

Tratamiento de los trastornos de ansiedad en el niño y el adolescente: abordaje cognitivo - conductual

Josep Toro i Trallero

Barcelona

RESUMEN

El autor hace un repaso de las técnicas y los planteamientos integrados en el paradigma cognitivo-conductual aplicándolos al tratamiento de los trastornos de ansiedad. Se enfatiza la plurifactorialidad etiológica y por tanto la razonabilidad de los tratamientos en varias direcciones a fin de actuar en los diversos «engranajes» etiopatogénicos.

Palabras clave: Tratamiento cognitivo-conductual. Ansiedad y cognición. Trastornos de ansiedad. Tratamiento de los trastornos de ansiedad.

INTRODUCCIÓN

En principio todo procedimiento terapéutico nace de hipótesis etiológicas o etiopatogénicas más o menos concretas que suelen integrarse o constituir un modelo del enfermar humano. Las aplicaciones de esos procedimientos terapéuticos, y más concretamente sus resultados, suelen constituir demostraciones empíricas que verifi-

can o no las mencionadas hipótesis. Por ejemplo, la mejora de un trastorno depresivo mediante un fármaco que inhibe la recaptación sináptica de serotonina parece confirmar la hipótesis serotoninérgica del cuadro nosológico en cuestión.

Por supuesto, ese es el paradigma tradicional. En la práctica las cosas son más complejas. Sabemos, por ejemplo, que la normalización de la concentración de serotonina sináptica puede mejorar o curar un trastorno depresivo, pero eso no significa que la causa **primaria** de dicho trastorno sea la alteración del neurotransmisor. El fármaco puede abordar, y con éxito final, uno de los eslabones de la cadena que, desde la causa primera, conduce al trastorno propiamente dicho. En otras palabras, y aun a riesgo de simplificar excesivamente las cosas, una de las características más estimulantes de la psicopatología/terapéutica actuales es que suele poner de manifiesto la permanente interacción de hechos biológicos y experienciales de tal manera que su separación sólo es explicable en la mayoría de los casos con fines didácticos.

Mas, puesto que debemos hablar del abordaje conductual y cognitivo de los trastornos de ansiedad en infancia y adolescencia, es preciso partir de los principios de dicho enfoque. Recordemos, pues, que el principio básico de la orientación conductual — al igual que de la psico-

dinámica — es que los trastornos constituyen características adquiridas mediante experiencias concretas. Todo comportamiento normal o anormal sería consecuencia, pues, de un proceso de **aprendizaje** (o de ausencia del aprendizaje adecuado). Así pues, la ansiedad patológica, es decir, desadaptativa, sería la consecuencia de una experiencia de condicionamiento o de aprendizaje previa a su aparición como tal. Dado que el problema concierne a respuestas emocionales negativas o displacenteras, se supone que la aludida experiencia debiera ser esencialmente negativa o traumática.

La ansiedad patológica o desadaptativa puede experimentarse a través de dos modalidades clínicas básicas:

1. Ansiedad excesiva ante una situación/objeto en principio neutra (p. ej., una fobia de los ascensores).

2. Ansiedad excesiva ante una situación/objeto en principio ansiógena, no neutra, pero que no justifica la desproporción de la respuesta ansiosa (p. ej., ansiedad ante los exámenes).

Siguiendo el paradigma conductual estas variedades de la ansiedad patológica puede experimentarlas — es decir adquirirlas o aprenderlas — **cualquier sujeto**. Asimismo, dadas las circunstancias traumáticas o aversivas adecuadas, **cualquier situación** puede determinar el condicionamiento de una respuesta patológica de ansiedad.

La traducción al ámbito terapéutico de estos planteamientos es muy simple: si la emoción desadaptativa es la consecuencia de una determinada experiencia aversiva de aprendizaje/condicionamiento, su tratamiento consistirá en una **experiencia de «desaprendizaje» o descondicionamiento**.

Con diversas variantes son tres los paradigmas de adquisición de las diferentes ansiedades y midos:

1. Condicionamiento clásico o pavloviano
2. Condicionamiento de evitación
3. Aprendizaje social (imitación), sea visual, sea verbal.

No es éste el momento de entrar en la descripción de tales paradigmas. Recordemos tan sólo

que el condicionamiento clásico — básicamente visceral/emocional — implica el «traspase» de la potencialidad ansiogénica desde un estímulo aversivo incondicionado a otro que en principio era neutro. El condicionamiento de evitación se engloba en el modelo operante: la huida del estímulo ansiógeno impide la extinción de la respuesta de ansiedad y es reforzada por la supresión de la misma al eludir aquel contacto. La imitación de modelos sociales, aportación básica de Bandura (p. ej., 1986), justifica una gran parte de las transmisiones interpersonales y socioculturales de miedos y fobias.

OBJECIONES AL MODELO

Todo lo hasta aquí esquemáticamente expuesto constituye, pues, el marco de la postura conductual ante los trastornos de ansiedad. Sin embargo, el análisis de la realidad, o por lo menos de ciertos fenómenos observados en ella, no permite mantener sistemática o universalmente el modelo en cuestión. Veamos algunos hechos concretos.

a) Ansiedad por separación y ansiedad ante el extraño.

Nos referimos aquí a las manifestaciones ansiosas de los bebés. Aunque influible e influida por diversas circunstancias, la ansiedad ante el extraño se inicia hacia los cuatro meses de vida y, con un punto culminante situado hacia los trece meses de edad, se mantiene hasta los dos años aproximadamente. La ansiedad por separación de las personas vinculadas afectivamente, habitualmente la madre, se inicia hacia los ocho meses, se incrementa notablemente hacia los once y tiende a desaparecer hacia los veinticuatro. Estos temores se dan en todos los niños de todas las culturas, al igual que se dan en todos los mamíferos, y muy especialmente en todos los primates (Marks, 1987). Nos hallamos pues ante respuestas de ansiedad que aparecen sin experiencias traumáticas previas. Se trata de emociones incondicionadas, y por tanto innatas, fisiológicas. No hay aquí, pues, aprendizaje. Como tampoco lo hay en otros temores innatos de los

niños, por ejemplo, ante ruidos intensos o ante la pérdida de la base de sustentación.

b) Selectividad de los estímulos ansiógenos.

No todos los estímulos o situaciones son capaces de generar reacciones de ansiedad o generar fobias. Así, los miedos a las alturas y a las serpientes son mucho más comunes que los miedos al plástico, las cajas registradoras o la hierba (Marks, 1983), por muy traumáticas que hayan sido las experiencias vividas cerca de estos objetos o situaciones. Hay que contar con la «predominancia» de ciertos estímulos de acuerdo con las «predisposiciones» de los individuos o de la propia especie.

c) Factores precipitantes. Con suma frecuencia hacen su aparición trastornos de ansiedad que, aparentemente, no van precedidos de ningún hecho traumático que los justifique. Así, un trastorno obsesivo compulsivo puede instaurarse lentamente sin ninguna experiencia previa directamente relacionada con él. Algunas agorafobias, pese a la estrecha relación de la ansiedad con situaciones reales, aparecen sin circunstancias aversivas asociadas a tales situaciones.

Por otro lado, hay trastornos de ansiedad que, aunque sí se inician tras circunstancias manifiestamente traumáticas, dichas circunstancias poco o nada tienen que ver con las situaciones que generan la respuesta ansiosa ulterior. Por ejemplo, en un estudio de 37 niños con fobia escolar se observó que en el 32% de los casos el trastorno iba precedido por situaciones traumáticas pero no de carácter escolar: separaciones de los padres, hospitalizaciones, etc. (Ollendick y Mayer, 1984).

d) Edad de inicio de los trastornos. No todos los trastornos de ansiedad se producen en todas las edades, o por lo menos no aparecen con la misma frecuencia. El estudio de Ost (1987) sobre las edades de comienzo de distintas fobias frecuentes en la clínica, es muy sugeridor (Tabla I). Hallaron que las fobias a los animales, a la sangre y las dentarias son básicamente de inicio infantil. Por el contrario, la agorafobia, pese a contar con una casuística numerosa (N=100) no detecta ningún caso de inicio inferior a los 11 años de edad.

TABLA I

Fobias: Edad inicio

	Agora	Social	Claustro	Animal	Sangre	Dental
N	100	80	40	50	40	60
Años (X)	28	16	20	7	9	12
Rango	11-53	6-40	4-51	2-17	3-30	5-46

(Adaptado de Ost, 1987)

Todos estos hechos obligan forzosamente a replantearse los presupuestos conductuales básicos. Junto a las variables experienciales que sin duda están ahí, es preciso tener en cuenta otros factores que intervienen en muchos casos — ¿en todos? — y parecen ser incluso más importantes que aquéllas. Concretamente, es ineludible tener en cuenta las **disposiciones biológicas, constitucionales o genéticas**. Es éste un tema trascendente que conviene analizar desde otra perspectiva.

ESTUDIOS DE POBLACIONES CLINICAS

Bastantes de los datos antes suministrados corresponden a poblaciones normales. Es ilustrativo considerar las conclusiones de ciertos estudios realizados con poblaciones clínicas, estudios planteados desde la perspectiva que ahora nos ocupa: la detección de factores biológicos.

a) Concordancia gemelar. Los más importantes estudios de concordancia gemelar en lo que a trastornos de ansiedad se refiere resultan bastante contundentes. En la Tabla II se resumen los más citados. La influencia de factores genéticos queda claramente puesta de manifiesto. Cierzo es que, puesto que no se dan concordancias entre monocigotos del cien por cien, otros factores no genéticos deben ser también tomados en consideración.

TABLA II

Concordancia gemelar en trastornos de ansiedad

	MZ	DZ
Slater y Shields (1969)	41%	4%
Shepank (1976)	33%	17%
Torgensen (1979)	30%	9%

b) **Patología en hijos de pacientes con trastornos emocionales.** Empiezan a proliferar los estudios de psicopatología familiar en los que se busca la frecuencia de trastornos de ansiedad en hijos de pacientes afectados de tales trastornos. El trabajo más importante, auténtico hito en esta área, sigue siendo el de Weissman y cols. (1984). Los resultados más importantes de dicho estudio se han resumido en la Tabla III. Se comprueba que cuanto más importante es la patología de los padres, tanto más frecuente es la patología en los hijos. En el caso de padres depresivos con crisis de angustia («panic attacks»), sus hijos tienen prácticamente un cincuenta por ciento de posibilidades de padecer algún trastorno; la ansiedad por separación es el más frecuentemente asociada a esas patologías paternas. La interpretación que los autores hacen de estos resultados es, asimismo, de carácter geneticista. Sólo a través de la herencia biológica pueden explicarse las tendencias verificadas, hecho éste que no excluye, claro está, la incidencia de otros factores.

TABLA III

Trastornos de ansiedad y depresivos en hijos de pacientes con trastornos de ansiedad y depresivos (porcentajes)

	Control	D	D+AG	D+Agor	D+Pan
T. varios	8,1	21,1	15,6	27,8	42,1
A. sep.	—	—	6,3	11,1	36,8
D. Mayor	—	10,5	3,1	22,2	26,3
Pan.+Agor.	—	—	—	5,6	5,3
Fob. soc.	1,2	—	—	11,1	5,3
Fob. sim.	—	—	—	—	5,3

D = depresión; A.G. = angustia generalizada; AGOR = AGORAFOBIA; C.A. = crisis de angustia.

(Adaptado de Weissman y cols., 1984)

c) **Características temperamentales.** La llamada «inhibición conductual» constituye una dimensión temperamental — y por tanto congénita — puesta de manifiesto por Kagan y cols. (1987). Este grupo del Harvard Infant Study Laboratory estudió la inhibición conductual en niños enfrentados a personas y situaciones extrañas. Las principales manifestaciones de tal

dimensión temperamental fueron: latencias largas al interactuar con adultos desconocidos; alejamiento del objeto o persona no familiar; cese del juego y las vocalizaciones; aferrarse físicamente a la madre; y llorar. Además hallaron que ciertas variables fisiológicas correlacionaban con estas características conductuales: nivel de cortisol salivar; tensión del músculo laríngeo; dilatación pupilar; tasa cardíaca alta y estable; y niveles urinarios de catecolaminas. La covariación psico-fisiológica justificaba el carácter temperamental de los hallazgos.

Rosenbaum y cols. (1988) estudiaron la presencia de «inhibición familiar ante lo extraño» en hijos de pacientes con crisis de angustia y agorafobia comparándolas con hijos de otros pacientes psiquiátricos. Hallaron que los hijos de aquéllos, situados entre 2 y 7 años de edad, presentaban inhibición conductual de modo significativamente más elevado que los hijos del grupo de comparación. De hecho detectaron una progresión del trastorno concretada en estos porcentajes de inhibición conductual:

Hijos de controles sin patología: 15,4%

Hijos de depresivos: 50%

Hijos de depresivos con crisis y agorafobia: 70%

Hijos de pacientes con crisis y agorafobia: 84,6%

La relación entre inhibición conductual infantil y la presencia de patología ansiosa grave en los padres de los niños que la manifiestan es evidente y estrechísima. Dadas las edades en que se detecta, las características de esa dimensión temperamental, la gradación de la asociación en función de la gravedad de la patología emocional y el resto de factores que estamos detallando, se infiere la precisión de justificar las asociaciones en cuestión en términos genéticos.

d) **Estudios de comorbilidad.** No es éste el momento de profundizar en el tema, pero es ya suficientemente sabido y aceptado el importante papel que los factores genéticos desempeñan en los trastornos afectivos (p. ej., Vallejo y Díez, 1990). La superposición entre sintomatología ansiosa y depresiva permite asociar aquélla a la facilitación genética de éste. Pero, sinto-

matología al margen, cierto es que los trastornos afectivos tienden a manifestarse con cierta frecuencia al mismo tiempo que los trastornos de ansiedad. Son muchos los ejemplos que podrían aducirse en este sentido. Baste recoger lo obtenido en el importante estudio epidemiológico llevado a cabo con la población infantil y adolescente de Puerto Rico.

La comorbilidad entre bastantes casos de trastorno afectivo y de trastorno de ansiedad resultó manifiesta.

A la vista de todos estos hechos, y de lo que permiten inferir desde una perspectiva etiopatogénica, ¿cuál es el papel de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales?

La respuesta, desde nuestro punto de vista, es clara. Se trata de unos procedimientos de intervención terapéutica sumamente útiles en los trastornos de ansiedad. Es más: los trastornos de ansiedad constituyen probablemente el área psicopatológica en que más y mejor han demostrado su eficacia. Pero su eficacia terapéutica, en función de todo lo hasta aquí expuesto, no verifica las hipótesis etiológicas generales de los planteamientos conductuales primarios.

PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL

Situados en el contexto teórico-empírico que acabamos de dibujar, haremos una somera descripción de los procedimientos más utilizados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad de niños y adolescentes desde una perspectiva conductual y cognitiva. Para una mayor profundización en el tema el lector interesado puede consultar alguno de los manuales especialmente dedicados a estas cuestiones (p. ej., Bornstein y Kazdin, 1985; Meyers y Craighead, 1984; Morris y Kratochwill, 1984).

1 — Desensibilización sistemática

Se trata del más eficaz, difundido y estudiado de todos los procedimientos conductuales destinados a eliminar la respuesta de ansiedad patológica. Muchos otros procedimientos no son

sino modificaciones más o menos afortunadas del modelo original diseñado por Wolpe en la década de los cincuenta. De hecho, es el tratamiento de elección en todo tipo de miedos y fobias.

La desensibilización sistemática se basa en el principio de la **inhibición recíproca** que, en palabras del propio Wolpe (1962) reza así: «Si una respuesta inhibitoria de la ansiedad puede producirse en presencia de los estímulos que provocan la ansiedad, quedará debilitada la conexión entre tales estímulos y las respuestas de ansiedad» (pag. 562).

La desensibilización se desarrolla a través de tres etapas distintas. En la primera de ellas se practica el entrenamiento en relajación (estado/respuesta incompatible con la ansiedad). A continuación se procede a la elaboración de la jerarquización en función de la potencialidad ansiógena de los estímulos/situaciones que suscitan la ansiedad del paciente. Por fin tiene lugar la desensibilización propiamente dicha en la que se aparece el estado de relajación con las distintas situaciones ansiógenas que componen la jerarquía.

Habitualmente la desensibilización se inicia por situaciones o estímulos imaginados. Es decir, se pretende descondicionar los ítems menos ansiógenos de la jerarquía que, claro está, suelen ser representaciones mentales de situaciones o estímulos reales. La aplicación de esta técnica está eficazmente demostrada en todas las edades. Sin embargo, dado el nivel de desarrollo cognitivo, es dudoso que antes de los nueve años de edad un niño pueda formar imágenes visuales voluntarias suficientemente estables. En la práctica, ante cada niño concreto es preciso verificar si es capaz o no de tales representaciones.

Como ya se ha indicado, la desensibilización sistemática (D.S.) cuenta con distintas modalidades y variantes. Las más significativas probablemente sean las siguientes:

D.S. en grupo. Es posible practicarla con eficacia siempre que los pacientes sean homogéneos en edad y tipo de fobia.

D.S. «in vivo». El descondicionamiento se

produce ya en primera instancia en la situación ansiógena. No hay entrenamiento en relajación. Se supone que la compañía del terapeuta es capaz por sí sola de generar respuestas emocionales incompatibles con la ansiedad.

D.S. autónoma. El paciente aprende a afrontar las situaciones ansiógenas siguiendo las pautas que le suministra, no un terapeuta, sino, por ejemplo, un libro, una audiotape, etc.

D.S. por imaginación emocional. Se trata de un procedimiento especial para niños desarrollado por Lazarus y Abramovitz (1962). El niño imagina sus héroes favoritos en situaciones y contextos en los que el terapeuta va sugiriendo la introducción de ítems incluidos en la jerarquía de estímulos ansiógenos.

D.S. por contacto. Técnica elaborada por Ritter (1968). En ella el terapeuta actúa en la situación ansiógena como modelo conductual. Se denomina «por contacto» porque el terapeuta también «ayuda» físicamente al niño durante el afrontamiento por parte de éste de aquella situación. En la última fase, el terapeuta retira («atenua») progresivamente su ayuda.

D.S. por autocontrol. El paciente practica relajación en cualquier situación ansiógena, real o imaginada, prescindiendo de toda jerarquización de estímulos.

2 — Terapéuticas por inundación

El elemento central de estos procedimientos radica en la presentación imaginada de las situaciones que provocan la ansiedad patológica. A diferencia de la D.S. en la inundación las escenas imaginadas desde el principio deben revestir la máxima ansiedad y se procede a ello sin relajación previa. Se pretende la extinción de la respuesta ansiosa por simple afrontamiento del estímulo condicionado sin que aparezca asociado al incondicional.

Stampfl y Lewis (1967) desarrollaron la llamada «terapia implosiva» en la que la metodología conductual se mezcla con elementos psicodinámicos, sugiriendo la imaginación de escenas interpersonales de corte «psicoanalítico». Las técnicas de inundación pueden practicarse «in vivo». De hecho están poco investigadas y son escasamente aplicadas en la edad infantil.

3 — Administración de contingencias

En este epígrafe suelen incluirse distintos procedimientos destinados a modificar o suprimir las relaciones existentes entre el estímulo o situación ansiógena y los comportamientos de evitación consiguientes. Nos limitaremos a mencionar los más relevantes:

Reforzamiento positivo de las conductas de aproximación al estímulo ansiógeno. Se utiliza en trastornos como el mutismo selectivo o el retraimiento social por ansiedad.

Moldeamiento (aproximaciones sucesivas). También se utilizan reforzadores positivos pero aplicados según un programa de pasos sucesivos y graduales hacia la confrontación con el objeto fóbico. Suele implicar comportamientos complejos. El mutismo selectivo también es un ejemplo de trastorno susceptible de este género de intervención. La fobia escolar quizás es el paradigmático.

Atenuación de estímulos. Se procura que las conductas adaptadas se den en una situación en que el sujeto recibe algún género de «apoyo». Es este apoyo o ayuda el que se va desvaneciendo gradualmente.

Extinción operante. Se trata de suprimir los posibles reforzadores de las conductas de evitación (por ejemplo, la atención familiar contingente al rechazo escolar).

4 — Modelado

La imitación de modelos constituye el núcleo básico del aprendizaje social tal como ha sido desarrollado por Bandura (1969, 1986). Desde esta perspectiva, los comportamientos de miedo y evitación pueden extinguirse vicariamente mediante la observación de comportamientos de aproximación hacia los objetos temidos siempre que el protagonista (el modelo) no experimente consecuencias adversas. El procedimiento supone, pues, la presencia de un modelo y de un observador. Para que resulte eficaz el modelo, el niño, debe satisfacer ciertas condiciones:

- Debe atender los aspectos relevantes de la situación
- Debe retener lo observado/aprendido
- Debe ser capaz de reproducir lo observado
- Debe estar motivado para llevar a cabo la

conducta observada

El modelado puede realizarse «in vivo», con modelos reales o de modo simbólico. Así, en la preparación para la hospitalización de un niño, el modelado puede correr a cargo de otro niño «veterano» o llevarse a cabo mediante una narración oral o una película de video.

5 — Autocontrol

Las técnicas de autocontrol, aunque se acostumbra a situarlas en toda relación de procedimientos conductuales, de hecho son tratamientos cognitivos. Por ello las incorporamos de hecho al siguiente apartado de esta exposición.

INTERVENCIONES COGNITIVAS

Si el modelo conductual se definía por su «cajanegrismo», por ignorar cuanto pudiera ocurrir entre estímulo y respuesta, lo cierto es que procedimientos terapéuticos como la desensibilización sistemática ya supusieron en su día una importante corrección al aceptar la existencia de fenómenos fisiológicos — la ansiedad — durante ese intervalo. Con la incorporación de las variables cognitivas, hecho que sucede hacia el final de la década de los setenta, el vacío inicial entre estímulo y respuesta queda bastante «ocupado».

Los antecedentes básicos de la terapia cognitiva en niños y adolescentes, así como las experiencias pioneras, pueden sistematizarse en tres grandes apartados (Meyers y Craighead, 1984):

1 — Psicología cognitiva

El aprendizaje social mediante modelos de Bandura (1969), aunque ha sido presentado tradicionalmente dentro de los planteamientos conductuales, no cabe duda que cuenta con indudables implicaciones cognitivas. Imitar supone actuar de acuerdo con el recuerdo, la imagen mental, del comportamiento modélico.

Los estudios sobre el papel mediador del comportamiento ejercido por el lenguaje interno, desarrollados por la escuela soviética (p. ej., Luria, 1968) han constituido un precedente esencial de muchos procedimientos cognitivos. El estudio de Luria de los por él denominados

niños «cerebroasténicos» — nuestro actual trastorno por déficit de atención con hiperactividad — tiene una absoluta actualidad desde la perspectiva conductual cognitiva. Meichenbaum (1977) recogió esta experiencia y desarrolló el más conocido de los procedimientos cognitivos para tratar este tipo de niños.

Las técnicas para la resolución de problemas fueron introducidas por D'Zurilla y Goldfried (1971). Su aplicación a la clínica supone los siguientes pasos: a) aprender a reconocer un problema o situación problemática como tal; b) definir las características del problema y determinar los objetivos a conseguir; c) elaborar estrategias de comportamiento alternativas que puedan solucionar el problema; d) decidir la alternativa más conveniente evaluando las consecuencias y ventajas e inconvenientes de cada una; y e) comprobar los resultados de este proceso de toma de decisiones y determinar si la alternativa elegida realmente alcanza los objetivos previstos.

2 — Procedimientos de autocontrol

Deben incluirse en este apartado toda una serie de técnicas cognitivas — y por tanto conductual-cognitivas — mediante las que el propio sujeto intenta controlar y modificar su comportamiento y por tanto sus respuestas emocionales y conductas de evitación en el caso de la ansiedad. Tales técnicas incluyen autoinstrucciones, autoevaluaciones y autorreforzamiento. De hecho se basan en principios implicados en los fenómenos expuestos en el apartado anterior.

3 — Terapia cognitiva propiamente dicha

Sin duda alguna los dos grandes pioneros de este tipo de intervención son Ellis y Beck. La terapéutica racional-emotiva de Ellis (1962) pretende eliminar los pensamientos ilógicos e irracionales que, según su visión de las cosas, conducen a las personas a desarrollar conductas desadaptativas y a experimentar emociones negativas.

Muy parecidos son los planteamientos de Beck (1976). Este autor sostiene que los trastornos psicológicos ocurren porque las personas, en función de experiencias previas, cuentan con

cogniciones desadaptativas, es decir, ilógicas, irracionales e inapropiadas. Tales cogniciones reflejan sus creencias acerca de sí mismo y del mundo que les rodea.

No es esta ocasión de detallar los procedimientos concretos de este género de intervención cognitiva. Sin embargo, sí es preciso señalar que las experiencias más significativas se han llevado a cabo con adultos, que los adolescentes son muy tributarios de tales técnicas y que, a partir de la pubertad y adentrándonos en edades inferiores, los resultados van haciéndose dudosos y hasta nulos a consecuencia de las limitaciones del desarrollo cognitivo.

EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Todos estos procedimientos deben encuadrarse dentro de un modelo de funcionamiento individual que, por un lado, los justifique y, por otro, permita deducir experiencias modificadoras del mismo. Ese marco de encuadre debe tener muy presente la superación del «cajonegrismo» en función de los conocimientos actuales.

Como puede observarse, la conducta, ciertamente, depende de la situación o estímulo. Pero en la conformación del comportamiento en cuestión influyen también una serie de elementos mediadores que, además, se hallan asociados dinámicamente entre sí de manera suamente compleja. Una situación dada puede ser percibida de un modo u otro, esta percepción puede ser evaluada de muy distintas formas y la evaluación «elegida» puede dar lugar a muy distintas estrategias de afrontamiento de la situación problemática (en nuestro caso del estímulo ansiógeno y fóbico). Según esa estrategia así será el comportamiento resultante. Mas sucede que el estado emocional — es decir, el sustrato fisiológico — influye en el tipo de percepciones, evaluaciones y estrategias que se suscitan en un momento dado. Del mismo modo esta tríada de fenómenos cognitivos también influye a su vez sobre el estado de ánimo o respuesta emocional. Las cogniciones (percepción, evaluación o in-

terpretación, y estrategias de afrontamiento) se explican a través del desarrollo cognitivo y las experiencias previas del sujeto. El estado emocional se inscribe básicamente en lo genético y en la historia neurohormonal. Señalaremos, por fin, que el conocimiento por parte del sujeto de este tipo de fenómenos le debiera permitir la modificación de los elementos perturbadores. En otras palabras, el autocontrol supone comportarse de tal manera que se modifiquen aquellas situaciones susceptibles de mantener o agravar los pensamientos y/o emociones disfuncionales.

Es evidente que la proyección terapéutica de ese modelo implica que una terapéutica biológica, actuando sobre el estado emocional puede, también, modificar los factores perturbadores.

A MODO DE RESUMEN

Hemos dado hasta aquí una somera visión de la situación actual de los planteamientos conductuales de los trastornos de ansiedad y una esquemática relación de los procedimientos de intervención terapéutica más relevantes. Hemos acordado que todo ello debía integrarse en un modelo de funcionamiento psicológico que mantuviera la coherencia de los distintos procedimientos en relación con los distintos elementos disfuncionales que existen en la patología de la ansiedad. No podemos extendernos en las indicaciones precisas de cada procedimiento en relación con los distintos síndromes. Sin embargo, y a título tentativo, se ha elaborado un esquema que aparece en la Tabla IV.

TABLA IV

Intervenciones conductuales-cognitivas básicas en trastornos de ansiedad

Fobias simples: desensibilización	
Ansiedad por separación	desensibilización
Fobia escolar	moldeamiento
Agorafobia	atenuación estímulos
T. Obsesivo-compulsivo:	exposición
	prevención de respuesta

Ansiedad excesiva: ¿relajación? ¿terapia cognitiva?

Pero llegados a este punto parece conveniente añadir un breve comentario que evite caricaturizaciones y simplificaciones excesivas. Hemos señalado distintos procedimientos de intervención conductual y cognitiva, en su mayoría sumamente eficaces en este género de trastornos. Sin embargo, el terapeuta de orientación conductual — o sin esa orientación — tiene el deber de analizar muchos otros factores y, en consecuencia, organizar la intervención terapéutica correspondiente incluyendo en el programa otros elementos no detallados aquí.

En otras palabras, existen intervenciones complementarias que pueden ser imprescindibles para alcanzar el éxito terapéutico. A título simplemente enunciativo hacemos hincapié en las siguientes:

— **Relación terapeuta-paciente.** Contra lo que suele pensarse, en el abordaje conductual el papel del terapeuta todavía es más importante que el exigido en otros planteamientos. El terapeuta tiene un papel activísimo: no se olvide que nos referimos a terapias sumamente directivas. El terapeuta es modelo a imitar, discriminativo de comportamientos adaptados, generador de respuestas emocionales placenteras o relajantes, formulador de cogniciones alternativas, planeador de comportamientos creíbles, etc.

— En muchos casos el **tratamiento farmacológico** asociado resulta imprescindible. A estas alturas dudar de la eficacia de los psicofármacos en muchos trastornos de ansiedad — y en otros — no es inscribirse en escuela alguna; es pura y simple desinformación profesional.

— Es preciso abordar los trastornos asociados. La **comorbilidad** exige establecer terapéuticas dobles (o triples...). Por ejemplo, una ansiedad por separación tratada conductualmente no puede hacer olvidar la probable presencia de un trastorno depresivo que requerirá su terapéutica específica.

— Si es frecuente la **patología familiar** en los trastornos de ansiedad, los padres del niño o adolescente ansioso deben ser evaluados y en su caso tratados.

Sin embargo, no todo acaba con esas posibles intervenciones complementarias. El tratamien-

to cognitivo-conductual de un trastorno de ansiedad conlleva en la inmensa mayoría de los casos la obligatoriedad de otras intervenciones asimismo de carácter cognitivo y/o conductual. Aquí simplemente las enumeraremos:

Concernientes al paciente:

- Implantación o mejora de habilidades sociales
- Adiestramiento en técnicas de afrontamiento («coping»)
- Mejora de la autoimagen y la autoestima

Concernientes a la familia:

- Aconsejamiento familiar general
- Entrenamiento de padres y/o hermanos como coterapeutas
- Modificación de las relaciones interpersonales

Bibliografía

- BANDURA, A. (1969) *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Reinhart and Winston.
- BANDURA, A. (1986) *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- BECK, A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- BIRD, H.R., CANINO, G., RUBIO-STIPEC, M. y cols (1988) Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 45, 12, 1120-1126.
- BORNSTEIN, P.H. y KAZDIN, A.E. (1984) *Handbook of clinical behavior therapy with children*. Homewood, Ill: Dorsey Press.
- D'ZURILLA, T.J. y GOLDFRIED, M.R. (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- ELLIS, A. (1962) *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- KAGAN, J., REZNICK, J.S. y SNIDMAN, N. (1987) The physiology and psychology of behavioral inhibition in young children. *Child Development*, 58, 1459-1473.
- LAZARUS, A.A. y ABRAMOVITZ, A. (1962) The use of emotive imagery in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 108, 191-195.
- LURIA, A.R. (1968) The directive function of speech in early childhood. En E. Miller (ed): *Foundations of child psychiatry*. Oxford: Pergamon Press.
- MARKS, I.M. (1983) Fenómenos clínicos en busca de un modelo de laboratorio. En J.D. Maser y M.E.P. Seligman (eds): *Modelos experimentales en psicopatología*. Madrid: Alhambra (es la versión castellana de «Psychopathology: experimental models». San Francisco: Freeman (1977).
- MARKS, I.M. (1987) *Fears, phobias, and rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- MEICHIENBAUM, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*:

- An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- MEYERS, A.W. y CRAIGHEAD, W.E. (1984) *Cognitive behavior therapy with children*. Nueva York: Plenum Press.
- MORRIS, R.J. y KRATOCHWILL, T.R. (1984) *Treating children's fears and phobias. A behavioral approach*. Nueva York: Pergamon .
- OLLENDICK, T.H. y MAYER, J.A. (1984) School phobia. En S.M. Turner (ed) *Behavioral theories and treatment of anxiety*. Nueva York: Plenum.
- OSR, L.G. (1987) Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 3, 223-239.
- RTTTER, B. (1968) The group desinication of children's snake phobias using vicarious and contact desensitization procedures. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 1-6.
- ROSENBAUM, J.F., BIEDERMAN, J., GERTEN, M. y cols. (1988) Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*. 45, 463-470.
- SCHEPANK, H. (1976) Heredity and environmental factors in the development of psychogenic diseases. *Acta of General and Medical Gemellogy*. 25, 237-239.
- SLATER, E. y SHIELDS, J. (1969) Genetic aspects of anxiety. En M.H. Lader (ed) *Studies of anxiety*. Londres: Royal Medico-Psychological Association.
- STAMPFL, T.G. y LEWIS, D.J. (1967) Essention of implosive therapy: A learning-based-psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496-503.
- TORGENSEN, S. (1979) The nature and origin of common phobic fears. *British Journal of Psychiatry*. 134, 342-351.
- VALLEJO, J. y DIEZ, C. (1990) Etiopatogenia. En J. Vallejo y C. Gasto (eds) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat.
- WEISSMAN, M.M., LECKMANN, J.F., MERIKANGAS, K.R. y cols. (1984) Depression and anxiety disorders in parents and children. *Archives of General Psychiatry*. 41, 845-852.
- WOLPE, J. (1962) The experimental foundations of some new psychotherapeutic methods. En A.J. Bacharach (ed): *Experimental foundations of clinical psychology*. Nueva York: Basic Books.