociales (lo que agrava su diagnóstico e incide mucho en el proceso de tratamiento), se trata, en general, de entidades diagnósticas que normalmente se dan por separado.

## 2.5. Datos epidemiológicos y aspectos evolutivos del trastorno

La prevalencia del trastorno de hiperactividad se ve afectada, como es obvio, por toda la problemática ya comentada respecto a la definición y conceptualización de su sintomatología. No obstante, la Asociación Americana de Psiquiatría considera que entre un 3 y un 7 por 100 de los niños en edad escolar presentan el trastorno (APA, 2000). Los problemas metodológicos de muchas investigaciones obligan a recordar una condición básica: la evaluación de conductas hiperactivas en un niño siempre debe hacerse en función de criterios evolutivos y estadísticos. Por lo que se refiere a los primeros, hay que recordar que las comparaciones deben hacerse igualando edad, sexo y otras variables socioculturales que inciden claramente en las conductas atencionales, impulsivas y de sobreactividad.

En cuanto a los segundos, en el caso de los estudios epidemiológicos se recomienda utilizar puntuaciones de corte de dos desviaciones típicas por debajo de los grupos normativos (DuPaul, 1990), si bien ello depende de las características de los cuestionarios o instrumentos utilizados para la evaluación.

El acuerdo entre evaluadores puede ser una buena estrategia para confirmar la presencia de hiperactividad, pero no se considera una condición necesaria. En un amplio estudio de Lambert, Sandoval y Sassone (1978), padres, madres y expertos evaluaron por separado a 5.000 niños en edad escolar. Cuando sólo se tomaba en consideración la valoración de una de las tres fuentes, la prevalencia de hiperactividad se situaba de forma constante alrededor del 5 por 100 (un nivel esperable); sin embargo, cuando se requería el acuerdo entre las tres fuentes, el índice bajaba al 1 por 100. La falta de acuerdo, aprovechada por algunos para atacar la validez del trastorno, no es tan grave como pudiera parecer. El acuerdo entre padres y maestros sobre la mayoría de conductas problemas de los niños casi nunca llega al 50 por 100, e incluso entre padres y madres tampoco supera el 60/70 por 100 (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987). Está claro, por una parte, que los niños se comportan de distinta manera en función de la situación y del adulto y, por otra, que las propias convicciones educativas de los adultos afectan a la valoración de la conducta del niño.

El estatus socioeconómico de la familia (o de la región) influye también en la tasa de prevalencia. Entre familia y regiones desfavorecidas la presencia de hiperactividad puede ser casi el doble que entre niveles socioeconómicos más elevados (Szatmari et al., 1989b). Las condiciones alimenticias, la incidencia de mayores trastornos psiquiátricos, en general, y las pautas educativas, deben ser factores claves para que se dé este hecho. Por otra parte, la variable sexo también influye en las tasas de prevalencia: los niños son más propensos que las niñas a padecer el trastorno, con unas proporciones que van desde 2 a 1 hasta 9 a 1, dependiendo del tipo y del lugar (los sujetos remitidos a las clínicas tienen una mayor probabilidad de ser hombres) (APA, 2000).

Entrando más en detalle en lo que es el curso evolutivo del trastorno, hay que empezar señalando que existe una idea general bastante clara de sus características, si bien sería deseable un conocimiento más minucioso. Por ejemplo, conocemos los principales factores predisponentes y factores protectores de la hiperactividad, pero no la naturaleza exacta de su influencia. Entre los factores predisponentes están: antecedentes familiares del trastorno, consumo de alcohol y tabaco (u otras drogas) junto con una mala alimentación de la madre durante el embarazo, madres que afrontan solas la educación de sus hijos y madres de bajo nivel cultural en general, mala salud o retrasos en el desarrollo del niño, estilo educativo muy crítico y directivo de la madre en la primera infancia, etc. Entre los factores protectores destacan cuatro: mayor nivel educativo de la madre, mejor salud en general del niño, mayores habilidades cognitivas del niño (especialmente las relacionadas con el lenguaje) y mayor estabilidad familiar.

En la edad preescolar la falta de atención y la sobreactividad no son indicativas por sí solas de hiperactividad. Más del 40 por 100 de los niños de estas edades manifiesta problemas en estas áreas según apreciaciones de padres, maestros o, incluso, clínicos, aunque suelen ser pasajeros. En los casos más graves, según un amplio trabajo longitudinal de Palfrey, Levine, Walker y Sullivan (1985), sólo cerca del 50 por 100 con diagnóstico de hiperactividad en preescolar lo mantiene en la edad escolar. En las primeras edades, hay que prestar atención a múltiples conductas relacionadas con un exceso de agitación o de «bullicio», siempre cambiando de actividad sin un momento de descanso, muy dado a pequeños accidentes domésticos y con problemas ante tareas que exijan un mínimo de atención o habilidad motora.

En la edad escolar es cuando el trastorno de la hiperactividad incide con mayor gravedad. Coincidiendo con las demandas sociales de estar sentado, atender, obedecer, controlar conductas motoras e impulsivas, cooperar, organizar las acciones y seguir instrucciones, el niño hiperactivo muestra todas sus características definitorias. Además, desde los seis/siete años ya se perciben los primeros problemas académicos en lectoescritura y cálculo,

junto con sus típicos «olvidos» de las tareas que se les encomiendan.

En casa también aparecen los primeros problemas. Comparados con hermanos o niños de igual edad, los afectados de hiperactividad son mucho menos autónomos, cuidan peor de sí mismos (en la alimentación, el vestir, etc.), mantienen las rabietas cuando en un proceso normal decrecen mucho, presentan conductas de oposición y no se les puede confiar ninguna responsabilidad, mientras sus relaciones sociales no evolucionan al ritmo esperado. Entre los 12-13 años normalmente el patrón de hiperactividad está muy consolidado, y es cuando la sintomatología asociada permite hacer distinciones claras: entre el 30 y el 50 por 100 presenta trastornos de conducta, la mitad o más ya tiene una historia de fracaso escolar amplia y también aparece el subgrupo con síntomas internalizados.

En la adolescencia, y sin necesidad de ningún tipo de intervención, se reducen las conductas de falta de atención, impulsividad y sobreactividad, si bien más del 70 por 100 continúa en niveles superiores a sus compañeros de edad y entre el 30 y el 50 por 100 sigue cumpliendo los criterios diagnósticos (Weiss y Hechtman, 1993). Entre el 25 y el 35 por 100 mantiene conductas antisociales y cerca del 60 por 100 ha repetido curso o requiere ayuda importante en sus estudios (Gittelman, Mannuzza, Shenker y Bonagura, 1985). En general, existe acuerdo entre los estudios longitudinales en que persiste la sintomatología básica de la hiperactividad, pero normalmente ya no es la primera preocupación de los propios sujetos o sus educadores, ya que ésta se desplaza hacia conductas de riesgo típicas de la adolescencia como, por ejemplo, abuso de alcohol u otras drogas, acciones predelictivas, sintomatología psiquiátrica (ansiedad, depresión, etc.), problemas de relación social con sus iguales o con los adultos y abandono prematuro de los estudios, entre otras, en las cuales tienen muchas más probabilidades de implicarse que la población adolescente normal.

Los estudios longitudinales que llegan hasta la edad adulta son pocos y generalmente empiezan en la adolescencia (véase una revisión en Gittelman et al., 1985; Weiss y Hechtman, 1993). En general, se acepta que entre el 50 y el 65 por 100 de niños/jóve-

nes que fueron diagnosticados (eso sí, por diferentes métodos) como hiperactivos, mantienen sintomatología del trastorno en la edad adulta. Además, cerca de un 25 por 100 presenta un tipo de personalidad antisocial, un 10 por 100 presenta conductas adictivas (preferentemente con drogas más que con alcohol) y otros porcentajes solapados presentan sintomatología ansiosa o depresiva. En resumen, sólo un 11 por 100 de los sujetos implicados en los estudios longitudinales revisados por Weiss y Hechtman (1993) estaban libres de algún tipo de sintomatología psiquiátrica, si bien ésta no era especialmente grave e, incluso, entre el 20 y el 30 por 100 de los adultos estaban «libres» de su antigua hiperactividad. Aunque no se han podido definir claramente los factores «protectores» que mejoran la hiperactividad infantil en la vida adulta, Weiss y Hechtman (1993) señalan que probablemente uno de los más relevantes sea la «estabilidad emocional», es decir, el encontrar un marco de relaciones sociales y familiares donde el sujeto tenga todo el apoyo que necesita.

### 3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA HIPERACTIVIDAD

#### 3.1. Teorías biológicas

Desde las primeras descripciones del trastorno a principios de siglo, se ha especulado sobre un posible origen biológico de la hiperactividad (traumas del nacimiento, infecciones, sustancias tóxicas, etc.), sin resultados claros a nivel experimental. En el caso de las sustancias tóxicas (véase la revisión de Barkley, 1990), ninguna de las propuestas, esto es, uso de aditivos en los alimentos (colorantes y conservantes), consumo excesivo de azúcar y niveles elevados de plomo en sangre, ha demostrado una relación directa con los síntomas de la hiperactividad, si bien en el caso del plomo realmente sus efectos son adversos para la salud y el funcionamiento cognitivo en general de las personas.

Por otra parte, y centrándonos en aspectos cerebrales, específicamente el área cortical, Strauss y Lehtinen (1947) acuñaron, en los años cuarenta, el término de «niños con lesión cerebral» para todos

los que presentaban retrasos en el desarrollo y deficiencia mental sin causa detectable. Las conductas de sobreactividad se relacionaron estrechamente con un pobre desarrollo de la inteligencia, y el término, que en la siguiente década evolucionó a «disfunción cerebral mínima», se fue centrando cada vez más en niños con dificultades de aprendizaje, de adaptación o con conductas hiperactivas. El término fue ampliamente criticado en la década de los sesenta por su laxitud y falta de evidencias experimentales (Barkley, 1990).

Hoy en día existe un cierto consenso en que determinadas complicaciones del embarazo o del parto, así como el consumo de alcohol y tabaco, y las infecciones o enfermedades con afectación cerebral, aumentan el riesgo de padecer hiperactividad; sin embargo, menos del 5 por 100 de los niños con este diagnóstico presenta algún tipo de daño cerebral que pueda diagnosticarse con los actuales métodos de exploración (Rutter, 1983).

Otras hipótesis explicativas se han centrado en demostrar la presencia bien de una sobreactivación o bien de una infractivación cortical (Manga, Fournier y Navarredonda, 1995). Actualmente predominan las últimas, aunque con limitaciones: sólo una minoría («considerable», según Wicks-Nelson e Israel, 1997) de niños hiperactivos presenta anomalías en el EEG y en otras medidas electrofisiológicas que puedan hacer pensar en un retraso madurativo y en niveles de activación por debajo de la media (Taylor, 1994). Los efectos beneficiosos de los psicofármacos estimulantes sobre la hiperactividad han sido propuestos como una confirmación de esta hipótesis, pero el hecho de que se hayan observado mejoras similares (o aún mayores) con muestras de niños normales relativiza mucho esta posición.

Las hipótesis bioquímicas centradas en disfunciones o desequilibrios de neurotransmisores surgieron en los años setenta, y las investigaciones siguen abiertas. Actualmente disponemos de datos que señalan una disminución de los niveles de dopamina en el líquido cefalorraquídeo y en los análisis de metabolitos en el plasma sanguíneo (Zametkin y Rapoport, 1987). Recientemente se ha implicado también a la noradrenalina y a la serotonina (Taylor, 1994). De todos modos, no sólo no

hay evidencias de relación causal entre las alteraciones bioquímicas y las conductas hiperactivas, sino que incluso se plantea la posibilidad de una relación inversa (Taylor, 1994).

Otros conocimientos relacionados con el funcionamiento cerebral se han centrado en el papel de los lóbulos frontales, implicados más, según la teoría de Luria, en la función reguladora del lenguaje que en sus aspectos semánticos o sintácticos. En esta línea, las conductas hiperactivas se han relacionado con un decremento del flujo sanguíneo en la regiones prefrontales orbitales y núcleo estriado y una reducción de la actividad bioeléctrica en estas mismas zonas y en su conexión límbica (Lou et al., 1989). Estas zonas mantienen relaciones directas con conductas atencionales, de inhibición conductual y de sensibilidad a los reforzadores, además de ser ricas en dopamina (Zametkin y Rapoport, 1987). En esta línea, Shue y Douglas (1992) han encontrado peores niveles de rendimiento de los niños hiperactivos con tests neuropsicológicos implicados en funciones del lóbulo frontal.

Por último, los factores genéticos, a pesar de que en muchos casos se han analizado con deficiencias metodológicas, parecen jugar un papel importante en la hiperactividad. Goodman y Stevenson (1989) analizaron 127 pares de gemelos monocigóticos y 111 dicigóticos. La concordancia en el diagnóstico clínico entre los primeros fue del 51 por 100 y entre los segundos del 33 por 100, obteniéndose un porcentaje de varianza atribuible a factores ambientales no superior al 30 por 100. Por tanto, se asume que existe una predisposición genética a padecer el trastorno o, al menos, parte de su sintomatología.

### 3.2. El modelo atencional de Virginia Douglas

Hasta la década de los años setenta el trastorno reconocido bajo la etiqueta de «hiperactividad» tenía ese nombre, sin duda para priorizar la sobreactividad motora por encima de otros síntomas que le podían caracterizar, como los atencionales o falta de autocontrol. A principios de los setenta, Virginia Douglas y su equipo del Instituto McGill de Canadá

revolucionaron el campo de la investigación y fueron los responsables de la distinción entre «trastorno por déficit atencional con/sin hiperactividad». Es evidente que el área atencional pasó a primer plano.

Douglas (1972) presentó datos sorprendentes hasta ese momento que señalaban que los niños hiperactivos no tenían necesariamente que presentar dificultades de aprendizaje atribuibles a problemas de audición, memoria a corto plazo u otros habituales en estos casos. Además, no era necesario ningún tipo de estímulo distractor para que surgiesen sus problemas de atención sostenida (cualquier tarea de vigilancia o atención sostenida que demandase rendimiento continuado era suficiente) y, por otra parte, en condiciones lúdicas no mostraban más distraibilidad que los otros niños. Finalmente, también se apuntó que su rendimiento sobre estas tareas de vigilancia podía mejorar mucho con programas de refuerzo continuo e inmediato, y también con el uso de fármacos estimulantes.

Durante estos últimos veinte años el modelo atencional de V. Douglas ha abierto numerosas vías de investigación, ha sido formulado y reformulado en distintas ocasiones (véase, por ejemplo, Douglas 1983, 1984) y ha tenido una gran influencia en los sistemas de diagnóstico, tratamiento y, sobre todo, conceptualización de la hiperactividad. De modo muy breve vamos a esbozar sus características básicas.

Los niños que presentan «hiperactividad» normalmente parten de unas predisposiciones básicas interrelacionadas. Podemos resumirlas en cuatro: 1) un rechazo o muy poco interés para dedicar atención y esfuerzo a tareas complejas; 2) una tendencia a la búsqueda de estimulación y/o gratificación inmediata, que se complementa con una falta de impacto de estímulos aversivos que en la mayoría de niños producen modificaciones de comportamiento; 3) poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas, casi siempre erróneas, y 4) poca capacidad para regular la activación o los estados de alerta que requiere la solución de determinadas tareas. Estas predisposiciones pueden deberse a factores constitucionales o a factores sociofamiliares tales como, por ejemplo, un estilo educativo inconsistente o muy directivo, un ambiente familiar desordenado o confuso, el refuerzo de las conductas impulsivas



vas o la falta del mismo en las primeras interacciones del niño para la solución de determinados problemas, etc. Sea como fuere, la presencia de estas características en el comportamiento del niño, por otro lado visibles ya desde los primeros años, inducen o se relacionan con unas deficiencias secundarias normalmente manifestadas al inicio de la edad escolar.

Estas deficiencias secundarias, todas de tipo cognitivo, se agrupan en tres grandes áreas. En la primera, están los déficits en el desarrollo de esquemas complejos, ya sea en conocimientos y habilidades concretas, o también en estrategias cognitivas más elaboradas. En la segunda, aparece una baja capacidad de rendimiento y de interés ante tareas mínimamente complicadas que podría entenderse como una falta de motivación intrínseca; en ello tiene influencia una expectativa de fracaso, pero sobre todo la incapacidad para prever las consecuencias positivas (o negativas) que tendrá su acción a medio o largo plazo. Y, finalmente, la tercera, engloba los déficits metacognitivos, es decir, una falta de capacidad para analizar, aplicar y modificar las estrategias de solución de problemas que puedan haber adquirido, con lo cual su conducta estratégica es rígida y poco adaptativa.

Los tres déficits mantienen una influencia mutua. Por ejemplo, muchos niños abandonan o son incapaces de concluir sus primeras tareas escolares sencillamente porque no ven la forma «cómo» afrontarlas, carecen de los conocimientos y habilidades necesarias. Para aprender formas de actuar es necesario que ellos inviertan un mínimo de tiempo y esfuerzo, que demoren ciertos reforzadores y que inhiban conductas impulsivas; pero al ser muy difícil que puedan cumplir con estas condiciones, su aprendizaje de procedimientos siempre es muy pobre. Además, aun suponiendo que consiguen aprender algunas estrategias, casi nunca las someten al análisis necesario que les permitiría un conocimiento metacognitivo sobre ellas, es decir, las ponen en funcionamiento cuando son dirigidos externamente careciendo de los procesos de autonomía personal en solución de problemas (Bornas, 1996).

Las deficiencias secundarias llevan a estos niños a continuas experiencias de fracaso. Estos fracasos,

que pueden ser más o menos generalizados en el ámbito educativo y social, afectan drásticamente a las predisposiciones básicas del niño, cerrando una espiral de influencia. Ahora esas predisposiciones acaban convirtiéndose en déficits característicos de su funcionamiento. Y, entre todos ellos, el más relevante (y que mejor les diferencia) es la falta de esfuerzo, organización y mantenimiento de la atención. También presentan problemas de impulsividad y desinhibición, pero de modo secundario a sus problemas atencionales y de búsqueda de estimulación. De este modo se propuso la catalogación de un trastorno por déficit de atención, sin necesidad de sobreactividad motora, y con un predominio del proceso de evaluación y tratamiento centrado en los procesos atencionales.

A finales de los años ochenta, tras una década de gran influencia, empiezan a aparecer resultados discordantes con el modelo de V. Douglas, en general centrados en las limitaciones de los estimulantes y en el papel de los déficits conductuales, que reaparecen en un primer plano (Haenlein y Caul, 1987). Por otra parte, estudios recientes dentro de este modelo señalan que los déficits atencionales pueden conceptualizarse en el marco de una disfunción más general del procesamiento de la información (Leung y Connolly, 1994; Sonuga-Barke, Houlberg y Hall, 1994).

### 3.3. El modelo motivacional de Russell Barkley: déficit en las conductas gobernadas por reglas

A mediados de los años ochenta surgió una visión «herética» del trastorno hiperactivo, tal como la califica su actual impulsor, Barkley (1990), centrada en la presencia de déficits motivacionales como la raíz principal del problema. En términos generales, el modelo parte de la base situacional de las conductas hiperactivas y la gran influencia que tienen los factores instruccionales y motivacionales para desencadenarlas.

Barkley (1990), y otros autores de modo independiente (Haenlein y Caul, 1987), comienzan a cuestionarse el papel principal de la atención en la

hiperactividad y dan prioridad a una característica, por otra parte ya conocida, de estos niños: déficit en su respuesta a las consecuencias ambientales. Es decir, reforzadores positivos y estímulos aversivos que afectan al comportamiento de la mayoría de los niños, muestran efectos muy débiles en los casos de hiperactividad.

Esta hipótesis, basada en el modelo de análisis funcional de la conducta, ha sido rebatida con dureza por Douglas (1990) tachándola de «skinneriana» y limitada. Barkley (1990, 1997), por su parte, no renuncia al origen conductista de la hipótesis pero, a la vez, se ha esforzado por demostrar que va mucho más allá, intentando construir una sólida base de interacción entre conocimientos neurofisiológicos y principios del comportamiento.

Desde el punto de vista del modelo motivacional, las teorías atencionales o cognitivas en general presentan muchas dificultades de validación, entre otras cosas, porque hay que asumir principios (o predisposiciones) difíciles de comprobar. Por otra parte, tal y como comentamos anteriormente, la naturaleza multidimensional de la sintomatología básica de la hiperactividad y, sobre todo, su variabilidad situacional, induce a recuperar la metodología clásica del análisis funcional. Skinner (1953) realizó un análisis de la atención, la impulsividad y el autocontrol desde el punto de vista del control de estímulos. La atención puede definirse como la relación entre un estímulo ambiental y la conducta del individuo; la impulsividad es una respuesta rápida e incorrecta ante las demandas de un estímulo y la falta de autocontrol es una incapacidad para postergar eventos o reforzadores.

Barkley (1990) recupera esta idea como punto de partida pero le da un nuevo enfoque: aunque las conductas hiperactivas se pueden representar como fallos en la relación entre eventos estímulares y conducta del niño, no debemos otorgar un papel causal a lo que es un problema correlacional (que es lo que implícitamente se hizo en su momento). Un análisis funcional del trastorno debe permitirnos determinar qué tipo de tareas o estímulos son los más problemáticos para estos niños, y qué tipo de consecuencias se dan para que ellos no puedan mantener un nivel adecuado de respuesta y esfuerzo.

En relación a las condiciones estímulares precipitantes, Barkley (1990) recupera el concepto de «conductas gobernadas por reglas» (Skinner, 1953) para definir un tipo de situación que desencadena de modo sistemático las dificultades del niño hiperactivo. La conducta gobernada por reglas se da en respuesta a un estímulo verbal precedente y se acomoda a las condiciones (reglas) que éste determina (véase Hayes, 1989, para una extensa revisión de este concepto). Una regla es un estímulo que especifica las consecuencias que tendrá una determinada conducta; por ejemplo, «si haces tus deberes podrás jugar un rato con el videojuego». Dado que, según Barkley (1990), muchas de las dificultades que los niños hiperactivos presentan, según las entrevistas e informes de padres y maestros, guardan relación con un déficit en la conducta gobernada por reglas, hay que darle un peso específico en la conceptualización del trastorno, tal y como veremos más adelante.

En cuanto a las causas por las que ciertas reglas, tareas o estímulos socialmente relevantes no consiguen provocar las conductas deseadas en algunos niños, Barkley (1990) entiende que, de modo general, todas se pueden resumir en estas seis: 1) la existencia de un problema de detección sensorial; 2) una discapacidad física o motora que impide al niño realizar la respuesta deseada; 3) una historia de condicionamiento inadecuado (el niño no ha sido entrenado correctamente en los conocimientos y habilidades implicadas en la respuesta); 4) un déficit en los efectos de los estímulos reforzadores (no presentan la eficacia habitualmente observada); 5) un efecto inusualmente rápido de habituación o saciación ante los reforzadores, y 6) un déficit en la manera habitual con la que los programas de refuerzo (por ejemplo, los parciales) mantienen la conducta a lo largo del tiempo.

Según Barkley (1990), entre todas estas causas la quinta y la sexta son las que tienen más influencia en el caso concreto de los niños hiperactivos, fundamentalmente porque han recibido más apoyo experimental a través de investigaciones neuropsicofisiológicas. Zentall (1985) encontró datos a favor de unos umbrales de activación por estimulación más elevados en los niños hiperactivos; por

tanto, cuando decrece el nivel de estimulación ambiental las conductas de falta de atención e hiperactivas serían un sistema de compensación. Haenlein y Caul (1987) han propuesto que los umbrales de refuerzo dentro del sistema cortical pueden ser demasiado altos, de modo que el mismo tipo o la misma cantidad de reforzadores positivos tiene efectos más débiles para los niños hiperactivos en comparación con los niños normales. Por último, Quay (1988) ha argumentado que la hiperactividad puede deberse a una disminución en la actividad del sistema cerebral de inhibición conductual, de modo que el castigo o su amenaza no consigue inhibir o regular conductas como en los demás niños. Por consiguiente, según Barkley (1990), estas alteraciones neurológicas podrían explicar, al menos en parte, por qué los programas de refuerzo no consiguen el control esperado sobre el comportamiento del niño hiperactivo y por qué aquellos presentan efectos tan rápidos de habituación o saciación, necesidad de cambio continuo de tareas y sobreactividad. Estos efectos conductuales pueden insertarse en el marco de las «conductas gobernadas por reglas» que antes comentábamos, configurando un modelo motivacional más complejo.

Este tipo de conductas, controladas por estímulos discriminativos de tipo verbal (reglas) implican dos componentes: uno de «cumplimiento», que se refiere a la realización de la conducta justo después del estímulo, y otro de «mantenimiento», que se refiere a la realización continuada y futura de la conducta sin la presencia de la regla. Los niños hiperactivos, como es de suponer, fundamentalmente fallan en el componente de «mantenimiento» y ello tiene consecuencias graves. Hay que tener presente que dominar este componente resulta, en primer lugar, muy adaptativo para el niño, puesto que es capaz de procurarse muchas consecuencias positivas y evitar las negativas, y, en segundo lugar, significa empezar a desarrollar los procesos de autocontrol y solución de problemas. Evolutivamente los niños se sirven de su lenguaje, primero audible y luego internalizado, para generar las reglas que controlan sus conductas. Posteriormente, la utilización de las fases de solución de problemas, como son, por ejemplo, identificar demandas, generar

alternativas, prever consecuencias, etc., completan el dominio sobre este proceso.

Por tanto, según Barkley (1990), el problema básico de la hiperactividad se articula sobre estos dos factores: una relativa insensibilidad a los estímulos ambientales socialmente relevantes y un déficit en las conductas gobernadas por reglas. Estos factores son los *causantes* (y no los resultados) de los problemas de atención sostenida, falta de esfuerzo, desinhibición de conductas e impulsividad observados en los niños hiperactivos, así como de su estilo motivacional caracterizado por búsqueda continuada de estimulación, necesidad de refuerzo extrínseco, incapacidad de demora de los reforzadores, baja susceptibilidad a estímulos aversivos, etc. Todos estos elementos definitorios de la hiperactividad presentarían una fuerte base neurológica y poco tendrían que ver con la «voluntad» del niño.

Finalmente, hay que señalar que el énfasis en el origen neurológico del trastorno que realiza Barkley (1990) no significa, como apunta el mismo autor, «que las condiciones ambientales no puedan exacerbar (¡o mejorar!) los síntomas de los niños hiperactivos» (p. 71) y que en el tratamiento multi-componente, junto a los psicofármacos, las técnicas de manejo de contingencias (con la formación de padres y educadores) y cognitivo-conductuales (entrenamiento en solución de problemas, autoinstrucciones, etc.) no tengan que ocupar un lugar destacado e incluso predominante en muchos casos. El desarrollo actual de la teoría relaciona el déficit de las conductas gobernadas por reglas de los niños hiperactivos con el constructo más amplio del autocontrol (Barkley, 1997).

#### 4. LA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO HIPERACTIVO

En la evaluación de la hiperactividad es frecuente que se vean implicados otros profesionales, además del psicólogo, como pueden ser neurólogos y pediatras, especialmente si se trata de niños de corta edad. En el caso de las pruebas psicológicas, se pueden agrupar de dos modos distintos (Moreno, 1995): por los niveles de actuación (atención, acti-

vidad motora y conducta en general del niño) o por los instrumentos de evaluación (entrevistas, escalas de evaluación, instrumentos aplicados al propio niño, observaciones conductuales y técnicas mecánicas). En nuestro caso, optamos por este último modo, que abordaremos de manera muy resumida, puesto que existe una cantidad muy amplia de instrumentos en todas sus categorías.

Las entrevistas clínicas a padres y maestros suelen ser el procedimiento inicial en la evaluación de la hiperactividad o cualquier otro trastorno infantil. A pesar de ello, su utilidad clínica siempre ha sido puesta en entredicho. Achenbach et al. (1987) señalaron que el índice de fiabilidad de las entrevistas es moderadamente bajo, mientras que la correlación entre informes de padres y maestros no suele superar el 0,30, y entre padres y madres se sitúa alrededor del 0,60. De todos modos, el marcado carácter situacional de los comportamientos infantiles debe influir decisivamente sobre estos resultados. Además, también se reconoce que los beneficios de las entrevistas van más allá de su interés clínico: ayudan a establecer la necesaria relación empática entre todos los agentes implicados, orientan los siguientes pasos del proceso de evaluación, eliminan ideas erróneas de padres y educadores, etc., por lo que su uso está muy extendido.

Aunque existen muchas entrevistas estructuradas, tal vez las dos más utilizadas son el *Informe Parental de Síntomas Infantiles* (PACS) de Taylor, Schachar, Thorley y Wieselberg (1986), y la *Entrevista Clínica Semiestructurada para Niños* (SCIC) de Achenbach y McConaughy (1989). La primera ha sido utilizada en nuestro país por Ávila de Encío y Polaino-Lorente (1992) y Benjumea y Mojarro (1993). Por su parte, la SCIC combina preguntas abiertas y cerradas junto con actividades diversas donde el terapeuta interactúa con el niño y va cumplimentando un protocolo de observación. Una de sus principales ventajas son sus buenos índices psicométricos.

Por último, en nuestro ámbito disponemos de dos entrevistas para la exploración psicológica en la infancia con una estructura bastante similar a las ya comentadas: la *Pauta de Entrevista para Padres* (PEP) de Pelechano (1979) y la *Información*

*Diagnóstica General* (IDG) de Capafons, Sosa, Alcantud y Silva (1986).

Las escalas y cuestionarios para padres y maestros son el instrumento de evaluación más utilizado en el trastorno hiperactivo. Entre sus ventajas están la rapidez de aplicación, el bajo coste, el ofrecer información sobre conductas difíciles de observar a través de registros, el ser cuantificables y disponer de datos normativos, el ofrecer información sobre las personas más relevantes del entorno, etc. Sin embargo, hay que tener presente que los cuestionarios sobre el comportamiento infantil resultan más problemáticos que los utilizados en adultos a causa de presentar índices más bajos de fiabilidad (especialmente entre informadores), bajas correlaciones con otros instrumentos (tales como entrevistas y registros de observación), problemas de validez de constructo y dificultades en la normalización de sus puntuaciones.

Entre la multitud de cuestionarios existentes podemos destacar las Escalas de Conners, el Cuestionario de Hiperactividad de Werry, Weiss y Peters y las Escalas de Achenbach y Edelbrock. La versión revisada de la escala de Conners para maestros (Goyette et al., 1978) ha sido adaptada y validada en nuestro país por Farré y Narbona (1989), al igual que la escala abreviada de 10 ítems, o índice de hiperactividad (Miranda y Santamaría, 1986).

La *Escala de Evaluación de la Actividad* de Werry, Weiss y Peters (Werry, 1968) se centra en aspectos motores y se ha utilizado ampliamente como medida independiente en los experimentos de control de la hiperactividad a través de fármacos. Es una de las pruebas que presenta índices más elevados de correlación entre evaluadores y sensibilidad a tratamientos, aunque existen pocos datos de su fiabilidad test-retest y su consistencia interna (Barkley, 1990).

El *Cuestionario de Conducta Infantil* de Achenbach y Edelbrock (Achenbach y Edelbrock, 1983; Edelbrock y Achenbach, 1984) es uno de los instrumentos de evaluación para trastornos infantiles con mayor apoyo experimental y que más posibilidades ha demostrado tener. Por ejemplo, a partir de él, se ha elaborado el *Perfil Atencional Infantil*, que permite distinguir un predominio atencional o

de sobreactividad en el diagnóstico de hiperactividad, con datos normativos para 1.100 sujetos entre 6 y 16 años y que ha sido adaptado en nuestro país a través de las cuatro *Escalas de Comportamiento Infantil* (ECI, véase Manga et al., 1995), las cuales permiten obtener puntuaciones de padres y/o maestros en tres subfactores «atencionales» (desinterés por el estudio, déficit de atención y dificultades de aprendizaje) y uno de «hiperactividad».

En cuanto a las medidas aplicables directamente al niño podemos diferenciar entre las pruebas de atención, las medidas de la impulsividad y los tests neuropsicológicos. La prueba atencional más utilizada en el ámbito de la investigación son los tests de rendimiento continuo. Normalmente consiste en que el niño observe en una pantalla la aparición de letras o números (generalmente una por segundo) y responda apretando un botón ante uno o una combinación de estos estímulos. Los errores de omisión y comisión han demostrado diferenciar significativamente a niños hiperactivos y normales y ser sensibles al uso de estimulantes (Douglas, 1983, 1984). En el ámbito clínico, su uso está menos extendido por la falta de procedimientos estandarizados, datos normativos y su complejidad intrínseca, optándose por los conocidos «tests de tachado» y el «factor libre de distractibilidad» del WISC-R, compuesto por las pruebas de aritmética, dígitos y claves. En ambos casos, los niños hiperactivos normalmente rinden peor que los niños normales.

Para la evaluación de la impulsividad se ha propuesto, en primer lugar, el *test de emparejamiento de figuras familiares* (MFF20, Cairns y Cammock, 1978), donde el niño debe encontrar la figura idéntica a un modelo entre diferentes alternativas muy parecidas. Sin embargo, como comentamos en su momento, se trata de una medida de impulsividad cognitiva que se da ante una situación de incertidumbre de respuesta y no parece ser claramente equiparable a la impulsividad social de los niños hiperactivos. Por tanto, a pesar de que su uso está muy extendido, clínicamente el MFF20 tiene una utilidad limitada (Barkley et al., 1990). Las tareas de demora, incluidas en el *Sistema de Diagnóstico de Gordon* (Gordon, 1983), parecen una alternativa más sólida: el niño se coloca ante un dispositivo

computerizado y cada cierto tiempo debe apretar un botón que le proporciona puntos. Si no espera ese «cierto tiempo» (normalmente seis segundos) no recibe el punto y el botón no responde durante otro lapso de tiempo. Esta tarea de refuerzo diferencial de baja tasa tiene datos normativos sobre una muestra de 1.000 niños, presenta buenos niveles de fiabilidad y, además de diferenciar a los niños hiperactivos, correlaciona con cuestionarios para padres y maestros.

Por su parte, los tests neuropsicológicos muestran resultados discrepantes a pesar de su extenso uso. El *test de clasificación de Wisconsin* presentó buenos resultados iniciales, pero hoy en día su uso clínico en casos de hiperactividad no está recomendado (Grodzinsky, 1990). El *test de Stroop* ha demostrado ser discriminativo, si bien su uso se restringe a la sintomatología impulsiva de los niños hiperactivos (Grodzinsky, 1990). Y, por último, el subtest de movimientos de la mano, de la batería de Kaufman (Kaufman y Kaufman, 1983) es el que mejores resultados ha obtenido, si bien también hay que restringirlo a una parte muy concreta de la amplia sintomatología hiperactiva: problemas en la motricidad fina (Barkley et al., 1992).

Los procedimientos de observación directa son el complemento ideal y necesario, tanto si se ha optado por una evaluación a través de entrevistas/cuestionarios, como si se han incorporado medidas más objetivas. Mientras con estas medidas la conclusión de que un niño presenta hiperactividad como máximo puede llevar al clínico al uso de psicofármacos y algún tipo de intervención genérica, los registros de observación son los que permiten analizar antecedentes y consecuentes de las conductas hiperactivas para, posteriormente, desarrollar un programa cognitivo-conductual de intervención mucho más específico (Barkley, 1990). En algunas ocasiones, es el clínico quien debe desarrollar su propio registro de observación, si bien disponemos de bastantes procedimientos estandarizados que facilitan esta labor. El *Código de Observación de Conducta en el Aula*, de Abikoff y Gittelman (1985), ha mostrado ser muy útil para la observación en el ámbito escolar y, además, ha sido adaptado en nuestro país por Ávila de Encío y Polaino-Lorente (1991). En la misma línea, el *Registro de Conducta*

*Infantil-Forma de Observación Directa* de Achenbach (1986) no sólo ofrece resultados interesantes por sí mismo, sino que complementa los cuestionarios para maestros que ha desarrollado el mismo autor. Por último, el *Sistema de Codificación de Conductas Hiperactivas* de Barkley (1990) se utiliza en situaciones controladas y la observación se realiza mientras el niño debe resolver una serie de tareas escolares. Las conductas a observar se engloban en cinco categorías: «fuera de la tarea», «movimientos motores» (manos, pies, piernas), «habla», «jugar con objetos» y «estar fuera del asiento».

Para terminar, los métodos mecánicos se han utilizado fundamentalmente para la medida de la sobreactividad. Entre ellos están los actómetros para la medida de los movimientos de una parte concreta del cuerpo, los oscilómetros para la medida del balanceo mientras se está sentado y las células fotoeléctricas para evaluar los desplazamientos del niño. De todos modos, como señala Moreno (1995), su uso clínico es muy limitado a causa de la inestabilidad de sus resultados, la falta de datos normativos y el carácter restringido de la información que ofrecen.

Recientemente desde la Unidad de Hiperactividad del Departamento de Psicología de la Universidad de las Islas Baleares hemos analizado (y en parte desarrollado) un protocolo de evaluación y diagnóstico de los TDAH a partir de las recomendaciones más genéricas del grupo de Barkley (investigadores relacionados con las unidades de tratamiento de la University of Massachusetts Medical Center), que consta de las siguientes pruebas: la entrevista semiestructurada de Barkley (existe una traducción parcial al español), las escalas para padres y maestros ADHD-IV Ratins Scales de DuPaul et al. (1998, con adaptación parcial y baremación al español también en Guilford), la batería de inteligencia K-ABC de Kaufman y Kaufman (TEA, 1998) que, con base en la teoría de Luria, permite la evaluación por separado del procesamiento de información secuencial y simultáneo, y, finalmente, dos pruebas por ordenador de elaboración propia: la EMIC (Servera y Llabrés, 2000), que es una nueva versión del MFF para la evaluación del estilo cognitivo impulsivo, y la TEC-IMAT (2001), que es un test de rendimiento continuo adaptado a niños. Pueden consultarse en

Internet más extensamente el protocolo en <http://www.uib.es/facultat/psicologia/IMAT>, y es posible descargar una demostración de las pruebas por ordenador en <http://www.ubi.es/facultat/psicologia/downloads/imat.exe>.

## 5. TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD

El tratamiento de la hiperactividad se desarrolla desde hace varias décadas a partir de dos modalidades terapéuticas distantes en cuanto al enfoque conceptual y al modelo de enfermedad subyacente, aunque coincidentes en los intereses y objetivos clínicos que persiguen. Nos referimos al tratamiento farmacológico y a las terapias cognitivo-conductuales. Ambas alternativas terapéuticas obtienen efectos positivos cuando se emplean de forma independiente para intervenir en la hiperactividad infantil. Sin embargo, sus resultados se limitan a determinadas áreas características del trastorno sin proporcionar en ninguno de los dos casos una respuesta global y satisfactoria. Esta circunstancia, unida a los problemas observados para mantener los beneficios terapéuticos, junto con los efectos secundarios y limitaciones asociadas a la puesta en práctica de ambos tipos de tratamiento, ha estimulado, desde los dos enfoques, numerosos intentos de aproximación, coincidiendo con un clima más receptivo en el ámbito clínico hacia los psicofármacos y sus posibilidades de aplicación en edades infantiles.

En este contexto, se ha desarrollado en los últimos tiempos una tercera alternativa de intervención. Se trata de los «tratamientos combinados», que pretenden potenciar los efectos logrados por las terapias tradicionalmente empleadas, asegurar el mantenimiento y generalización de los resultados obtenidos, y reducir, al mismo tiempo, los costes terapéuticos observados en términos de efectos secundarios, consecuencias no deseadas y complejidad de las intervenciones (Pelham y Murphy, 1986).

A continuación revisaremos las posibilidades y limitaciones de estos tipos de tratamiento, necesariamente de un modo muy sintético puesto que el volumen de trabajos (y de las discrepancias que presentan) es muy amplio. Acabaremos este apartado

exponiendo un programa clásico de intervención cognitivo-conductual centrado en el área escolar.

### 5.1. Tratamiento farmacológico

El empleo de psicofármacos no constituye una práctica generalizada en la clínica infantil. Sin embargo, la hiperactividad es la principal excepción. Durante los años setenta y gran parte de la década siguiente, la utilización de estimulantes para tratar los problemas de hiperactividad constituyó el tratamiento de elección. De hecho, su administración se encuentra ya ampliamente consolidada en algunos países, especialmente en Estados Unidos, a juzgar por los datos, según los cuales, aproximadamente el 6 por 100 de los niños escolarizados en los primeros niveles toma este tipo de medicación y, entre ellos, el 88 por 100 toma metilfenidato, manteniéndose este tratamiento en un tiempo aproximado de entre dos, cuatro y siete años en sujetos escolarizados en niveles de primaria, secundaria y superior, respectivamente.

Además de los estimulantes, también se han empleado otros fármacos como, por ejemplo, tranquilizantes y, en menor medida, antidepresivos y sales de litio. Sin embargo, como acabamos de destacar, la medicación habitual, sobre la que se concentra el mayor volumen de investigación y, por tanto, acerca de la que existen datos más concluyentes, son los fármacos estimulantes, particularmente el metilfenidato (Ritalin/Rubifen), aunque también se utilizan la dextroanfetamina (Dexedrina) y la pemolina (Cylert). A este respecto, el predominio del metilfenidato está muy relacionado con aspectos tales como el tiempo que se tarda en observar mejoras (se absorbe en 30 minutos), duración de las mismas (sus efectos duran cuatro o cinco horas) y control de los efectos secundarios. Precisamente el análisis de estos efectos y otras consecuencias negativas es uno de los temas que más afecta a este tipo de intervención (Moreno, 1995).

Entre los principales efectos secundarios se encuentran la pérdida de apetito (con una afectación de retraso en el crecimiento en algunas ocasiones), insomnio, dolor de cabeza, dolor abdominal y alte-

raciones del estado de ánimo. Por otra parte, la exacerbación de los «tics» nerviosos desaconseja este tratamiento en niños que presentan problemas de este tipo (Taylor, 1986). En general, estos efectos fisiológicos se controlan bastante bien con la reducción o ajuste de la dosis diaria, si bien existen muchas más dudas sobre los efectos a largo plazo y sobre lo que ya puede considerarse un hecho aceptado: la supresión del tratamiento provoca una reaparición de la sintomatología hiperactiva, con lo cual el pronóstico de los niños tratados no se modifica sustancialmente (Barkley, 1990). Además, si bien la dosis de metilfenidato es variable y las reacciones del niño son muy individualizadas, podemos considerar que oscila entre 0,30 mg/kg (se observan ya mejoras atencionales, mientras es necesario aumentar la dosis para las mejoras comportamentales) hasta 4 mg/kg, con un término medio de alrededor de 1 mg/día. Finalmente, los efectos psicológicos negativos, aunque son más difíciles de cuantificar, pueden considerarse importantes, aunque sólo sea porque se aprecia una incidencia en el niño, en los padres y en los educadores sobre el nivel de esfuerzo personal requerido para afrontar y superar el problema. Normalmente, al tratarse de una disminución de este esfuerzo, cabe considerar el hecho como especialmente negativo.

En cuanto a los resultados obtenidos por los fármacos estimulantes cabe afirmar que son bastante consistentes a corto plazo. Prácticamente el acuerdo es unánime en este sentido, ofreciéndose porcentajes de éxito que oscilan, según las fuentes consultadas y los trabajos revisados, entre el 60 por 100 y el 90 por 100 de los niños tratados (Safer y Krager, 1989). En general, parece claro que la medicación es más eficaz que el placebo para reducir los problemas de conducta de los niños hiperactivos (sobre todo, cuando el rango de edad se sitúa entre los 6 y los 12 años), mejorando el nivel atencional en pruebas de laboratorio y disminuyendo la sobreactividad motora. De todos modos, los efectos sobre la conducta social o sobre las dificultades de aprendizaje y el rendimiento académico en el medio escolar son mucho menos notorios, a lo que hay que añadir lo ya comentado sobre los problemas de mantenimiento de los logros en ausencia de la

medicación y los efectos secundarios y otras desventajas asociadas a la medicación prolongada.

En definitiva, la mayoría de los clínicos entiende que la utilización de psicofármacos es especialmente útil en la primera fase del tratamiento, en períodos agudos del trastorno o, simplemente, cuando no es posible otro tipo de terapia, pero normalmente necesita complementarse con una intervención cognitivo-conductual (Barkley, 1990, 1997).

## 5.2. Tratamiento cognitivo-conductual

Actualmente, la intervención psicológica en la hiperactividad supone la aplicación de programas multicomponentes integrados por distintas técnicas que se llevan a la práctica en el medio natural (Moreno, 1996b). Entre estas técnicas cabe distinguir las que son específicas para el niño y las que sirven para entrenar y formar a padres y educadores. En términos más precisos, esta intervención se apoya en los fundamentos del análisis conductual aplicado y en la teoría del aprendizaje social. La evolución experimentada por la modificación de conducta en los años setenta supuso la incorporación, junto a los procedimientos derivados de los modelos anteriores (con técnicas como la economía de fichas, programas de refuerzo, coste de respuesta, tiempo fuera y contratos de contingencias), de técnicas cognitivas o cognitivo-conductuales, como son el entrenamiento en autoinstrucciones, la terapia de solución de problemas o los métodos de autocontrol (Abikoff y Klein, 1992).

Un ejemplo representativo de esta evolución es la conocida «técnica de la tortuga» (Schneider y Robin, 1976), aplicable individualmente o en grupo y encaminada a enseñar a los niños pequeños a controlar sus conductas impulsivas, perturbadoras y agresivas. Este procedimiento se desarrolla a través de distintas fases en las que se modela la posición de la tortuga, se entrena a los niños en relajación, se aprenden estrategias de solución de problemas y se programa, finalmente, la generalización y consolidación de las habilidades aprendidas. Por su parte, los programas de entrenamiento de padres y educadores se basan en métodos verbales, ensayos conductuales y modelado (Barkley, 1990), haciendo hincapié en

los principios del aprendizaje social, enfatizando la necesidad de definir y precisar las conductas alteradas y enseñando las técnicas operantes para fomentar conductas adaptadas y eliminar comportamientos desadaptados (McMahon, 1993).

En cuanto a la eficacia terapéutica de estos procedimientos cognitivo-conductuales, la disparidad de investigaciones que combinan la aplicación de distintos procedimientos y técnicas y los datos inconsistentes aportados por diferentes trabajos, hacen necesario un esfuerzo por sistematizar los resultados terapéuticos obtenidos. Guiados por este objetivo, podemos distinguir, por un lado, los efectos asociados a los procedimientos conductuales, básicamente operantes y, por otro, los efectos obtenidos por las técnicas cognitivas aplicadas como procedimientos únicos o combinados con otras técnicas conductuales y/o con medicación estimulante (Abikoff, 1987; Abikoff y Klein, 1992; Gutiérrez-Moyano y Becoña, 1989; Kendall, 1993; Moreno 1996b).

En relación a los niños que han recibido tratamiento conductual cabe destacar los siguientes efectos positivos (Abikoff y Klein, 1992; Gutiérrez-Moyano y Becoña, 1989): *a*) aumento de la conducta atencional y del rendimiento académico; *b*) disminución de la actividad motora excesiva, y *c*) mejora de las interacciones sociales al tiempo que aumenta la aceptación de estos niños por parte de sus iguales. Por tanto, aunque sea de modo indirecto, se han observado mejoras en su adaptación al medio familiar y escolar. Respecto a los padres y educadores que han sido entrenados, se han obtenido los siguientes resultados: *a*) mejora de la percepción de los adultos respecto al comportamiento general del niño; *b*) mayor control del comportamiento infantil en el medio natural (generalización de las habilidades aprendidas para resolver problemas en situaciones específicas); *c*) cambios positivos en las interacciones padres-hijos, y *d*) reducción del estrés familiar y mejora del clima social de la clase.

En general, y aunque disponemos de información relevante de algunos factores implicados en el éxito de este tipo de intervención, los resultados han sido dispares y especialmente pobres en lo que se refiere a su mantenimiento y generalización (Barkley, 1990; Moreno, 1995).



Por lo que respecta a la intervención cognitiva, si bien los primeros estudios de laboratorio realizados en los años setenta tuvieron mucho éxito y la relación teórica de estos procedimientos con los síntomas característicos del trastorno hiperactivo contribuyera a crear enormes expectativas, la verdad es que los datos acumulados en las dos últimas décadas no han sido tan satisfactorios. Como señala Kendall (1993), a juzgar por los resultados obtenidos, la eficacia de los procedimientos cognitivos para tratar la hiperactividad es relativamente inconsistente. Los resultados más favorables se han obtenido en el ámbito de la impulsividad asociada a problemas escolares, sin que afecten a otras dimensiones del trastorno (Wilck-Nelson e Israel, 1997). La intervención más habitual combina entrenamiento en autoinstrucciones y en estrategias de solución de problemas, que realmente se han mostrado útiles en el ámbito escolar, si bien su utilidad es limitada si no se trabaja con una serie de condiciones adicionales: tareas académicas en lugar de las típicas de laboratorio, trabajo insertado en el aula y utilización de instrucción estratégica directa (Bornas y Servera, 1996; Servera, 1992). Por otra parte, no se ha podido probar que las técnicas cognitivas originen un efecto acumulado sobre la medicación cuando se combina con ésta (Abikoff y Klein, 1992; Kendall, 1993) y aún queda pendiente corroborar las posibilidades reales de mantenimiento y generalización de los efectos terapéuticos en el medio natural (Abikoff, 1987).

En definitiva, los resultados obtenidos tanto por las técnicas conductuales como cognitivo-conductuales, aun pudiéndose considerar positivos y especialmente relevantes en algunos casos, no han agotado ni mucho menos la necesidad de seguir investigando en la mejora de la intervención terapéutica sobre la hiperactividad.

### 5.3. Tratamientos combinados

La administración combinada de terapias cognitivo-conductuales y farmacológicas es ciertamente muy poco frecuente en la infancia, a excepción del trastorno hiperactivo. Desde finales de los setenta,

esta opción ha ido ganando adeptos (Safer y Allen, 1976), realizándose numerosos trabajos a partir de dos cuestiones básicas: ¿puede un tipo de tratamiento o la combinación de ambos ser superior al otro? y ¿cuáles son las consecuencias de combinar dos tipos de tratamientos?, analizándose los efectos, posibilidades, ventajas y limitaciones de los tratamientos combinados para resolver los problemas habituales de los niños hiperactivos.

De forma resumida, podemos afirmar que los intentos por aproximar y aplicar conjuntamente las terapias cognitivo-conductuales y los psicofármacos en este ámbito se sustentan en las siguientes razones (Moreno, 1996a): *a*) la preocupación generalizada por la eficacia y las limitaciones de los tratamientos; *b*) la expansión y desarrollo experimentado por la perspectiva cognitivo-conductual hacia nuevos trastornos y áreas de aplicación; *c*) desde el punto de vista de las terapias farmacológicas, se subraya la necesidad de establecer sus efectos positivos en el ámbito infantil, sus limitaciones terapéuticas y los riesgos que conlleva su prescripción; *d*) la comorbilidad entre los trastornos infantiles, y *e*) la necesidad de optimizar la puesta en práctica de las terapias tradicionales, reducir los costes del tratamiento y aumentar sus resultados a largo plazo.

Así pues, desde hace años se viene probando la eficacia de tratamientos mixtos, integrados frecuentemente por medicación estimulante (preferentemente, metilfenidato) y técnicas de manejo de contingencias, entrenamiento a padres y profesores, junto con procedimientos cognitivos como el entrenamiento en autoinstrucciones y en solución de problemas (Barkley, 1990). En general, los objetivos de estos tratamientos combinados son, en primer lugar, optimizar la puesta en práctica de las terapias cognitivo-conductuales, de modo que la administración inicial de psicofármacos facilite su aplicación. En segundo lugar, disminuir los costes y los efectos secundarios del tratamiento con estimulantes, en función de la suposición de que las técnicas cognitivo-conductuales pueden permitir la reducción de las dosis y el tiempo de tratamiento. Por último, se pretende mejorar el mantenimiento y la generalización de los resultados.

Respecto a la eficacia terapéutica, hemos de indicar que la evaluación de los tratamientos combinados para tratar la hiperactividad se encuentra aún en un estadio primario y, en consecuencia, cualquier conclusión acerca de su eficacia resulta prematura y provisional (Burnett, Hobbs y Lahey, 1989). A este respecto, los datos obtenidos hasta el momento son bastante inconsistentes, tanto en lo que se refiere a la aparente superioridad de un tratamiento respecto a otro, como a la teórica potenciación de efectos terapéuticos atribuida a los tratamientos mixtos (Kendall, 1993). No obstante, la verdad es que habitualmente se acepta que la medicación y el tratamiento cognitivo-conductual conjuntamente logran una más amplia reducción del espectro total de las alteraciones y síntomas de la hiperactividad (Barkley, 1990; Burnett et al., 1989; Taylor, 1986; Wicks-Nelson e Israel, 1997). Por ejemplo, se ha observado que los efectos de la medicación en el rendimiento académico aumentan si los fármacos se combinan con los entrenamientos cognitivo-conductuales (Abikoff y Klein, 1992). En ocasiones, las intervenciones conductuales también han incrementado su eficacia cuando los niños han tomado medicación antes de poner en práctica el tratamiento (Pelham, Schnedler, Bologna y Contreras, 1980). Y, finalmente, se ha podido observar que la combinación de dosis bajas de estimulantes y tratamiento cognitivo-conductual obtiene resultados equivalentes a los beneficios obtenidos por dosis elevadas de metilfenidato en el comportamiento perturbador observado en clase (Carlson, Pelham, Milich y Dixon, 1992).

Sin duda, el no disponer aún de conclusiones definitivas sobre los tratamientos combinados se encuentra influido tanto por los problemas conceptuales inherentes a la hiperactividad como por las limitaciones metodológicas que de ellos se derivan. Es decir, factores como las confusiones en el diagnóstico, la heterogeneidad del enfoque cognitivo-conductual, las importantes diferencias intersujetos en respuesta al tratamiento, la ausencia de medidas de generalización y seguimiento, etc., marcan actualmente los trabajos en esta área (Abikoff y Klein, 1992; Wicks-Nelson e Israel, 1997).

#### **5.4. Programa de intervención cognitivo-conductual para tratar la hiperactividad en el colegio**

##### *5.4.1. Bases y fundamentos del programa*

A continuación vamos a exponer lo que podría ser un programa prototípico de intervención cognitivo-conductual en casos de hiperactividad. Concretamente, la intervención multimodal que se propone responde a los intentos por llevar a cabo una acción integrada que permita tratar con éxito la hiperactividad infantil en el contexto escolar, si bien muchos de sus aspectos serían trasladables al medio familiar. Debe entenderse que si ya de por sí cualquier trastorno requiere programas de intervención individualizados, en el caso de la hiperactividad esta condición se hace mucho más necesaria. El proceso de intervención puede variar sustancialmente en función de si nos enfrentamos con una hiperactividad de tipo atencional o no, de si se presenta con conductas problema (negativismo, agresividad, impulsividad, etc.), de la gravedad de los problemas académicos, de la edad del niño, de la estructura familiar, etc. Por tanto, únicamente ofrecemos el marco genérico de intervención, dando por supuesto que el clínico deberá hacer los ajustes posteriores en función del proceso previo de evaluación.

Los objetivos de nuestro plan de intervención se dirigen al propio niño hiperactivo, a los profesores y a los padres. Ello implica desarrollar un programa que resulta de la combinación de procedimientos cognitivo-conductuales aplicados al niño, programas de entrenamiento para los adultos responsables de éste y estrategias de programación y planificación del aprendizaje escolar, asumiéndose los siguientes planteamientos:

1. El tratamiento cognitivo-conductual para tratar la hiperactividad se pone en práctica en el medio natural, circunstancia que implica el trabajo y entrenamiento directo de las personas responsables del niño, padres y educadores, que actúan como agentes de cambio terapéutico y contribuyen, asimismo, a generalizar y consolidar los beneficios conductuales. Los adultos tienen acceso directo e inmediato a las

conductas problemáticas, intervienen en el momento preciso y controlan efectos muy potentes sobre el comportamiento infantil, como atención y afecto. Por estas razones, el programa que se describe en las páginas siguientes contempla el entrenamiento del profesor en principios del aprendizaje y en procedimientos conductuales, con el fin de incrementar conductas adaptadas y eliminar comportamientos perturbadores. Por otro lado, se insiste en la intervención de los padres con un doble objetivo: *a*) participar como fuente de refuerzo tras la recepción de un informe positivo acerca del comportamiento infantil, y *b*) asegurar que los cambios apreciados en la escuela se consolidan y generalizan en casa, con la familia.

2. De acuerdo con DuPaul (1991), Moreno (1995) y Bornas y Servera (1996), toda intervención en el medio escolar dirigida hacia las conductas hiperactivas y dificultades asociadas debe asumir dos polos de actuación: por un lado, la identificación y control de los efectos ambientales que fomentan y mantienen las conductas perturbadoras en clase y, por el otro, la intervención sobre las dificultades de aprendizaje. Esta tarea supone configurar el contenido y estructura de las actividades académicas que, como se sabe, han de resultar adecuadas al ritmo y posibilidades del niño, así como planificar las estrategias de aprendizaje que deberán llevarse a cabo para mejorar el afrontamiento de las actividades escolares.
3. Las técnicas de manejo de contingencias empleadas en este ámbito pretenden controlar los factores ambientales implicados en las alteraciones básicas del trastorno, como falta de atención, sobreactividad o desinhibición conductual, y favorecer, a su vez, el entrenamiento en procedimientos cognitivo-conductuales que fomentarán la aparición de comportamientos y estrategias alternativas.
4. Por último, se asume que los niños hiperactivos presentan una problemática asociada muy relacionada con problemas de rendimiento académico y de interacción social. Así pues,

todo programa de intervención también contempla la enseñanza de estrategias y habilidades cognitivo-sociales que ayuden a los niños a superar o paliar estas deficiencias.

#### 5.4.2. *Objetivos*

Nuestro programa de intervención pretende favorecer explícitamente la realización de actividades que contribuyan a eliminar o reducir los déficits de atención y las dificultades de aprendizaje de los niños hiperactivos, a modificar comportamientos característicos (como la movilidad excesiva y la impulsividad), y a capacitarlos para ejercer control sobre su propia conducta y disponer de habilidades y estrategias que les permitan analizar los problemas, indagar sobre posibles soluciones, optar por aquellas que resultan ser más adecuadas y aplicarlas, finalmente, en su vida cotidiana.

#### 5.4.3. *Estructura y contenido del programa de tratamiento*

Como comentamos al inicio, la intervención cognitivo-conductual en hiperactividad infantil depende de los problemas que presente cada caso en particular y de las situaciones ambientales en que se desarrolla. No obstante, en la tabla 14.2 pueden observarse una serie de actuaciones secuenciadas que, además de constituir nuestro plan, puede suponerse que se hallan presentes en la mayoría de intervenciones desarrolladas en el medio escolar.

A continuación expondremos los objetivos, actividades y técnicas a utilizar en cada una de estas actuaciones.

### 1. Entrenamiento del profesor

*Objetivos:* Informar sobre pautas de actuación correctas con los niños, explicar los principios de aprendizaje en los que se basan los comportamientos alterados y precisar el efecto que sus propias conductas pueden generar en los alumnos. Entrenar al profesor en técnicas de registro y en procedimientos para fomentar conductas adaptadas y extinguir comportamientos anómalos.

TABLA 14.2

*Conjunto de actuaciones secuenciadas implicadas en el tratamiento de la hiperactividad en el medio escolar*

1. Entrenamiento del profesor.
2. Fomentar la implicación y motivación del niño hacia el programa.
3. Control ambiental y planificación de tareas.
4. Aplicación de los procedimientos de manejo de contingencias.
5. Entrenamiento cognitivo.
6. Mantenimiento y generalización. Entrenamiento a padres.

*Actividades a desarrollar:*

- a) Dar información sobre el trastorno y sobre las pautas, principios y técnicas de aprendizaje. Análisis y modificación del estilo de enseñanza si es preciso.
- b) Informar y debatir acerca del contenido de la intervención específica: técnicas que se utilizarán, objetivos conductuales que se pretenden alcanzar, efectos esperados, etc. Hacer hincapié en los recursos a su alcance.
- c) Discusión y debate sobre los posibles problemas, inconvenientes y obstáculos asociados a la puesta en práctica del tratamiento. Planteamiento de estrategias de solución de problemas.

*Técnicas a utilizar:* Información verbal, ensayo conductual, modelado, asignación de tareas y otras técnicas más centradas en el estilo de enseñanza (cómo estructurar el material, qué información dar, etc.).

## **2. Promover la implicación y motivación del niño hacia el programa**

*Objetivos:* Informar al niño del contenido de la intervención y de los objetivos finales, precisando, no obstante, los logros que se pretenden obtener a corto plazo. Se trata de incrementar la motivación e implicación del niño, explicándole, entre otras cues-

tiones, que las dificultades de aprendizaje no se deben a su incompetencia personal, sino al desconocimiento de habilidades y estrategias adecuadas. Se subrayarán las ventajas derivadas del control de la conducta y de la inhibición de los comportamientos alterados y su repercusión en la mejora de las relaciones familiares y sociales. En suma, se pretende asegurar el interés del niño durante la aplicación del programa, factor imprescindible, por otro lado, para garantizar el éxito del entrenamiento cognitivo en autoinstrucciones y solución de problemas.

*Actividades a desarrollar:*

- a) Información verbal sobre los objetivos y contenido del programa.
- b) Descripción de los comportamientos que serán reforzados, haciendo hincapié en las consecuencias derivadas, así como de los comportamientos objeto de extinción y castigo, precisando los efectos asociados a éstos.
- c) Visualización de ejemplos similares de los comportamientos que se pretenden instaurar.
- d) Debate sobre los beneficios y ventajas a largo plazo del programa: mejora de las relaciones con la familia, mayor integración en el grupo de amigos, resultados satisfactorios en relación a las demandas escolares, etc.

*Técnicas a utilizar:* Información verbal, modelado, contratos de contingencias y, en general, técnicas de refuerzo.

## **3. Control ambiental y planificación de tareas**

*Objetivos:* Esta actuación está destinada a modificar los estímulos del medio relacionados con los problemas de comportamiento identificados, a programar las tareas académicas adecuadas y desarrollar la instrucción estratégica. En resumen, estimular al niño a adoptar estrategias generales para hacer frente a diversos problemas y en situaciones variadas, junto con estrategias específicas relacionadas con las tareas y actividades académicas más concretas y precisas que ha de solucionar en el ámbito escolar.

*Actividades a desarrollar:*

- a) Efectuar cambios en la disposición y ubicación del niño en clase con el objetivo de neutralizar posibles respuestas de distracción.
- b) Realizar tareas que implican control visomotor-cognitivo: observar figuras y detalles, construir y reproducir modelos, clasificar series de objetos diferentes, resolver laberintos, etc. Elegir actividades académicas que también impliquen estas habilidades.
- c) Combinar las actividades escolares con ejercicios encaminados a desarrollar inhibición muscular y aprender a relajarse: balanceo, equilibrio, relajación muscular, enseñarles a respirar lentamente y prestar atención a sonidos, regular la actividad ayudados por recursos materiales como balancines, mecedoras, etc.
- d) Enseñanza directa de estrategias de actuación ante tareas escolares.

*Técnicas a utilizar:* Control de estímulos, modelado, instigación verbal, ensayo conductual, refuerzo, asignación de tareas e instrucción estratégica.

#### 4. Aplicación de los procedimientos de manejo de contingencias seleccionados

*Objetivos:* La aplicación de los procedimientos conductuales pretende alterar las condiciones ambientales que influyen y mantienen las conductas problemáticas del niño en el colegio y disponer el ambiente para estimular, en su lugar, comportamientos adaptados. Así, la intervención consiste, de manera general, en reducir la conducta hiperactiva que interfiere con el aprendizaje y aumentar el rendimiento académico a través de recompensas otorgadas no sólo por la actuación académica, sino también por la utilización de las estrategias de actuación que se han ido enseñando en la fase anterior. Igualmente, si se hubiese producido la incorporación de técnicas de habilidades sociales o de otro estilo, quedarían sujetas también a un programa de refuerzo.

*Actividades a desarrollar:*

- a) Diseñar un sistema de economía de fichas aplicable en cada caso específico:
  - Normas relativas a ganancias, pérdidas e intercambio de fichas.
  - Delimitación y precisión de las conductas relacionadas con las ganancias y pérdidas de fichas.
  - Variaciones y cambios en los criterios de refuerzo y reglas de intercambio.
- b) Elaborar registros diarios de ganancias/pérdidas y colocarlos en lugares visibles para el niño.
- c) Diversificar los reforzadores de apoyo y programar la retirada progresiva de fichas en favor de reforzadores sociales.

*Técnicas a utilizar:* Economía de fichas, coste de respuesta, refuerzo diferencial.

#### 5. Entrenamiento cognitivo

*Objetivos:* Se pretende que el niño aprenda una estrategia general de solución de problemas y planificación de las actuaciones, basándose en el uso del lenguaje para regular el comportamiento y desarrollándose en función de las teorías de solución de problemas y de autocontrol.

*Actividades a desarrollar:*

- a) Aplicación de distintos tipos de autoinstrucciones en diferentes tareas académicas. También podrían incorporarse a tareas domésticas o actividades sociales si fuese conveniente.
- b) Entrenamiento en habilidades de solución de problemas: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, y puesta en práctica de la solución y verificación.
- c) Práctica de las estrategias cognitivas en imaginación.

- d) Empleo y práctica de las estrategias aprendidas para afrontar problemas de impulsividad y dificultades específicas de aprendizaje, junto con la incorporación de técnicas de autocontrol (autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo).

*Técnicas a utilizar:* Modelado, refuerzo, instigación y, por supuesto, los entrenamientos en autoinstrucciones, solución de problemas y/o autocontrol.

## 6. Mantenimiento y generalización. Entrenamiento de padres

*Objetivos:* Asegurar y consolidar los beneficios terapéuticos más allá del contexto en el que se ha desarrollado el tratamiento. Formar y entrenar a los padres en principios de aprendizaje para que éstos aprendan habilidades y pautas de conducta encaminadas a regular y alterar eficazmente los comportamientos anómalos de los niños.

*Actividades a desarrollar:*

- Análisis del estado y naturaleza de las interacciones padres-hijo.
- Entrenamiento para prestar atención a las conductas problemáticas y dar instrucciones, órdenes precisas y claras (fomento de conductas gobernadas por reglas).
- Entrenamiento para ignorar conductas alteradas y reforzar los comportamientos adaptados.

*Técnicas a utilizar:* Instrucción verbal, ensayo conductual, modelado, evitación, refuerzo y asignación de tareas.

### 5.5. Algunas cuestiones pendientes en el tratamiento de la hiperactividad infantil

Ha quedado de manifiesto que el tratamiento de la hiperactividad, lejos de constituir un ámbito definido y acotado por las alternativas tradicionales, refleja un panorama con numerosos interrogantes.

Sin ánimo de ser exhaustivos, nos gustaría dejar planteados algunos de los aspectos críticos que han de ser objeto de investigación en el futuro.

En el caso de los tratamientos cognitivo-conductuales, estas vías se centran desde hace una década en aspectos relevantes, como, por ejemplo: *a)* el análisis de la eficacia diferencial de los distintos componentes terapéuticos incluidos en los programas multicomponentes; *b)* el perfeccionamiento de los programas de entrenamiento para padres y educadores; *c)* las garantías de integridad del tratamiento cuando éste se aplica en el medio natural; *d)* las estrategias para generalizar y mantener los beneficios terapéuticos, y *e)* las iniciativas encaminadas a asegurar la implicación del niño en la elaboración y puesta en práctica del programa, en su duración, contenido, etc. (Abikoff, 1987).

Los tratamientos combinados, por su propia naturaleza y por la variedad de procedimientos que pueden integrar, también tienen pendientes numerosas preguntas por resolver. Algunas de estas cuestiones se relacionan con el desconocimiento existente acerca de los efectos secundarios de los fármacos y su alcance real, así como la complejidad de su interacción con las intervenciones conductuales (Moreno, 1996a; Taylor, 1986).

Por otro lado, un hecho realmente sorprendente es que revisando la extensa bibliografía sobre aspectos conceptuales, etiológicos y terapéuticos de la hiperactividad, destaca la escasez de trabajos sobre la prevención de este trastorno. A este respecto, parece evidente que cualquier intervención con fines profilácticos ha de ir precedida de la reflexión y el análisis de aquellas pautas educativas que promueven y estimulan en los niños comportamientos excesivos de vigor, empuje, vitalidad y energía, y enfatizan del mismo modo actuaciones que pretenden rapidez en las respuestas y brevedad en la realización de tareas de casa y de la escuela; muestras, en definitiva, de conductas hiperactivas e impulsivas respectivamente (Bornas y Servera, 1996; Moreno, 1995). Una propuesta en esta línea ha sido planteada por Bornas y Servera (1996; Bornas, Servera y Galván, 2000) en relación a la impulsividad. Estos autores sugieren llevar a cabo la prevención del trastorno fomentando el desarro-

llo del sistema de autorregulación individual a través de estrategias generales de actuación (planificación previa, generación de alternativas, anticipación de consecuencias, etc.), junto a estrategias específicas, ligadas directamente a tareas o situaciones concretas, que se aprenden mediante instrucción y modelado.

En otro orden de cosas, el camino hacia la prevención de la hiperactividad parece pasar también por estos aspectos: la identificación de los grupos de alto riesgo (a partir de indicadores como, por ejemplo, complicaciones en el embarazo y parto, signos neurológicos menores, dificultades familiares e interacción madre-hijo durante los primeros años), la planificación ambiental en la vida cotidiana del niño antes de su escolarización (respetar el ciclo vigilia-sueño, programación de hábitos comportamentales, evitación de experiencias estresantes, fomento de actividades reflexivas y de control del propio cuerpo, etc.) y su ajuste tras la escolarización, además de realizar programas específicos de aprendizaje que prevengan los problemas atencionales y de desinhibición conductual característicos. En definitiva, se trata de fomentar, desde la primera infancia, los procesos de autorregulación que garantizan la correcta adaptación al ámbito familiar, social y escolar del niño.

## 6. RESUMEN Y CONCLUSIONES

A lo largo de cada uno de los apartados de este capítulo hemos ido revisando el estado actual y las controversias generadas en torno a la hiperactividad. En general, y a pesar de tratarse de un trastorno sobre el que se ha venido trabajando desde principios de siglo, hoy en día probablemente sólo existan dos ideas ampliamente compartidas: que se trata de uno de los trastornos infantiles con más implicaciones en el funcionamiento social y académico del niño y que su conceptualización, diagnóstico, evaluación y tratamiento distan mucho de estar resueltos.

Los problemas de conceptualización se centran, a nuestro juicio, en la naturaleza multidimensional de la atención, la impulsividad y la sobreactividad motora. No existe un acuerdo total sobre cuáles son

los déficits atencionales propios de la hiperactividad, puesto que las puntuaciones de cuestionarios para adultos, pruebas estandarizadas y pruebas de laboratorio que diferencian entre distintos tipos de atención presentan correlaciones dispares. Desde el punto de vista del laboratorio, la atención sostenida parece ser el concepto clave, pero existen datos controvertidos sobre la naturaleza real de este déficit e incluso se habla ya de un problema más general de procesamiento de la información, si bien todavía muy poco definido. Algo similar pasa con la impulsividad, entremezclándose concepciones cognitivas que hablan de un estilo «impulsivo» ante tareas de solución de problemas y otras que hablan de desinhibición conductual o falta de autocontrol en situaciones de interacción social, y mientras el sentido común impulsa a creer en una relación entre ambas concepciones, las correlaciones y los datos experimentales siguen diferenciándolas. Por último, también es un tema interesante el cambio de ubicación de la sobreactividad motora, anteriormente considerada causa principal de los demás síntomas y hoy en día más bien un efecto.

Todo ello ha provocado que actualmente se busquen constructos más amplios que expliquen y relacionen mejor los déficits atencionales y los comportamientos impulsivos/desinhibidos. En este sentido, el modelo basado en las «conductas gobernadas por reglas» resulta muy atractivo, si bien todavía parece tener mucho camino que recorrer entre las teorías de la autorregulación. Hasta el momento, sin embargo, la relación que ha podido establecerse entre determinados fenómenos conductuales observados (como, por ejemplo, el diferente patrón que muestran el efecto de saciación, los reforzadores o el control de estímulos en los niños hiperactivos) y la investigación neurológica, analizando las zonas corticales implicadas en estos fenómenos, es una de las propuestas actuales más esperanzadoras.

A partir de los problemas conceptuales, todos los demás aspectos involucrados en un trastorno clínico se ven afectados. Así, en el campo del diagnóstico psiquiátrico, las distintas propuestas nosológicas nos han permitido asistir a un baile de criterios que han convertido a la hiperkinesia tradicional en un déficit atencional único, en un trastorno de dos cabe-

zas pero con un mismo tronco y, al menos para algunos clínicos, en dos cabezas pertenecientes a troncos distintos, siempre en función de la presencia predominante o bien de problemas atencionales, o bien de impulsividad/sobreactividad motora. En este sentido, la actual estructura del DSM-IV-TR parece que deberá sufrir cambios al menos en función de tres variables claves: el género (los criterios no pueden ser los mismos para las niñas), la edad (los síntomas tienen un fuerte componente evolutivo que en estos momentos no se contempla) y su relación con otra sintomatología (que supone agravamiento del diagnóstico y cambios de pronóstico cara al futuro del niño). Queda por dilucidar también si la situacionalidad del trastorno volverá a primer plano o, como parece ocurrir en la actualidad, se seguirá priorizando la presencia de los déficits en varios ambientes para poder realizar el diagnóstico.

En el campo de la evaluación, los esfuerzos deben ser muchos dadas las discrepancias observadas entre los distintos métodos empleados. De todos modos, en nuestra opinión, el camino a seguir no está tanto en determinar qué método de evaluación es superior a los otros (todos aportan de algún modo información relevante) como en establecer un sistema que permita combinar la información clínica derivada de cuestionarios y entrevistas para adultos, las pruebas de laboratorio y los registros de observación conductual. Probablemente deberán surgir baterías de evaluación integradas donde el análisis de las puntuaciones provenientes de distintos métodos y agentes de evaluación sea más flexible y funcional. En cualquier caso, a la espera de estos progresos, en estos momentos la bajas correlaciones entre las medidas provenientes de los distintos métodos de evaluación, e incluso entre distintos agentes (padres, madres, maestros y/o niños) con el mismo método, es uno de los problemas que más afectan a la hiperactividad.

Dadas estas circunstancias, es fácil prever dificultades importantes al abordar el tema del tratamiento que, como hemos señalado en su momento, nos refieren dudas e inconsistencias incluso para los tratamientos combinados, es decir, los que administran estimulantes con intervención cognitivo-conductual. Actualmente, como señalan Wicks-Nelson e Israel (1997, p. 236), «no existen pruebas de que

ningún tratamiento tenga eficacia a largo plazo o que cure el trastorno de hiperactividad con déficit atencional». De todos modos, ello no nos debe conducir a un pesimismo exagerado que con demasiada frecuencia contagiamos a padres, educadores o a los propios niños hiperactivos. La hiperactividad en su grado pleno es un trastorno grave pero en absoluto inasequible al tratamiento. Hoy en día, el clínico dispone de suficientes herramientas para el diseño de planes de intervención que correctamente aplicados provocan mejoras en la inmensa mayoría de los casos e incluso, en muchos de ellos, las recuperaciones en el ámbito social y educativo son muy destacadas. Eso sí, normalmente se trata de intervenciones complejas, intensas y costosas, no sólo por el tiempo y los componentes que requieren, sino por la necesidad de implicar muy decididamente al propio niño y a gran parte de las personas que le rodean.

Este último hecho nos hace reflexionar sobre la necesidad de activar una vía aún muy poco desarrollada como es la prevención de la hiperactividad, si bien también hay que ser conscientes de que no se trata de una labor fácil. Los factores implicados en la aparición de este trastorno van desde los puramente biológicos, pasando por determinadas conductas de los progenitores (tanto durante el parto, en el caso de la madres, como en los primeros años de vida), estilo educativo y estrategias de aprendizaje, condiciones de salud y psicológicas del niño, hasta llegar a otros factores de índole sociofamiliar. Por tanto, se requiere una aproximación pluridisciplinar en donde cada uno aporte sus conocimientos.

En el caso específico de la psicología, en nuestra opinión cabe esperar aportaciones relevantes al menos en dos campos: en la evaluación temprana de las características cognitivas y los factores ambientales predisponentes, y en los programas de formación para padres y educadores. A este respecto, ya podemos afirmar que todos aquellos comportamientos tendientes a desarrollar en el niño los procesos atencionales, de solución de problemas y, en general, de autocontrol y reflexión ante las distintas demandas ambientales, son decisivos en la prevención de la hiperactividad.



## REFERENCIAS

- Abikoff, H. (1987): An evaluation of cognitive behavior therapy for hyperactive children. En B. Lahey y A. Kazdin (dirs.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 8). Nueva York: Plenum.
- Abikoff, H. y Gittelman, R. (1985): Classroom observation code: A modification of the stony brook code. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 901-909.
- Abikoff, H. y Klein, R. G. (1992): Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 881-892.
- Achenbach, T. M. (1986): *Manual for the child behavior checklist-direct observation form*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1983): *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y McConaughy, S. F. (1989): *Semistructured clinical interview for children aged 6-11*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M.; McConaughy, S. H. y Howell, C. T. (1987): *Manual for the child behavior checklist-youth report*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*, 4.<sup>a</sup> ed. (DSM-IV): Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*, 4.<sup>a</sup> ed. Texto revisado (DSM-IV-TR): Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Anastopoulos, A. D. y Barkley, R. A. (1992): Biological factors in attention deficit-hyperactivity disorder. *Behavior Therapist*, 11, 47-53.
- Ávila de Encío, M. C. y Polaino-Lorente, A. (1991): Adaptación del «Classroom Observation Code» en la población escolar para la evaluación de la hiperactividad infantil. *Anuario de Psicología*, 48, 55-68.
- Ávila de Encío, M. C. y Polaino-Lorente, A. (1992): Versatilidad en la evaluación del niño hiperactivo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 331-339.
- Barkley, R. A. (1990): *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook of diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997): *ADHD and the nature of self-control*. Nueva York: Guilford.
- Barkley, R. A.; DuPaul, G. J. y McMurray, M. B. (1990): A comprehension evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.
- Barkley, R. A.; Grodzinsky, G. y DuPaul, G. J. (1992): Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 163-188.
- Barkley, R. A. y Ullman, D.G. (1975): A comparison of objective measures of activity and distractibility in hyperactive and nonhyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 213-244.
- Barkley, R. A. (1998): *Defiant children*. New York: Guilford (trad. cast. J. Baumeister)
- Benjumea, P. P. y Mojarro, P. M. D. (1993): Utilidad de la entrevista P. A. C. S. para el estudio epidemiológico de los trastornos hipercinéticos. *Anales de Psiquiatría*, 9, 344-354.
- Bohline, D. S. (1985): Intellectual and effective characteristics of attention deficit disordered children. *Journal of Learning Disabilities*, 18, 604-608.
- Bornas, x. (1996): *La autonomía personal en la infancia: Estrategias cognitivas y pautas para su desarrollo*. Madrid: Siglo XXI.
- Bornas, x. y Servera, M. (1996): *La impulsividad infantil: Un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Bornas, x.; Severa, M. y Galván, M. R. (2000): *PEMPA: programa para el desarrollo de la reflexividad y el autocontrol*. Cruces-Barakaldo: Albor-Cohs.
- Burnett, K.; Hobbs, S. y Lahey, B. (1989): Behavioral treatment. En T. H. Ollendick y M. Hersen (dirs.), *Handbook of child psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Cairns, F. D. y Cammock, J. (1978): Development of a more reliable version of the Matching Familiar Figures Test. *Developmental Psychology*, 5, 555-560.
- Capafons, J.; Sosa, C.; Alcantud, F. y Silva, F. (1986): La Información Diagnóstica General: Una pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica*, 2, 13-45.

- Carlson, C. L.; Lahey, B. B.; Frame, C. L.; Walker, J. y Hynd, G. W. (1987): Sociometric status of clinic-referred children with attention deficit disorders with and without hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 537-547.
- Carlson, C. L.; Pelhan, W. E.; Milich, R. y Dixon, M. J. (1992): Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom behavior, academic performance, and self-evaluations of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 213-232.
- Corkum, P. V. y Siegel, L. S. (1993): Is the continuous performance task a valuable research tool for use with attention-deficit-hyperactivity disorder?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1217-1239.
- Douglas, V. I. (1972): Stop, look, and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4, 259-282.
- Douglas, V. I. (1983): Attention and cognitive problems. En M. Rutter (dir.), *Developmental neuropsychiatry*. Nueva York: Guilford.
- Douglas, V. I. (1984): The psychological processes implicated in ADD. En L. Bloomingdale (dir.), *Attention deficit disorder: diagnostic, cognitive, and therapeutic understanding*. Nueva York: Spectrum.
- Douglas, V. I. (1990): Can skinnerian theory explain attention deficit disorder? A reply to Barkley. En L. M. Bloomingdale y J. Swanson (dirs.), *Attention deficit disorder: current concepts and emerging trends in attentional and behavioral disorders of childhood*. Oxford: Pergamon.
- DuPaul, G. J. (1990): *The ADHD rating scale: Normative data, reliability, and validity*. University of Massachusetts, Medical Center.
- DuPaul, G. J. (1991): Attention deficit-hyperactivity disorder. Classroom intervention strategies. *School Psychology International*, 12, 85-94.
- Edelbrock, C. S. y Achenback, T. A. (1984): The teacher version of the Child Behavior Profile: I. Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 207-217.
- Farré, A. y Narbona, J. (1989): Índice de hiperkinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediátrica Española*, 7, 103-109.
- Fireston, P. y Martin, J. E. (1979): An analysis of hyperactive syndrome: A comparison of hyperactive, behavior problem, asthmatic, and normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, 261-273.
- Gaub, M. y Carlson, C. L. (1997): Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 103-111.
- Gittelman, R.; Mannuzza, S.; Shenker, R. y Bonagura, N. (1985): Hyperactive boys almost grown up: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 42, 937-947.
- Glow, R. A. (1981): Cross-validity and normative data on the Conners Parent and Teacher Rating Scales. En K. D. Gadow y J. Loney (dirs.), *Psychological aspects of drug treatment for hyperactivity*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Goodman, R. y Stevenson, J. (1989): A twin study of hyperactivity: II. The aetiological role of genes, family relationships, and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 691-709.
- Gordon, M. (1983): *The Gordon Diagnostic System*. DeWitt, Nueva York: Gordon Systems.
- Goyette, C. H.; Conners, C. K. y Ulrich, R. F. (1978): Normative data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236.
- Grodzinsky, G. (1990): *Assessing frontal lobe functioning in 6 to 11 year old boys with attention deficit hyperactivity disorder*. Tesis doctoral no publicada, Boston College.
- Gutiérrez-Moyano, M. y Becoña, E. (1989): Tratamiento de la hiperactividad. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7, 3-17.
- Haenlein, M. y Caul, W. F. (1987): Attention deficit disorder with hyperactivity: A specific hypothesis of reward dysfunction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 356-362.
- Hayes, S. (1989): *Rule-governed behavior: cognition, contingencies, and instructional control*. Nueva York: Plenum.
- Kaufman, A. S. y Kaufman, N. L. (1983): *Kaufman Assessment Battery for Children*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Kaufman & Kaufman (1998): *Batería de Inteligencia General para niños K-ABC*. Madrid: TEA (orig. de 1978.)
- Kendall, P. C. (1993): Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 235-247.

- Lahey, B. B.; Applegate, B.; McBurnett, K.; Biederman, J.; Greenhill, L.; Hynd, G. W.; Barkley, R. A.; Newcorn, J.; Jensen, P.; Richters, J.; Garfinkel, B.; Kerdik, L.; Frick, P. J.; Ollendick, P.; Perez, D.; Hart, E. L.; Waldman, I. y Shaffer, D. (1994): DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1673-1685.
- Lambert, N. M.; Sandoval, J. y Sassone, D. (1978): Prevalence of hyperactivity in elementary school children as a function of social system definers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48, 446-463.
- Leung, P. W. y Connolly, K. J. (1994): Attentional difficulties in hyperactive and conduct-disorder children: A processing deficit. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1229-1245.
- Linn, R. T. y Hodge, G. K. (1982): Locus of control in childhood hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 592-593.
- Loney, J. y Milich, R. (1982): Hyperactivity, inattention, and aggression in clinical practice. En M. Wolraich y D. Routh (dirs.), *Advances in developmental and behavioral pediatrics* (Vol. 3): Greenwich, CT: JAI Press.
- López Soler, C. y García Sevilla, J. (1997): *Problemas de atención en el niño*. Madrid: Pirámide.
- Lou, H. C., Henriksen, M., Bruhn, P., Borner, H. y Nielsen, J. B. (1989): Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder. *Archives of Neurology*, 46, 48-52.
- Luk, S. (1985): Direct observations studies of hyperactive behaviors. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 30, 785-793.
- Manga, D.; Fournier, C. y Navarredonda, A. B. (1995): Trastorno por déficit de atención en la infancia. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (dirs.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2): Madrid: McGraw-Hill.
- McMahon, R. J. (1993): Entrenamiento de padres. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* 2.ª ed.: Madrid: Siglo XXI.
- Meichenbaum, D. (1985): Teaching thinking: A cognitive-behavioral perspective. En S. F. Chipman, J. W. Segal y R. Glaser (dirs.), *Thinking and learning skills* (Vol. 2): Hillsdale, Nueva Jersey: LEA.
- Milich, R. y Kramer, J. (1985): Reflections on impulsivity: An empirical investigation of impulsivity as a construct. En K. D. Gadow y I. Bialer (dirs.), *Advances in learning and behavioral disabilities* (Vol. 3): Greenwich, CT: JAI Press.
- Miranda, C. A. y Santamaría, M. M. (1986): *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje*. Valencia: Promolibro.
- Moreno, I. (1995): *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. (1996a): Aplicación combinada de técnicas conductual-cognitivas y psicofármacos como alternativa terapéutica en el ámbito infantil: El ejemplo de la hiperactividad. *Anales de Psiquiatría*, 12, 209-219.
- Moreno, I. (1996b): Intervención psicológica en hiperactividad infantil. En J. M. Alberca, C. G. Prieto, P. J. Gómez y M. Molina (comps.), *Psicología clínica y de la salud: Perspectivas actuales*. Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos.
- Organización Mundial de la Salud (1992): *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginebra: OMS (trad., Meditor, 1992):
- Palacios, J. (1992): Reflexividad-impulsividad. *Infancia y Aprendizaje*, 17, 26-69.
- Palfrey, J. S.; Levine, M. D.; Walker, D. K. y Sullivan, M. (1985): The emergence of attention deficit in early childhood: A prospective study. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 6, 339-348.
- Patterson, G. R. (1982): *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Pelechano, V. (1979): *Psicología educativa comunitaria en EGB*. Valencia: Alfaplús.
- Pelham, W. E. y Bender, M. (1982): Peer relationship in hyperactive children: Description and treatment. En K. D. Gadow e I. Bialer (dirs.), *Advances in learning and behavioral disabilities* (Vol. 1): Greenwich, CT: JAI Press.
- Pelham, W. E. y Murphy, H. A. (1986): Attention deficit and conduct disorders. En M. Hersen (dir.), *Pharmacological and behavioral treatment. An integrative approach*. Nueva York: Wiley.
- Pelham, W. E.; Schenedler, R. W.; Bologna, N. C. y Contreras, J. A. (1980): Behavioral and stimulant treatment of hyperactive children: A therapy study with methylphenidate probes in a within-subject design. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 221-236.
- Quay, H. C. (1988): Attention deficit disorder and the behavioral inhibition system: The relevance of the neuropsychological theory of Jeffrey A. Gray. En L. Bloomington y J. Sergeant (dirs.), *Attention deficit disorder: criteria, cognition, and intervention*. Nueva York: Pergamon.

- Rosenthal, R. H. y Allen, T. W. (1980): An examination of attention, arousal, and learning disfunctions of hyperkinetic children. *Psychological Bulletin*, 85, 689-725.
- Routh, D. K. (1978): Hyperactivity. En P. Magrab (dir.), *Psychological management of pediatric problems*. Baltimore: Univesity Park Press.
- Rutter, M. (1983): Introduction: Concepts of brain dysfunction syndromes. En M. Rutter (dir.), *Developmental neuropsychiatry* 4.<sup>a</sup> ed.: Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Safer, D. J. y Allen, R. P. (1976): *Niños hiperactivos. Diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Santillana.
- Safer, D. J. y Krager, J. M. (1989): Hyperactivity and inattentiveness: School assessment of stimulant treatment. *Clinical Pediatrics*, 28, 216-221.
- Sandberg, S. T. (1986): Sobreactividad. ¿conducta o síndrome? En E. A. Taylor (dir.), *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sandberg, S. T., Rutter, M. y Taylor, E. A. (1978): Hyperkinetic disorder in psychiatric clinic attenders. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 20, 279-299.
- Schachar, R.; Rutter, M. y Smith, A. (1981): The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: Implications for syndrome definition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 375-392.
- Scheider, M. y Robin, A. (1976): La técnica de la «tortuga». Un método para el autocontrol de la conducta impulsiva. En J. D. Krumboltz y C. E. Thoresen (dirs.), *Métodos de consejo psicológico*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Servera, M. (1992): *La modificación de la reflexividad-impulsividad en la escuela y el rendimiento académico a partir del enfoque de la instrucción en estrategias cognitivas*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de las Islas Baleares.
- Servera, M. y Llabrés, J. (2000): *EMIC (Escala Magallanes de Impulsividad Computarizada)*. Cruces-Barakaldo: Albor-Cohs.
- Servera, M. y Llabrés, J. (2001): *TEC-IMAT (Tarea de Rendimiento Continuo del Proyecto IMAT)*. Palma Mca: Dept. Psicología, UIB (aplicación no publicada).
- Shue, K. L. y Douglas, V. I. (1992): Attention deficit hyperactivity disorder and the frontal lobe syndrome. *Brain and Cognition*, 20, 104-124.
- Sonuga-Barke, E. J. S.; Houlberg, K. y Hall, M. (1994): When is «impulsiveness» not impulsive? The case of hyperactive children's cognitive style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1247-1253.
- Strauss, A. A. y Lehtinen, L. E. (1947): *Psychopathology and education of the brain injured child*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Szatmari, P.; Offord, D. R. y Boyle M. H. (1989a): Ontario child health study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 219-230.
- Szatmari, P.; Offord, D. R. y Boyle, M. H. (1989b): Correlates, associated impairments, and pattern of service utilization of children with attention deficit disorders: Findings from the Ontario child health study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 205-217.
- Taylor, E. A. (1986): *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Taylor, E. A. (1994): Syndromes of attention deficit and hyperactivity. En M. Rutter, E. Taylor y L. Hersov (dirs.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Nueva York: Blackwell Scientific.
- Taylor, E. A. y Sandberg, S. T. (1984): Hyperactive behavior in English school children: A questionnaire survey. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 143-156.
- Taylor, E. A.; Schachar, R.; Thorley, G. y Wieselberg, M. (1986): Conduct disorder and hyperactivity. I. Separation of hyperactivity and antisocial conduct in british child psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 149, 760-777.
- Weiss, G. y Hechtman, L. (1993): *Hyperactive children grown up*. 2.<sup>a</sup> ed.: Nueva York: Guilford Press.
- Werry, J. S. (1968): Developmental hyperactivity. *Pediatrics Clinics of North America*, 15, 581-599.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997): *Psicopatología del niño y del adolescente* 3.<sup>a</sup> ed.: Madrid: Prentice-Hall.
- Zentall, S. S. (1985): A context for hyperactivity. En K. D. Gadow e I. Bialer (dirs.), *Advances in learning and behavioral disabilities* (Vol. 4): Greenwich, CT: JAI Press.
- Zentall, S. S.; Falkenberg, S. D. y Smith, L. B. (1985): Effects of color stimulation and information on the copying performance of attention-problem adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 501-511.

## LECTURAS RECOMENDADAS

Barkley, R. A. (1997): *ADHD and the nature of self-control*. Nueva York: Guilford.

Bloomington, L. M. y Swanson, J. (1990): *Attention deficit disorder: current concepts and emerging trends in attentional and behavioral disorders of childhood*. Oxford: Pergamon.

DuPaul, G. J. y Stoner, G. (1994): *ADHD in the schools: assessment and intervention strategies*. Nueva York: Guilford.

Moreno, I. (1995): *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Taylor, E. A. (1991): *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca.

Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997): *Psicopatología del niño y del adolescente* 3.<sup>a</sup> ed.: Madrid: Prentice-Hall.

# PSICOLOGÍA

LOS PROBLEMAS psicológicos de la infancia y la adolescencia constituyen un campo de vital importancia en la actualidad para los estudiosos del comportamiento humano. Históricamente ha estado en desventaja sobre las investigaciones realizadas en la edad adulta y en estos momentos la psicología científica está realizando un gran esfuerzo por alcanzar, al menos, los mismos niveles de conocimiento.

Esta obra presenta una visión completa de la situación actual y de los avances en el área de la psicopatología infantil y del adolescente. Reúne los trabajos de varios investigadores de relevancia internacional en este campo y pretende colocar esta área de la psicología al mismo nivel que el de la psicología clínica del adulto. En ella se estudian los trastornos psicológicos generales que pueden presentarse en la población infantil y adolescente. Incluye problemas que se encuadran en áreas como: los trastornos de ansiedad, la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, el abuso sexual infantil, los movimientos y la vocalización anómalos, los trastornos de la capacidad intelectual y la hiperactividad. Cada capítulo contiene una descripción de las características clínicas del trastorno (psicopatología), las formas de intervención conductuales o cognitivo-conductuales del mismo y, en la mayoría de los casos, un programa paso a paso para el tratamiento del problema.

Vicente E. Caballo es profesor titular de Psicopatología de la Universidad de Granada, fundador y director de la revista *Psicología Conductual* y autor y director de diversos libros. Miguel Ángel Simón es catedrático de Psicología de la Salud de la Universidad de La Coruña; su trayectoria investigadora se centra en la aplicación de técnicas psicofisiológicas en la evaluación y tratamiento de diversos problemas de la salud, temática sobre la que ha publicado diversos libros y artículos en revistas especializadas.

PIRÁMIDE

[www.edicionespiramide.es](http://www.edicionespiramide.es)

