

CAPÍTULO 6

Detección e intervención temprana en salud mental infantil y juvenil

José Pedro Espada Sánchez¹

Mireia Orgilés Amorós²

Francisco Javier Méndez Carrillo²

¹ *Universidad Miguel Hernández, de Elche*

² *Universidad de Murcia*

Índice del capítulo

1. Detección temprana en salud mental infanto-juvenil
2. Intervención psicológica en trastornos exteriorizados
 - 2.1. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*
 - 2.1.1. Protocolo terapéutico: manejo de contingencias
 - 2.2. *Trastornos negativista desafiante y disocial*
 - 2.2.1. Protocolo terapéutico: ayudando al niño desobediente
3. Intervención psicológica en trastornos interiorizados
 - 3.1. *Fobia específica*
 - 3.1.1. Protocolo terapéutico: terapia de juego
 - 3.2. *Trastornos de ansiedad generalizada y de ansiedad por separación*
 - 3.2.1. Protocolo terapéutico: el gato que se las arregla
 - 3.3. *Trastornos depresivo mayor y distímico*
 - 3.3.1. Protocolo terapéutico: programa emoción-acción-cognición
4. Referencias bibliográficas

1. DETECCIÓN TEMPRANA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Uno de cada cinco niños y adolescentes presenta un trastorno mental (Wicks-Nelson e Israel, 1997). En las últimas décadas se aprecia una tendencia a aumentar la prevalencia de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia (Achenbach y Howell, 1993). Por otro lado, se constata que el 80% de los niños y adolescentes que necesitan tratamiento psicológico no lo reciben (Tuma, 1989), sobre todo los casos más graves (Costello, Burns, Angold y Leaf, 1983).

Achenbach (1993) propone clasificar los comportamientos problemáticos infantiles de acuerdo a la dimensión *exteriorizados-interiorizados*, definidos como problemas de infracontrol (hiperactividad, desobediencia, agresividad) o de sobrecontrol (miedo, ansiedad, depresión). Los niños informan de más problemas interiorizados, mientras que los padres se quejan más de problemas exteriorizados de sus hijos (Kashani, Orvaschel, Rosenberg y Reid, 1989).

Los problemas exteriorizados son más comunes, destacando la elevada frecuencia del comportamiento desobediente y rebelde, que es el motivo de consulta más habitual en la infancia y adolescencia, a excepción de la problemática relacionada con el fracaso escolar. En líneas generales se puede afirmar que los problemas exteriorizados, especialmente la hiperactividad, «son» masculinos, y los problemas interiorizados, sobre todo las fobias específicas y la depresión adolescente, femeninos.

El objetivo de este capítulo es informar sobre los tratamientos psicológicos que han probado ser eficaces para problemas exteriorizados e interiorizados de niños y adolescentes, y describir un protocolo terapéutico para cada uno de los trastornos que resulte de utilidad para los profesionales que trabajan en los Servicios de Salud Mental Infantil y Juvenil.

La mayoría de los trastornos que se revisan en este capítulo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial, las fobias específicas y el trastorno de ansiedad por separación, se inician en la infancia. Únicamente el trastorno disocial tipo adolescente, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno

depresivo mayor son más prevalentes después de la pubertad. Es importante la detección y la intervención temprana con el fin de que comportamientos exteriorizados, como la desobediencia o la agresividad, e interiorizados, como la ansiedad o la tristeza, presentes en el desarrollo infantil, no evolucionen hacia trastornos que produzcan un deterioro clínicamente significativo en el área personal, familiar, escolar y/o social. Por esta razón, los protocolos terapéuticos que se presentan en este capítulo se pueden aplicar tempranamente en educación infantil (3-5 años) y edades posteriores.

2. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASTORNOS EXTERIORIZADOS

2.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Puesto que se dispone de numerosos estudios de comparación de grupos y diseños de caso único con este trastorno, es prolijo enumerar todas las investigaciones. Las intervenciones conductuales, basadas en el manejo de contingencias en el hogar y en el aula, son tratamientos psicológicos bien establecidos (Pelham, Wheeler y Chronis, 1998). Hay cierta evidencia a favor de la eficacia de los entrenamientos en resolución de problemas, incluyendo los interpersonales, cuando se combinan con programas de tratamiento conductual multicomponentes (Kazdin, 1996; Pelham y Hoza, 1996; Pfiffner y McBurnett, 1997). Aunque las técnicas cognitivas se añadieron con el fin de facilitar el mantenimiento de los cambios logrados con las técnicas operantes, ningún estudio aborda directamente esta cuestión. Con respecto a las intervenciones no conductuales, hay pocos motivos para considerar que tienen algún impacto sobre el comportamiento hiperactivo (Weisz, Donenberg, Han y Weiss, 1995).

Los programas de entrenamiento a padres se han comparado con fármacos, especialmente metilfenidato, nombre comercial Rubifén™ (Fierstone, Crowe, Goodman y McGrath, 1986), con otros tratamientos psicológicos, como autocontrol (Horn, Ialongo, Greenberg, Packard y Smith-Winberry, 1990) o entrenamiento en habilidades sociales (Pelham et al., 1988), y con la condición de control lista de espera (Anastopoulos, Sheldon, DuPaul y Guevremont, 1993).

La mayoría de los estudios que contribuyen a considerar las intervenciones conductuales en el aula como un tratamiento bien establecido son diseños de caso único basados en el manejo de contingencias (Abramowitz, Eckstrand, O'Leary y Dulcan, 1992; Carlson, Pelham, Milich y Dixon, 1992; DuPaul, Guevremont y Barkley, 1992; Hoza, Pelham, Sams y Carlson, 1992).

2.1.1. Protocolo terapéutico: manejo de contingencias¹

El entrenamiento a maestros y a padres incluye la enseñanza del análisis conductual y del manejo de contingencias en el aula y en el hogar. Las intervenciones se desarrollan entre 8 y 20 sesiones semanales. Se enseña de forma activa a grupos de padres o maestros, con el apoyo en lecturas, la aplicación de procedimientos operantes como tiempo fuera, economía de fichas, coste de respuesta, atención contingente, etc.

Tabla 1

Entrenamiento a maestros y a padres en manejo de contingencias

- 1.º Análisis topográfico
 - Identificación de conductas hiperactivas
 - Definición operativa de conductas hiperactivas
 - Observación y registro, en la escuela y en el hogar, de conductas hiperactivas
 - Obtención de las líneas de base de conductas hiperactivas
- 2.º Análisis funcional
 - Análisis de las consecuencias de las conductas hiperactivas
 - Análisis de los antecedentes ambientales de las conductas hiperactivas
 - Análisis de los antecedentes personales de las conductas hiperactivas
- 3.º Elaboración del programa de manejo de contingencias
 - Establecimiento de los objetivos terapéuticos
 - Programación de nuevas contingencias en la escuela
 - Programación de nuevas contingencias en el hogar
 - Planificación del control de estímulos en la escuela
 - Planificación del control de estímulos en el hogar
- 4.º Aplicación del programa de manejo de contingencias
 - Aplicación del programa en la escuela
 - Aplicación del programa en el hogar
- 5.º Valoración del programa de manejo de contingencias
 - Revisión del programa para la escuela
 - Revisión del programa para el hogar
 - Seguimiento

Los objetivos terapéuticos de los programas son, en primer lugar, desarrollar y fortalecer conductas que favorezcan el aprendizaje escolar y, en segundo lugar, disminuir y eliminar conductas hiperactivas. Se de-

¹ En castellano se puede consultar la monografía sobre hiperactividad de Moreno (2002).

be dar prioridad al aumento de la conducta deseable por motivos éticos y por razones de eficacia. Así, el incremento de las conductas de trabajo escolar, como atender las explicaciones del profesor o hacer los deberes, produce indirectamente la disminución de conductas problemáticas, como molestar a los compañeros. Sin embargo, si el programa se centra en la supresión de conductas hiperactivas, como levantarse sin permiso, se consigue que el escolar permanezca más tiempo sentado, pero puede estar distraído en vez de concentrado en estudiar.

El *reforzamiento positivo* se utiliza para promover conductas adecuadas. Dos técnicas potentes basadas en este principio son la *economía de fichas*, muy útil con clases alborotadoras, y los *contratos de contingencias*, especialmente indicados con adolescentes. Puesto que los padres pueden proporcionar una mayor gama de reforzadores y que algunos maestros plantean objeciones a la administración en el aula de contingencias artificialmente programadas, una alternativa son los sistemas de refuerzo coordinados entre la escuela y el hogar, donde el profesor observa y valora el aprendizaje y el comportamiento del niño en clase, y los padres otorgan contingentemente los reforzadores. Los registros, como el de la Figura 1, deben ser sencillos de cumplimentar por el personal docente.

El reforzamiento positivo también se puede emplear para disminuir conductas inadecuadas. Los procedimientos de reforzamiento diferencial que se aplican son:

INFORME DIARIO

Alumno: _____ Fecha: _____

Puntos: 0 = Mal 1 = Bien 2 = Muy bien

CLASE	ASIGNATURA	APRENDIZAJE	CONDUCTA	PROFESOR/A	FIRMA	COMENTARIOS
1ª						
2ª						
RECREO						
3ª						
SALIDA MAÑANA						
4ª						
5ª						
SALIDA TARDE						

Puntuación Total:

Figura 1. Registro de un sistema de reforzamiento coordinado profesores-padres para alumnos de Primaria

- *Reforzamiento de conductas incompatibles.* Se refuerza conductas opuestas. El reforzamiento de trabajar sentado reduce el estar levantando, el reforzamiento de trabajar en silencio disminuye el hablar o hacer ruidos con la boca.
- *Reforzamiento de tasas bajas de conducta.* Se utiliza con conductas que se desea disminuir pero no suprimir. Si el niño reclama constantemente la atención mostrando cada suma que efectúa, el maestro solo le presta atención después de haber realizado varias sumas para evitar las frecuentes interrupciones. Si levanta la mano continuamente para intervenir en clase, solo le da el turno después de habérselo concedido a otros escolares para impedir que acapare la discusión.
- *Reforzamiento de otras conductas.* Se denomina entrenamiento en omisión porque se refuerza la no emisión de una conducta problemática. Si el niño comete muchos tachones en sus ejercicios, el maestro le concede un punto positivo por cada ejercicio sin tachaduras. Si se pelea durante el recreo, le felicita al final de cada recreo que no se haya peleado.

Tabla 2
Procedimientos de manejo de contingencias

Adquisición de conductas deseadas		Eliminación de conductas no deseadas	
Entrar puntual al aula Atender las explicaciones Copiar un texto Estudiar una lección Iniciar una interacción social Obedecer a los padres Obedecer al profesor Realizar los deberes		Levantarse sin permiso Hablar en clase Acaparar la atención del maestro Presentar los trabajos con tachaduras Pelearse durante el recreo Pegar al hermano pequeño Tener una rabietta Tirar papeles al suelo	
Procedimientos positivos	Procedimientos positivos	Procedimientos negativos	
Reforzamiento positivo Economía de fichas Contratos de contingencias	Reforzamiento diferencial – de conductas incompatibles – de tasas bajas de conducta – de otras conductas	EXTINCIÓN Retirada de atención	CASTIGO Coste de respuesta Tiempo fuera Sobrecorrección Reprimendas Saciación

La *extinción*, o supresión de los reforzadores que mantienen una conducta problemática, se aplica con comportamientos problemáticos leves, como palabrotas, llanto o rabietas. Por ejemplo, si el niño refunfuña pero saca la basura el padre puede ignorar la protesta verbal de poca importancia. En el aula puede resultar complicado extinguir conductas, así, ante la payasada del alumno, el maestro se gira hacia la pizarra no dándose por enterado, sin embargo, los compañeros ríen la gracia.

Con comportamientos problemáticos graves, como el desafío a la autoridad, la agresividad o el juego peligroso, se aplican técnicas basadas en el principio del castigo (García y Méndez, 1993):

- *Coste de respuesta*. Es la pérdida de reforzadores contingente a una conducta hiperactiva, como perder tiempo de jugar en la calle o ver la televisión por tener una intensa rabieta. Una variante es la *prima de coste de respuesta*, así, al niño se le entregan diez fichas al entrar a clase por la mañana y cada vez que realiza una conducta problemática estipulada se le quita una ficha; por la tarde, al terminar las clases, gana las fichas que ha logrado conservar, que puede canjear por reforzadores de apoyo, o se establece un número mínimo de fichas que se fija a partir de la línea de base, por ejemplo, cinco, que da derecho a acceder a actividades reforzantes como jugar al fútbol. Una modalidad para el aula consiste en colocar en el pupitre seis tiras de papel en las que está escrito «vale cinco minutos de recreo» y quitar una cada vez que hable sin permiso.
- *Tiempo fuera*. Es la privación temporal de reforzadores contingentemente a una conducta problemática. La duración debe ser breve, un minuto por año. La madre a su hijo de cinco años, «Juanito, como le has pegado a tu hermana no puedes quedarte con nosotros viendo la televisión. Márchate a la galería cinco minutos». Una variante es la *técnica de la silla*, que consiste en que el niño permanezca sentado en un silla situada en una zona retirada los minutos de tiempo fuera.
- *Sobrecorrección*. La técnica se compone de restitución o reparación de los daños ocasionados y de práctica positiva de la conducta apropiada. Al escolar que en un arranque de genio vuelca el pupitre el maestro le exige que lo vuelva a poner en la posición correcta (restitución) y que además ordene los pupitres de la clase (práctica positiva). Otros ejemplos son si tira la comida al sue-

lo que friegue no solo lo que ha manchado, sino el suelo del comedor, si tiene el cuarto desordenado que arregle la habitación y el trastero.

- *Reprimendas.* Son riñas verbales por conductas problemáticas leves. Si se está en un lugar público como el aula, se deben hacer al oído con tono sereno y firme.
- *Saciación.* Es la administración de grandes cantidades de un reforzador en un intervalo temporal breve, así, si el niño juega con cerillas se le hace encender más de cien cerillas una tras otra.

Los procedimientos punitivos deben ir acompañados de reforzamiento positivo de las conductas deseables y de un aviso que brinde al niño la oportunidad de modificar la conducta hiperactiva y evitar el castigo. *Modalidades de aviso* son:

- *La advertencia.* Se le indica al niño que si continúa con su conducta hiperactiva recibirá contingencias negativas. «Pedro, espero que empieces a ordenar tu habitación en los próximos treinta segundos o no podrás montar en bicicleta durante todo el día». Una variante es la técnica de *la regla*. El profesor, señalando a la pizarra donde está escrita la norma, «Antonio, ya conoces la regla de clase, si continúas levantando empezarás a perder tiempo de recreo».
- *La cuenta.* Se le pide al niño que cambie de conducta antes de terminar de contar o, de lo contrario, se aplicarán las consecuencias sancionadoras. «María recoge tus juguetes antes de que cuente diez o los juguetes serán confiscados y no podrás jugar con ellos hasta mañana. Uno, dos, tres, cuatro...». Mientras se cuenta, pronunciando en voz alta un número por segundo, se deja de prestar atención al niño. Cuando está a punto de finalizar la cuenta el adulto se vuelve hacia el niño y le mira con decisión. Si en ese momento inicia la conducta solicitada se interrumpe la cuenta, aunque emplee un poco más de tiempo para concluir la acción demandada.
- *La nota.* Se le entrega al niño por escrito las conductas hiperactivas que debe corregir para evitar ser castigado (Figura 2).

NOTA DE AVISO

Alumno: _____ Fecha: _____

Por favor, corrige la siguiente conducta disruptiva

1. Hablar sin permiso _____	4. Hacer ruido _____
2. Molestar a los compañeros _____	5. Estar levantado fuera del pupitre _____
3. Tirar objetos al suelo _____	6. Venir a la mesa del profesor _____

Si recibes una segunda nota de aviso en esta clase, deberás presentarte en el despacho del director.

Firma del profesor: _____

Figura 2. Aviso de contingencias punitivas para modificar conductas hiperactivas en el aula

2.2. Trastornos negativista desafiante y disocial

Brestan y Eyberg (1998) revisaron 82 estudios de valoración del tratamiento, en un período de treinta años (1966-1995), que incluyeron 5.272 niños y adolescentes con problemas de conducta oposicionista y/o agresiva. El 72% era de género masculino, el 18% femenino y el 10% restante no especificaba el género. Hallaron dos tratamientos bien establecidos de acuerdo con los criterios de la Comisión de Expertos sobre Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995):

- 1) Entrenamiento a padres con el manual «Viviendo con niños». Una de las teorías más elaboradas del comportamiento negativista, desafiante, agresivo y antisocial es la de Gerald Patterson y colaboradores de la Universidad de Oregón (Patterson, 1982; Patterson, Reid, Jones y Conger, 1975). El manual *Living with children*, de Patterson y Gullion (1968), se basa en los principios operantes y enseña a los padres a registrar las conductas problemáticas, a registrar y recompensar conductas incompatibles, a extinguir o castigar los excesos conductuales de sus hijos. Es, por tanto, un programa de entrenamiento a padres, de orientación conductual y con una duración relativamente breve. El tratamiento se aplica a niños y adolescentes, de ambos géneros, diagnosticados de trastorno negativista desafiante y trastorno disocial, remitidos a terapia por padres, maestros y tribunales de menores.

Este tratamiento se ha comparado con grupos de control y con otras terapias, como psicodinámica o centrada en el cliente, mostrándose superior (Alexander y Parsons, 1973; Bernal, Klinnert y Schultz, 1980; Firestone, Kelly y Fike, 1980; Wiltz y Patterson, 1974). En conjunto, tiene un efecto robusto puesto de relieve por diferentes equipos de investigación.

2) Entrenamiento a padres mediante modelado filmado.

El entrenamiento mediante modelado filmado consta de una serie de videocintas con lecciones didácticas producidas por Carolyn Webster-Stratton. El programa recomienda que los padres vean las grabaciones en grupo y posteriormente se establezca una discusión dirigida por el terapeuta. Se utiliza principalmente con padres cuyos hijos tengan edades comprendidas entre 4 y 8 años, con conductas desobedientes y agresivas.

El entrenamiento a padres mediante modelado filmado se ha comparado con formatos alternativos del entrenamiento a padres y con grupos de control lista de espera (Spaccarelli, Cotler y Penman, 1992; Webster-Stratton, 1984, 1990, 1994; Webster-Stratton, Kolpacoff y Hollinsworth, 1988). Después de ver las videocintas los padres han evaluado a sus hijos presentando menos problemas, a sí mismos poseyendo mejores actitudes hacia sus hijos y más autoconfianza en su rol de padres. También han superado en habilidades como padres a los controles, de acuerdo con observaciones realizadas en el hogar, así como sus hijos, en quienes se ha observado una mayor reducción de conductas problemáticas.

2.2.1. Protocolo terapéutico: ayudando al niño desobediente²

El programa «Ayudando al niño desobediente» (*Helping the non-compliant child*) fue desarrollado por Constance Half a finales de los sesenta en la Escuela de Medicina de la Universidad de Oregón. Posteriormente, grupos de investigación independientes lo han actualizado y valorado (Forehand y McMahon, 1981; Webster-Stratton, 1984).

La aparición de comportamientos perturbadores depende de factores del niño, de los padres y de la relación padres-hijo. La predisposición individual, puesta de manifiesto por un *temperamento difícil*, interactúa con la historia de aprendizaje destacando las *experiencias tempranas*. Se

² En castellano se puede consultar la monografía sobre desobediencia de Larroy y De la Puente (2002) y sobre agresividad de Serrano (2003).

ha comprobado que las agresiones de niños de educación infantil se incrementan si se refuerzan con la rendición de la víctima y disminuyen si se castigan con represalias de la víctima. Los agresores escogen a sus víctimas entre los compañeros más pasivos, pero si alguno responde a la agresión dejan de atacarle y eligen otra víctima.

Otro grupo de variables relevantes hacen referencia al ambiente familiar adverso originado por *desajustes psicológicos de los padres*, como alcoholismo paterno o depresión materna, y por *insatisfacción marital*, desde desaveniencias conyugales hasta la ruptura conflictiva de la pareja. Sin embargo, más que la estructura familiar, como familias monoparentales u hogares rotos, es el funcionamiento familiar alterado el que influye negativamente (Espada y Méndez, 2002).

La desobediencia es un problema de relación entre el niño y las figuras de autoridad, donde los estímulos discriminativos, órdenes y normas, no elicitán la conducta deseada, cumplimiento infantil, que a su vez no va seguida de las contingencias apropiadas, castigo o extinción contingentes al incumplimiento. Estos patrones se plasman en *estilos educativos inadecuados*, como permisividad o disciplina «light» y autoritarismo o disciplina «heavy».

Patterson, Reid y Dishion (1992) resaltan el *déficit en manejo de antecedentes y consecuentes*. La falta de supervisión paterna correlaciona directamente con conducta antisocial, es decir, cuanto más tiempo pase el hijo sin que sus padres sepan dónde se halla, con quién está, qué hace o cuándo regresará a casa, mayor probabilidad de comportamientos problemáticos. Además los padres tienden a ignorar las conductas obedientes y prosociales en vez de reforzarlas, a castigar los comportamientos perturbadores leves en vez de extinguirlos, y a dejar sin sanción o a aplicar castigo físico a los incumplimientos y agresiones.

La aportación de Forehand y McMahon complementa la explicación de la conducta desobediente al añadir el *déficit en habilidades de mando* (Forehand, Miller, Dutra y Watts-Chance, 1997; McMahon, 1991). En muestras clínicas se observa que los padres dan más órdenes y mandan de forma airada, humillante o recriminatoria (Forehand, King, Peed y Yoder, 1975). Este modo de ejercer la autoridad se asocia con comportamientos perturbadores (Griest, Forehand, Wells y McMahon, 1980).

El comportamiento perturbador se explica en última instancia por una relación padres-hijo basada en *procesos de coacción*, que consisten en la escalada de intercambios de estimulación aversiva y en el recíproco reforzamiento y modelado negativos. Sin embargo, este tipo de relación encierra la *trampa del reforzamiento negativo*, porque el alivio de la aversión para los padres es contingente al reforzamiento del comportamiento perturbador del hijo, que cada vez es más frecuente, intenso y/o duradero, agravando el conflicto (Figura 4).

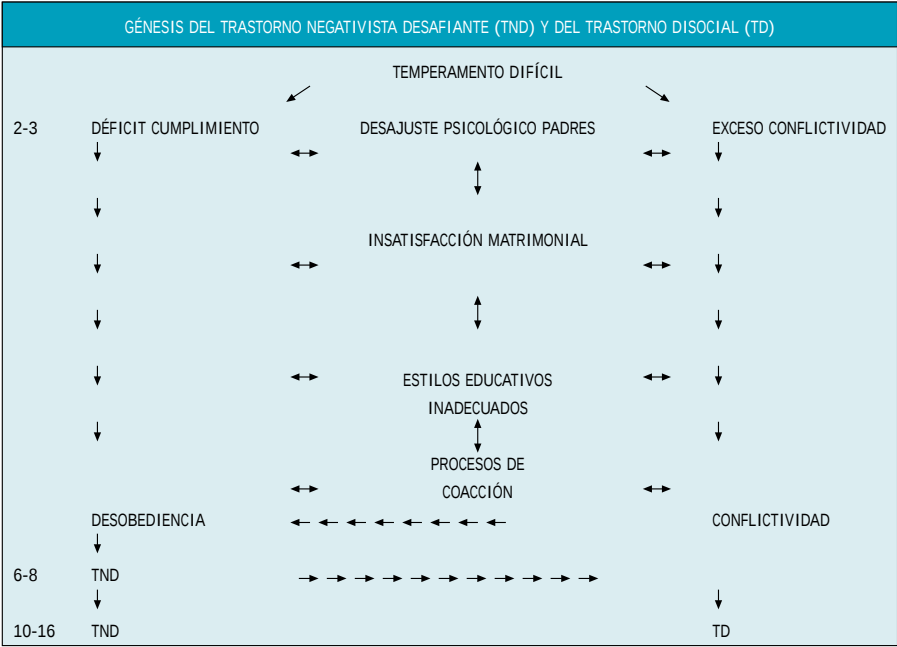


Figura 3

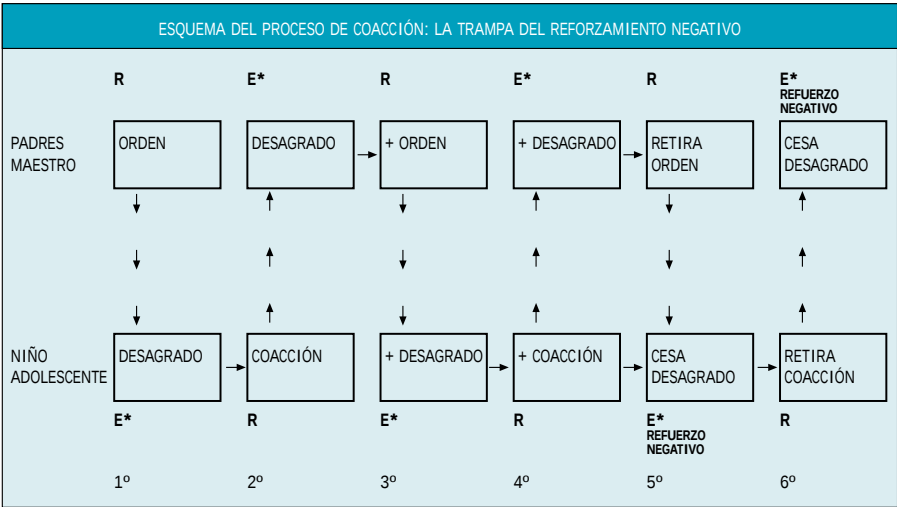


Figura 4

La madre ordena a su hija de dieciséis años que arregle la habitación (eslabón 1.º de la cadena: orden materna que funciona como estímulo negativo para la adolescente). La joven protesta enfadada y se niega a cumplir lo que su madre le manda (eslabón 2.º de la cadena: coacción de la adolescente que funciona como estímulo negativo para la madre). La madre, molesta, reitera la orden a gritos, la hija, airada, replica chillando que es una obsesiva de la limpieza y una maniática del orden (eslabones 3.º y 4.º de la cadena: escalada del conflicto). Los intercambios cada vez más aversivos se repiten hasta que la madre cede, «está bien, no la recojas si no tienes ganas» (eslabón 5.º de la cadena: reforzamiento negativo de la conducta desobediente), instante en que finaliza la bronca de la adolescente (eslabón 6.º de la cadena: reforzamiento negativo de la retirada de la orden materna).

El problema se complica con el fenómeno de *aceleración del castigo*. Los procedimientos de castigo pierden su eficacia para reducir y eliminar las conductas coactivas del hijo, incluso se constata un incremento paradójico, debido a la historia de reforzamiento intermitente de la coacción y al uso inconsistente del castigo, por ejemplo los padres aplican consecuencias opuestas como una leve reprimenda seguida de muestras de arrepentimiento paterno y manifestaciones efusivas de cariño.

«Ayudando al niño desobediente», de Forehand y McMahon (1981), es un programa de intervención para familias con niños de 3 a 8 años, originariamente de aplicación individual, aunque es posible su empleo en grupo. La duración depende del progreso de los padres, pero en la mayoría de los casos comprende diez sesiones de sesenta a noventa minutos.

En la sesión inicial el terapeuta expone el concepto de desobediencia y otras conductas conflictivas en el marco de la teoría de la coacción Patterson y explica la lógica, los contenidos (Tabla 3) y los procedimientos (instrucciones, modelado, representación de papeles, reforzamiento positivo, retroalimentación constructiva, tareas para casa).

Las *órdenes alfa*, apropiadas, son instrucciones específicas, concisas y directas, que describen con claridad respuestas motoras viables del niño, mientras que las *órdenes beta*, inapropiadas, son vagas, contradictorias, inconsistentes, etc., no dando oportunidad para o interrumpiendo la conducta obediente del niño. Los errores más comunes en la emisión de órdenes por las figuras de autoridad se ofrecen en la Tabla 4.

La madre o el padre da al hijo una orden alfa concediéndole tiempo para obedecer. En función de la respuesta del niño proporciona consecuencias:

- a) Si inicia el cumplimiento antes de cinco segundos le refuerza socialmente.

- b) Si transcurridos cinco segundos todavía no ha empezado a obedecer le da un aviso advirtiéndole las consecuencias negativas del incumplimiento, por ejemplo, «si no recoges los juguetes tendrás que sentarte en la silla del rincón».
- c) Si, tras el aviso, comienza a cumplir la orden antes de cinco segundos, le refuerza socialmente.
- d) Si, tras el aviso, pasan más de cinco segundos y continúa sin cumplir la orden, aplica tiempo fuera sentándole en la silla del rincón de la habitación durante tres minutos.
- e) Si permanece sentado en la silla tres minutos y está quieto sin moverse los últimos quince segundos, entonces se repite el proceso desde el principio dando de nuevo la orden alfa desobedecida.
- f) Si incumple el tiempo fuera se añaden procedimientos de apoyo como coste de respuesta.

Tabla 3

Ayudando al niño desobediente

Primera fase: Entrenamiento genérico en paternidad positiva

Atención selectiva: prestar atención al comportamiento obediente

- Descripción operativa de conductas obedientes
- Seguimiento de órdenes, no dirección coactiva
- Supresión de críticas, discursos moralistas, etc.

Reforzamiento social: festejar las conductas obedientes (sorprenda a su hijo portándose bien)

- Verbal sin etiquetar: elogios, alabanzas, etc.
- Verbal etiquetando: precisar el motivo de la felicitación, p. ej. «eres un niño obediente porque has hecho la cama»
- Físico: besos, abrazos, etc.

Extinción: ignorar las conductas desobedientes leves (hágase el sueco si su hijo se porta ligeramente mal)

- Sin contacto ocular
- Sin contacto verbal
- Sin contacto físico

Tareas para casa: actividades entre sesiones

- Juego libre con el hijo durante 10-15 minutos diarios para ejercitar las habilidades aprendidas en la clínica
- Práctica con al menos dos conductas-objetivo, p. ej. hacer los deberes escolares o sacar la basura, para fortalecerlas

Segunda fase: Entrenamiento específico en obediencia

Habilidades de mando: impartición de órdenes alfa (tabla 4)

Habilidades de disciplina: administración diferencial de consecuencias (figura 5)

Tabla 4
Órdenes beta

Orden o norma	Padre o madre	Niño o adolescente	Ejemplo
INATENDIDA	No se asegura que la orden es recibida	No atiende a la figura de autoridad	El padre desde el salón al hijo que se halla en su cuarto del piso de arriba del dúplex escuchando rock, «baja el volumen del equipo de música»
VAGA	No describe el comportamiento solicitado	No sabe el comportamiento que se espera de él	La madre molesta con el hijo «ya tienes edad para portarte como adulto»
IRREAL	Plantea objetivos poco realistas	Sabe que la figura de autoridad no se lo cree	El padre al hijo con siete suspensos «la próxima evaluación quiero que apruebes todas las asignaturas»
COMPLEJA	Manda secuencias prolijas de órdenes. Se excede en mandar (más de 100 órdenes por hora)	Se siente agobiado o pasa y va a su ritmo	La madre a la hija, «guarda los juguetes en el baúl, mete la ropa limpia en el armario, coloca la ropa sucia en el cesto, saca los zapatos a la galería, dúchate, lávate el pelo con champú, ponte el pijama, siéntate a la mesa ...»
REITERADA	Se quita la autoridad a sí mismo (las órdenes «se gastan»)	Solo obedece después de numerosas repeticiones	La madre a la hija, «te he dicho mil veces que te pongas a estudiar, ¿cuántas veces tengo que repetírtelo?»
DÉBIL	Se expresa en tono dubitativo o desiderativo en vez de imperativo	Considera que es un ruego de cumplimiento opcional	La madre a la hija «a mamá le gustaría que colaboraras en casa, ¿qué tal si me echas una mano y me ayudas a poner la mesa?»
AUTORITARIA	Utiliza procedimientos co-activos: malas caras, gritos, amenazas, instigación física, etc.	Se rebela, responde agresivamente	El padre empuja al hijo a la habitación amenazando a gritos, «¡No quiero verte salir de la habitación hasta que tengas el cuarto ordenado! ¿Te enteras? Y, ¡ay de ti como rechistes!»
INJUSTA	Plantea requerimientos que exceden la autoridad paterna	Hace oídos sordos	El padre a la hija, «quiero que estudies ingeniería»
CONTRADICTORIA	Interrumpe la conducta obediente con una orden contraria	Está confundido	El padre, «bebe deprisa que llegamos tarde al colegio» La niña con las prisas está a punto de derramar la leche El padre, «bebe despacio que te manchas»
INCONSISTENTE	Los padres están en desacuerdo entre ellos	Saca ventaja del progenitor más permisivo	La madre, aprovecha la ausencia del marido para levantar el castigo al hijo (entregándole 10 € bajo mano), «puedes salir, pero estate de vuelta antes de que tu padre regrese del trabajo»

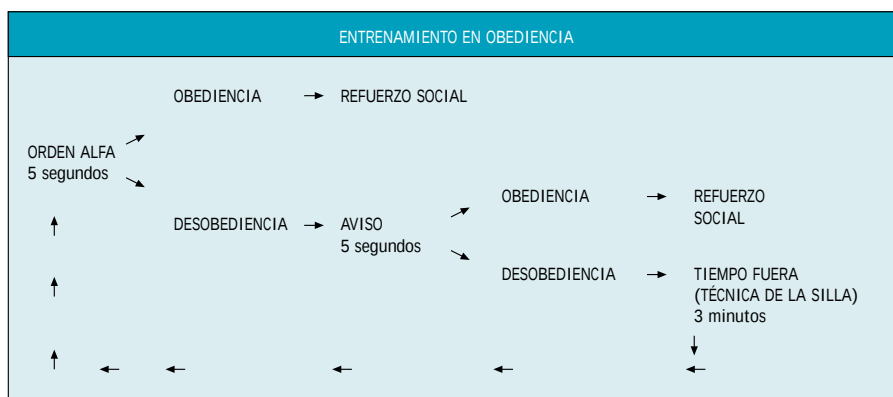


Figura 5

3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASTORNOS INTERIORIZADOS

3.1. Fobia específica

El trastorno de ansiedad más frecuente en la infancia es la fobia específica. Tres tratamientos de terapia de conducta están *bien establecidos* para las fobias infantiles: la desensibilización sistemática en vivo, la práctica reforzada y el modelado participante (Méndez, Rosa, Orgilés, Santacruz y Olivares, 2003). La eficacia de estos procedimientos es elevada (Orgilés et al., 2002). El tamaño del efecto es mayor que 0,80, valor que fija la categoría «magnitud alta» de la terapia (Cohen, 1988). Smith, Glass y Miller (1980) ilustran intuitivamente el tamaño del efecto con la siguiente analogía: un curso escolar enseñando a leer a alumnos de primero de primaria se traduce en un aprendizaje de magnitud media ($d_+ = 0,67$).

Los tratamientos bien establecidos y de elevada eficacia comparten tres elementos:

- 1.º La *interacción* con los estímulos fóbicos.
- 2.º La *graduación* de la interacción con los estímulos fóbicos.
- 3.º La realización *en vivo* de la interacción con los estímulos fóbicos.

Así pues, se conoce el principio activo del tratamiento psicológico para las fobias específicas en la infancia: *la interacción gradual con los estímulos fóbicos en vivo*. Para facilitar y fortalecer la interacción gradual en vivo los procedimientos con más apoyo empírico utilizan dife-

rentes elementos: inhibición de la ansiedad mediante respuestas antagónicas (desensibilización sistemática en vivo), reforzamiento positivo y retroalimentación de los avances (práctica reforzada), observación e imitación (modelado participante).

El carácter aversivo de la interacción en vivo con los estímulos fóbicos dificulta la aplicación del tratamiento. El niño puede no estar motivado, no colaborar con el terapeuta e incluso oponerse activamente. También puede presentar alteraciones emocionales como llanto o rabietas. Finalmente, los padres pueden decidir suspender la terapia ante las reacciones negativas de su hijo. Una alternativa indicada con niños menores de 9 años es la terapia de juego (Méndez, Olivares y Bermejo, 2001).

3.1.1. Protocolo terapéutico: terapia de juego³

Desde un punto de vista psicodinámico se considera que la libre expresión emocional a través del juego posee valor terapéutico. Como hemos señalado anteriormente, el principio terapéutico es la interacción, preferentemente gradual y en vivo, con los estímulos ansiógenos.

Una modalidad terapéutica son los *juegos de rol* donde el niño representa un determinado papel. En el tratamiento de los miedos infantiles del tipo sangre-inyecciones-daño se utiliza el *juego de los médicos*. Se le entrega un botiquín de primeros auxilios con material sanitario, jeringuillas, vendas, algodón, alcohol, mercurocromo, etc., para que haga de enfermero con un muñeco de trapo al que tiene que practicarle una cura o ponerle una inyección. Algunos hospitales organizan actividades lúdicas, como un recorrido turístico bajo la guía del personal sanitario, lectura de cuentos con ilustraciones, pintura de cuadernos o dibujos para colorear, etc., y ponen a disposición de los pacientes pediátricos una sala con juguetes con el fin de que se familiaricen con la vestimenta, el instrumental y los procedimientos médicos.

González, Benavides y Montoya (2000) describen los juegos empleados en la hospitalización infantil. Méndez (2002a) ilustra otros juegos de rol, como el *juego de los maestros* o el *juego de los peluqueros*, utilizados en dos casos clínicos, una niña de siete años con fobia escolar y otra de dos años con fobia a los ruidos fuertes producidos por el secador del pelo y otros aparatos domésticos.

³ En castellano se puede consultar las monografías sobre miedos y fobias infantiles de Méndez (2002, 2003).

El juego estructurado es preferible al juego libre. Existen varios procedimientos inicialmente desarrollados para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y posteriormente adaptados para niños con formato lúdico, o juegos creados directamente para tratar fobias infantiles. Un excelente ejemplo es la alternativa del *robot —muñeco de trapo (robot - ragdoll)*—, ideada por Kendall y Braswell (1986) para entrenar en relajación. El niño aprende a moverse como un robot o soldadito de plomo (rígido, tenso y sin doblar las extremidades) y luego como muñeco de trapo (flexible, relajado y flácido).

A continuación describimos tres procedimientos terapéuticos que han probado ser altamente eficaces. El profesional puede formar a los padres, individualmente o en pequeños grupos, para que los apliquen en el hogar, mejorando la eficiencia del tratamiento.

La práctica reforzada se ha aplicado a niños de 3 a 12 años con fobias animales, a los transportes públicos, a la oscuridad y al agua (Leitenberg y Callahan, 1973; Lewis, 1974; Menzies y Clarke, 1993; Obler y Terwilliger, 1970). Méndez (2003) convierte este procedimiento operante en la *olimpiada de los valientes*. El juego se plantea como un reto al valor infantil. El objetivo es batir sucesivos récords de valentía. El niño se sienta, solo y a oscuras en un cuarto, y el terapeuta cronometra el tiempo hasta que el niño siente miedo obteniendo la línea de base. Luego anota los segundos con un rotulador de vivos colores en un termómetro gigante dibujado en una cartulina colocada verticalmente en el pasillo justo enfrente de la puerta de la habitación.

En el primer ensayo se le anima a superar el tiempo de la línea de base (instrucciones). Mientras se encuentra en la situación temida se le instiga verbalmente para que resista. Si sobrepasa el criterio el terapeuta resalta en el termómetro el aumento logrado (retroalimentación) y le felicita efusivamente por batir el récord (reforzamiento). En caso contrario, el termómetro no refleja ninguna ganancia y el terapeuta solicita que lo intente de nuevo. Es conveniente transmitir tranquilidad y un único mensaje breve como «no pasa nada, venga otra vez», «no hay que desanimarse, verás cómo lo consigues ahora», «es normal tener un fallo, vuelve».

Con los que progresan despacio y/o colaboran escasamente el reforzamiento social puede acompañarse de reforzamiento material. Puesto que el tratamiento se basa en repetidos ensayos de práctica, es conveniente que los reforzadores sean elementos o porciones de un conjunto como piezas de rompecabezas, cromos de colección, naipes de baraja infantil, tazos, calcomanías, etc.

Durante los primeros ensayos el terapeuta proporciona retroalimentación verbal y expresiones de aliento, «solo te falta un poco, llevas diez segundos, doce, trece, resiste que estás a punto de conseguirlo, dieciséis segundos, ¡muy bien, fenomenal!, has batido el récord de valentía, sigue, machote, a ver hasta dónde llegas». La información y el apoyo mientras dura la interacción con los estímulos fóbicos son de gran ayuda. Sin embargo, se corre el riesgo de que el niño, al conocer que ha alcanzado el criterio y conseguido el reforzador, interrumpa la interacción con los estímulos fóbicos. Para prevenir este peligro se desvanece progresivamente la retroalimentación y el reforzamiento, de modo que el terapeuta anima desde fuera, «lo estás haciendo muy bien», pero sin informar del tiempo. La incertidumbre sobre si ha superado o no la prueba le impulsa a continuar la interacción para asegurarse el reforzador. En posteriores ensayos el terapeuta permanece en silencio sin proporcionar ánimo ni retroalimentación durante la prueba, limitándose a señalar los progresos en el termómetro y a alabarle al final de la prueba si bate el récord.

Las sesiones duran media hora y concluyen con la ceremonia de entrega de trofeos. Se dispone un cajón con el número 1 en medio de la habitación, se hace subir al niño a lo más alto del podio mientras suenan los acordes del himno olímpico. La madre y/o el padre entra portando sobre un pomposo cojín la medalla de oro al valor y el terapeuta se la impone con solemnidad.

El grupo de Mikulas, de la Universidad de West Florida, ha elaborado un conjunto de materiales, que envían por correo o entregan personalmente a los padres, para que traten en casa el miedo a la oscuridad de sus hijos (Mikulas y Coffman, 1989; Mikulas, Coffman, Dayton, Frayne y Maier, 1985). El programa se dirige a niños de 4 a 7 años e incluye el cuento *Uncle Lightfoot* («Tío Pies-Ligeros»)⁴ de doce capítulos, un folleto con la descripción de nueve juegos e instrucciones escritas sobre la aplicación del tratamiento. La terapia se basa en el condicionamiento clásico, inhibición de la ansiedad utilizando el juego como agente de contracondicionamiento, en el condicionamiento operante, reforzamiento social y material, y en el condicionamiento vicario, modelado simbólico de afrontamiento.

⁴ *Uncle Lightfoot* es un juego de palabras inglés que se puede traducir por Tío Pies-Ligeros o Tío Pies-Luminosos.

Tabla 5

El cuento Tío Pies-Ligeros

Capítulo 1: Visita a la granja

Miguel es un niño que tiene miedo a la oscuridad. Visita a su tío, el indio Pies-Ligeros, que vive en una granja.

Capítulo 2: Los animales de la granja

Miguel se divierte con los animales de la granja (el perro, las ovejas, los caballos, etc.). Pide a su tío que le ayude a superar el miedo. Tío Pies-Ligeros promete enseñarle varios juegos indios para disfrutar en la oscuridad. Esa noche juegan a que Miguel busque con los ojos vendados al perro.

Capítulo 3: De acampada

Miguel y tío Pies-Ligeros se marchan de acampada. Por la noche su tío le adiestra para reconocer sonidos animales. Le tranquiliza enseñándole a relajarse como una marioneta. Miguel aprende a estirarse, como si los hilos de una marioneta tiraran de él hacia arriba, y luego a relajarse, como si los hilos se aflojaran. Miguel logra portarse como un indio valiente.

Capítulo 4: El rescate

Al día siguiente tienen que ir a rescatar un corderito. Por la noche juegan a que Miguel entre en una habitación oscura para buscar un pequeño cencerro situado en un lugar indicado. Aunque la tarea es más difícil que la de la noche anterior, Miguel consigue encontrar el camino en la oscuridad para recuperar la campanita y se siente muy orgulloso de sí mismo.

Capítulo 5: Día de lluvia

Amanece nublado y lluvioso. Tío Pies-Ligeros le muestra cómo hacer sombras en la pared y cómo fabricar un juguete indio. Esa noche Miguel se acuesta en la cama a oscuras y juega a identificar los sonidos animales emitidos por su tío desde la habitación contigua.

Capítulo 6: Montando a caballo

Por el día montan a caballo. Cuando se va a acostar por la noche, su tío le propone comprobar cuánto tiempo aguanta tumbado en la cama a oscuras sin llamarlo. Pensando lo bien que se lo ha pasado cabalgando, relajándose como una marioneta y escuchando los sonidos de animales amigos, Miguel es capaz de permanecer a oscuras mucho rato. Se siente orgulloso por sus avances y por ser tan valiente como un indio. Está convencido de que muy pronto superará completamente su miedo a la oscuridad.

Capítulo 7: Reconocimiento de huellas

Durante los siguientes días Miguel aprende a reconocer huellas de animales. Una noche practica una versión más difícil de un juego anterior. Debe entrar en una habitación a oscuras para buscar un juguete indio, pero esta vez su tío no le comunica el sitio donde se halla escondido. Miguel está un poco nervioso, pero consigue encontrar el juguete.

Capítulo 8: El pastel indio

Al día siguiente siguen rastros de animales. Luego hacen un pastel indio. Por la noche juegan a que Miguel se siente en el suelo del dormitorio con los pies cruzados como los indios, se levante, apague la luz y se acueste sin tropezar. Tiene que concluir esta secuencia antes de que su tío, que grita desde otra habitación «¡ya voy!», entre en el dormitorio y vuelva a encender la luz.

Capítulo 9: La fiesta del Maíz Verde

Los dos visitan a los amigos de tío Pies-Ligeros en la gran fiesta india del Maíz Verde. Miguel se hace amigo de un niño indio que le regala un arco. Por la noche cae rendido y duerme en una habitación completamente a oscuras.

Capítulo 10: El perro juguetero

A la mañana siguiente, Miguel se siente orgulloso de haber dormido en una habitación con la luz apagada. Esa noche escucha al perro realizando sonidos extraños. Miguel avanza a oscuras por la casa encendiendo las luces a su paso. Descubre al perro con la cabeza encajada en un paquete de cereales.

Capítulo 11: El amigueto indio

Al día siguiente Miguel juega con su amigueto indio. Por la noche tiene una pesadilla, pero se relaja y piensa en cosas agradables.

Capítulo 12: Vuelta a casa

La visita llega a su final. Miguel recibe como regalo un traje y un collar indios. Tío Pies-Ligeros lo proclama guerrero por su gran valentía al vencer el miedo a la oscuridad. Miguel regresa a su casa contento y orgulloso para enseñar las nuevas habilidades a un amigo suyo que tiene miedo a la oscuridad.

Tabla 6

Juegos para la oscuridad

Juego 1: El pañuelo

El niño busca un juguete con los ojos vendados, situado en un lugar de su dormitorio que resulte fácil de encontrar. Los padres esconden el juguete en sitios cada vez más difíciles. Cada vez que el niño encuentra el juguete le felicitan, le sonrían, le besan, le abrazan, etc.

Juego 2: La marioneta

El niño aprende a relajarse como una marioneta, mediante tensión (hilos estirados) – distensión (hilos aflojados), de los músculos de los brazos, manos, piernas y cuello.

Juego 3: El juguete en el dormitorio

El niño entra a la habitación a oscuras para coger un juguete de un lugar indicado. Igual que en el juego 1 los padres esconden el juguete en sitios cada vez más difíciles y felicitan al niño por su valor.

Juego 4: Los animales amigos

El niño debe adivinar en su dormitorio a oscuras el animal cuyo sonido emite la madre o el padre desde una habitación contigua. Se recomienda emplear sonidos fácilmente identificables (balidos, mugidos, maullidos, ladridos, trinos, cacareos, etc.) y evitar sonidos atemorizadores (rugidos, bramidos, berridos, estufidos, etc.). Los padres alargan progresivamente el intervalo entre sonidos, de modo que el niño permanece a oscuras cada vez más tiempo.

Juego 5: Los animales en la pared

La madre o el padre enseña a hacer sombras con las manos de diversos animales, pato, perro, pájaro, camello, etc. También se puede dibujar las siluetas y recortarlas. Luego el niño y uno de los padres proyectan sombras en la pared del dormitorio infantil con el haz de luz de una linterna. Nuevamente se advierte que no utilicen sombras que asusten, por ejemplo, arañas, ratas, serpientes, leones, etc.

Juego 6: El juguete escondido en el dormitorio

Se trata de una versión más difícil del juego 3. Se procede de la misma forma, excepto que ahora no se aclara el lugar de la habitación donde se ha colocado el juguete.

Juego 7: Encender la luz de repente

Cuando la madre o el padre grita «¡Ya voy!» desde una habitación contigua, el niño se levanta del suelo del dormitorio, apaga la luz y se tumba en la cama antes de que su madre o padre entren en la habitación y enciendan la luz.

Juego 8: Buscar la caja de ruidos

El juego comienza con la casa totalmente a oscuras, el niño tumbado en su cama y la madre o el padre en otra habitación. El padre que participa en el juego agita un paquete de cereales para hacer ruido. Puede servir cualquier otro objeto como un sonajero. El niño busca a su madre o padre por la casa encendiendo las luces a su paso. Los padres aumentan progresivamente el tiempo de espera antes de hacer ruido de nuevo, de modo que al niño le cuesta cada vez más encontrarles.

Juego 9: La marioneta completa

Se amplía la relajación incluyendo brazos, piernas, cara, frente, cuello y hombros, estómago y dedos de los pies. Los padres deben a ayudar al niño cuando tiene pesadillas por medio de la relajación y de imágenes o pensamientos agradables.

El cuento se relata durante 15-20 minutos tres noches por semana, o más veces siempre que se considere necesario o el niño lo desee. Después de narrar el cuento completo dos veces, como mínimo, se comienza a jugar. Se recomienda seguir el orden de juegos establecido, que se lleva a cabo inmediatamente después de la narración del capítulo correspondiente. Los capítulos primero y último son la presentación y la conclusión de la historia, por lo que no incluyen juego. En el capítulo 9 se repite el juego 3 de la marioneta. Cada juego se practica como mínimo dos noches diferentes y no se pasa al siguiente hasta que no se domine el juego anterior. Se advierte a los padres para que no fuercen a su hijo durante los juegos.

El procedimiento de *escenificaciones emotivas* fue propuesto por Méndez (1986) para niños de 3 a 9 años, como una variante en vivo de las imágenes emotivas de Lazarus y Abramovitz (1979), al comprobar en varios casos clínicos que no se producía la generalización de la ganancia terapéutica obtenida con la interacción en imaginación. Tanto los estudios de caso con fobias animales, ambientales, sangre-inyecciones-daño (Méndez y García, 1986; Méndez y Macià, 1986, 1988, 2002), como los de grupo con fobia a la oscuridad (González, 1996; Méndez, Orgilés y Espada, 2003; Orgilés, Méndez y Rosa, 2003; Santacruz, 2001), revelan que este programa multicomponente es muy eficaz.

El tratamiento consiste en la interacción gradual con los estímulos fóbicos en vivo, llevada a cabo mediante juego de héroes, una estrategia especialmente motivadora para niños pequeños. En función de la conducta infantil el terapeuta introduce sucesivas ayudas, inducción verbal, guía física y modelado, hasta conseguir la interacción con el estímulo fóbico, que una vez lograda es seguida de reforzamiento positivo y retroalimentación. La implementación se efectúa en tres fases:

1.ª Preparación

Las actividades previas al juego propiamente dicho son:

a) Jerarquía

El terapeuta la elabora con la colaboración infantil. Los ítems se ordenan combinando variables físicas como distancias cada vez menores al animal temido o a la fuente sonora que emite un ruido fuerte, tiempos cada vez mayores de permanencia en el ascensor o de separación de la figura de apego, intensidades cada vez menores de luz graduada con un regulador eléctrico.

b) *Juego de héroes*

El terapeuta propone al niño jugar y solicita que elija los personajes que van a representar, preferentemente héroes valerosos como Supermán. Por lo general escogen protagonistas de dibujos animados, series de televisión, películas de cine, libros o cómics de moda, por ejemplo, Espinete, Superratón, Spiderman, Lucky Luke, Aladín, el Rey León o Spirit. 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) *Economía de fichas*

El terapeuta proporciona efusivamente refuerzo social, verbal como frases de ánimo, felicitación, alabanza o elogio, gestual como sonrisas, guiños de ojos, el signo de la victoria o aplausos, físico como besos, abrazos, palmaditas en la espalda o frotar la punta de la nariz como los gnomos. La economía de fichas se compone de superfichas por efectuar una interacción al primer intento y de fichas por realizarla en ensayos posteriores. Se recomienda que los reforzadores de apoyo se relacionen con el juego, un cuento de D'Artacán y los tres Mosqueperros, muñecos de la colección Másters del Universo, etc., o con la fobia tratada, un maletín de médico, material escolar, etc.

2.ª Aplicación

La duración de los sesiones varía dependiendo de la fobia específica, de la edad del niño y del estado de ánimo infantil. Por lo general, se llevan a cabo tres sesiones semanales en días alternos, de unos treinta minutos, preferentemente en ambientes naturales como el hogar o la escuela. Si el niño lo desea se puede jugar más, aunque domingos y festivos conviene descansar.

El esquema de una sesión prototipo es el siguiente:

- a) El terapeuta introduce el juego e instruye al niño sobre su conducta durante el desarrollo de la sesión.
- b) Los primeros minutos se dedican a jugar hasta conseguir que el niño «se meta» en el argumento y disfrute desempeñando activamente su papel.
- c) A continuación el terapeuta ordena realizar la interacción correspondiente al primer ítem de la jerarquía o sucesivos ítems en sesiones posteriores. Existen cuatro posibles reacciones del niño:

- *Interacción*. Siempre que la realice recibe reforzamiento social.
 - *Escape*. Si empieza la interacción pero la interrumpe antes de concluir, se le ayuda con instigación verbal, guía física, respuestas competitivas con la ansiedad como el humor, etc.; cuando completa la interacción se le otorga refuerzo social.
 - *Evitación pasiva*. Si no la inicia se modela la interacción, 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 alcanza el objetivo se administra refuerzo social.
 - *Evitación activa*. Si a pesar de las sucesivas ayudas rehúsa llevar a cabo la interacción, se intercalan otras interacciones (ítems intermedios). En caso de que las dificultades persistan se interrumpe el tratamiento para estudiar la causa del problema.
- d) Si lleva a cabo la interacción en el primer ensayo gana una superfigura. En caso contrario, una figura.
- e) La interacción especificada en cada ítem se repite varias veces hasta que la realice de forma satisfactoria un par de veces seguidas, es decir, sin señales de miedo, como quejarse, dar un paso atrás, cerrar los ojos, taparse los oídos, etc. En ese instante se considera superado el ítem y el terapeuta introduce el siguiente y así sucesivamente hasta completar la jerarquía.
- f) La sesión finaliza con un ítem superado, que constituye el ítem inicial de la próxima sesión. Si en el momento final el niño no efectúa la interacción propuesta se retrocede en la jerarquía para acabar con un ítem superado.

3.ª Consolidación

Las actividades para generalizar y mantener los logros terapéuticos son:

a) *Colaboración de los padres*

En ocasiones los padres refuerzan, positiva y/o negativamente, las respuestas de ansiedad infantiles, por ejemplo, prestando atención o retirando los estímulos fóbicos. El terapeuta moldea el comportamiento de los padres mediante instrucciones verbales y escritas, con el fin de prevenir estrategias inadecuadas como el castigo y fomentar acciones apropiadas como el reforzamiento positivo de la interacción. También solicita su colaboración en las tareas para casa.

b) *Tareas para casa*

El terapeuta propone prácticas entre sesiones, consistentes en interacciones del niño, solo o bajo supervisión de los padres. 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, así, si se apaga la luz de la escalera, pégate a la pared y sube lentamente los peldaños hasta encontrar palpando el interruptor», «el perro es el mejor amigo del hombre, sin embargo, no te acerques a ningún perro callejero o desconocido en ausencia de su amo», «no te desangras cuando te pinchan con una aguja en la vena para extraerte sangre, respira profundo, di ‘tranquilo’ y mira para otro lado cuando te saquen sangre».

c) *Sesiones de fortalecimiento*

Su finalidad es prevenir las recaídas y son de dos tipos:

- *Sesiones de sobreaprendizaje*, una vez superados todos los ítems de la jerarquía y antes de terminar la terapia se practican las interacciones en las que el niño ha exhibido mayor dificultad.
- *Sesiones de recuerdo*, tras el alta terapéutica se planifican varias sesiones durante el seguimiento, por ejemplo, tres, seis y doce meses, no solo para comprobar el mantenimiento de la mejoría, sino también para aclarar dudas, resolver problemas, repasar y fortalecer la interacción con los estímulos fóbicos.

3.2. Trastornos de ansiedad generalizada y de ansiedad por separación

En comparación con la fobia específica, los restantes trastornos de ansiedad han recibido menos atención. La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento psicológico que cuenta con más apoyo empírico (Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés, 2003; Santacruz et al., 2002). El programa *Coping cat* («El gato que se las arregla»), de Kendall (1990), incluyendo sus adaptaciones canadiense *Coping bear* («El oso que se las arregla»), de Scapillato y Mendlowitz (1993), y australiana *Coping koala* («El koala que se las arregla»), de Barrett (1995a), es el más usado para tratar otros trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia.

La intervención con la familia tiende a potenciar los efectos del programa, por lo que es recomendable añadir entrenamientos específicos como manejo de la ansiedad para los padres o habilidades de comunicación y resolución de problemas entre padres e hijo. Los manuales *Group family anxiety management* («Manejo de la ansiedad en familia»), de Barrett (1995b), y *Keys to parenting your anxious child* («Claves para educar a tu hijo ansioso»), de Manassis (1996), son útiles en este campo. Shortt, Barrett y Foxx (2001) han desarrollado una variante del programa que incorpora la intervención familiar. La terapia se designa con el acrónimo *FRIENDS* («Amigos»), cuyo significado es:

- F (*Feeling worried?*): ¿Estás preocupado?
- R (*Relax and feel good*): Relájate y siéntete bien.
- I (*Inner thoughts*): Pensamientos clave.
- E (*Explore plans*): Examina planes.
- N (*Nice work, so reward yourself!*): ¡Buen trabajo, recompénsate!
- D (*Don't forget to practice!*): No olvides practicar.
- S (*Stay calm*): Mantén la calma.

El programa «El gato que se las arregla» y sus posteriores desarrollos se ha aplicado con éxito a niños y adolescentes, de 5 a 14 años, con trastornos de ansiedad generalizada y de ansiedad por separación (Barrett, 1998; Barrett, Dadds y Rapee, 1996; Kendall, 1994; Kendall, Brady y Verduin, 2001; Kendall et al., 1997; Mendlowitz et al., 1999; Muris, Merckelbach, Schmidt y Mayer, 2001; Shortt, Barrett y Fox, 2001).

3.2.1. Protocolo terapéutico: el gato que se las arregla⁵

Los objetivos del tratamiento son:

- a) Eliminar las sensaciones o síntomas de ansiedad.
- b) Modificar los pensamientos negativos en situaciones de ansiedad.
- c) Confeccionar un plan para situaciones de ansiedad.
- d) Valorar el afrontamiento y autorreforzarse por el éxito.

Se desarrolla en 16 sesiones de una hora divididas en dos fases. Las ocho primeras sesiones se dedican a la adquisición de conocimientos y habilidades

⁵ En castellano se puede consultar la monografía sobre ansiedad en la infancia de Echeburúa (2002).

de afrontamiento de la ansiedad y las ocho últimas a la interacción gradual, en imaginación y en vivo, a situaciones que provocan cada vez más ansiedad para que el niño o el adolescente ejercite las habilidades aprendidas.

El terapeuta expone la lógica del tratamiento explicando el plan *FEAR* («TEMOR») para el dominio de la ansiedad. Durante esta fase se entrena a los padres en manejo de contingencias, enseñándoles a reforzar positivamente el afrontamiento de la ansiedad, redactando contratos de contingencias y a extinguir las quejas del hijo.

En la segunda fase el niño o adolescente interactúa gradualmente con estímulos provocadores de ansiedad, primero en imaginación y situaciones de poca intensidad y después en vivo y situaciones de media y mucha intensidad. El terapeuta supervisa la interacción, modela y refuerza la aplicación de las habilidades de afrontamiento adquiridas.

Tabla 7 <i>Plan TEMOR</i>		
Pasos terapéuticos	Objetivos terapéuticos	Procedimientos terapéuticos
T ¿Tengo miedo, estoy asustado? F <i>Feeling frightened?</i>	Modificar los signos de ansiedad (componente psicofisiológico), por ejemplo, tensión muscular	Relajación muscular
E ¿Espero que pase algo malo? E <i>Expecting bad things to happen?</i>	Modificar las preocupaciones (componente cognitivo), por ejemplo, expectativas catastrofistas	Autoinstrucciones Reestructuración cognitiva
M Medidas o acciones que ayudan A <i>Actions and attitudes that help</i>	Elaborar un plan para afrontar la ansiedad (componente conductual)	Resolución de problemas
O Observación y valoración	Observar y valorar los resultados del afrontamiento de la ansiedad	Autoobservación Autovaloración
R Recompensa R <i>Rate and reward</i>	Aprender a autoevaluarse	Autoreforzamiento

Aunque se puede emplear con grupos, el tratamiento se ideó para su aplicación individual y consta de los siguientes materiales:

a) Materiales impresos.

- Manuales de tratamiento. Describen los objetivos y el procedimiento de intervención con el niño y con la familia.

- Cuaderno de trabajo. Detalla los contenidos de las sesiones y permite al niño o al adolescente dibujar o escribir lo que piensan los personajes de las viñetas que representan escenas de la vida diaria, por ejemplo, debe rellenar el espacio en blanco con los pensamientos de un explorador que asoma de la tienda de campaña con cara de susto y preocupación iluminando la oscuridad de la noche con una linterna. También sirve para registrar las tareas para casa anotando el afrontamiento de la ansiedad. El cumplimiento de las tareas para casa se refuerza con pegatinas, barajas infantiles, trucos de magia, etc.

b) Materiales audiovisuales.

- Casete. Para facilitar el aprendizaje de la relajación se le entrega al niño o adolescente una cinta con sugerencias para relajarse y formar imágenes mentales relajantes.
- Videocinta. Al final del programa el niño o adolescente debe grabar un anuncio original comentando el plan *FEAR* («TE-MOR») e ilustrando su aplicación con una situación de ansiedad que afrontó con éxito durante el tratamiento.

El programa incluye un componente de prevención de recaídas, que reinterpreta constructivamente la ansiedad y valora positivamente el resultado del tratamiento. Los conceptos básicos que se resaltan son:

- 1) El programa es el punto de arranque, ya que el proceso de aprendizaje para dominar la ansiedad requiere tiempo.
- 2) La ansiedad brinda la oportunidad de adquirir habilidades de afrontamiento beneficiosas para el futuro, puesto que la vida ineludiblemente plantea situaciones estresantes y retos que originan estados de ansiedad.
- 3) El aprendizaje del dominio de la ansiedad es un proceso complejo, por tanto, no hay que alarmarse si se producen fallos.
- 4) El afrontamiento ha de reforzarse siempre, aunque solo se alcance un éxito parcial, porque no es sencillo aprender a dominar la ansiedad.
- 5) «Caída» no es equivalente a «recaída». Los fracasos puntuales se consideran una ocasión para aprender de la experiencia y prevenir futuros errores.

Tabla 8
El gato que se las arregla

Programa de afrontamiento de la ansiedad generalizada y de la ansiedad por separación	
<i>Primera fase</i>	
Objetivos	– Adquirir conocimientos sobre la ansiedad y su afrontamiento (educación) – Adquirir habilidades de afrontamiento de la ansiedad (formación)
Procedimiento	Entrenamiento en habilidades de afrontamiento de la ansiedad
Sesiones	<i>1.ª Presentación</i> Explicación de la lógica del tratamiento (Plan TEMOR) <i>2.ª Detección</i> Identificación de respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras de ansiedad <i>3.ª Jerarquía</i> Elaboración de una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad <i>4.ª Relajación</i> Entrenamiento en relajación muscular con apoyo de una grabación magnetofónica <i>5.ª Autoinstrucciones</i> Modificación de las autoinstrucciones en situaciones que generan ansiedad <i>6.ª Reestructuración cognitiva y resolución de problemas</i> Desarrollo de estrategias cognitivas para afrontar la ansiedad <i>7.ª Autocontrol</i> Autoobservación, auto-valoración y auto-refuerzo <i>8.ª Repaso</i> Revisión de conocimientos y habilidades aprendidos.
<i>Segunda fase</i>	
Objetivo	– Practicar las habilidades de afrontamiento, adquiridas en la fase anterior, en situaciones que causan ansiedad (aplicación)
Procedimiento	Interacción gradual en imaginación y en vivo
Sesiones	<i>9.ª Interacción en situaciones de ansiedad leve</i> <i>10.ª - 13.ª Interacción en situaciones de ansiedad moderada</i> <i>14.ª - 15.ª Interacción en situaciones de ansiedad severa</i> <i>16.ª . Revisión. Prevención de recaídas</i>

3.3. Trastornos depresivo mayor y distímico

El protocolo cognitivo-conductual *Adolescent coping with depression course* («Curso de afrontamiento de depresión para adolescentes»), de Clarke, Lewinsohn y Hops (1990), es un tratamiento probablemente eficaz para la depresión y la distimia en la adolescencia. Aunque existen tres estudios bien realizados con diseños experimentales de comparación de grupos, llevados a cabo por equipos de investigación independientes en Oregón y Utah, no cumplen el criterio I para los tratamientos bien es-

tablecidos. El estudio de Kahn, Kehle, Jenson y Clark (1990) mostró que la terapia cognitivo-conductual tendía a ser superior a otros tratamientos alternativos, como el automodelado y la relajación progresiva, y claramente mejor que una condición de control de lista de espera. Sin embargo, las investigaciones de Lewinsohn y colaboradores (Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops y Seeley, 1999; Lewinsohn, Clarke, Hops y Andrews, 1990) compararon la terapia cognitivo-conductual únicamente con una lista de espera.

La terapia interpersonal también es un tratamiento probablemente eficaz para la depresión adolescente, sin embargo, el tratamiento de elección es la terapia cognitivo-conductual puesto que se dispone de más evidencia sobre su eficacia (Méndez y Espada, 2002; Méndez, Rosa, Montoya, Espada y Olivares, 2003; Méndez et al., 2002).

Kaslow y Thompson (1998) señalan que el programa *Action* («Acción»), de orientación cognitivo-conductual y basado en el autocontrol, de Stark y colaboradores (Stark y Kendall, 1996; Stark et al., 1996), es un tratamiento probablemente eficaz para la depresión infantil, ya que existen dos investigaciones con diseños de comparación de grupos, si bien llevados a cabo por el mismo equipo de investigación (Stark, Reynolds y Kaslow, 1987; Stark, Rouse y Livingston, 1991).

3.3.1. Protocolo terapéutico: programa emoción-acción-cognición

El programa emoción-acción-cognición, de Méndez (2002b), es un tratamiento cognitivo-conductual para la depresión infantil y adolescente, basado en los protocolos de Stark y de Lewinshon. Los objetivos del programa son:

- a) Reconocer diferentes emociones.
- b) Identificar las situaciones que provocan emociones.
- c) Autoevaluar la intensidad de las emociones.
- d) Seleccionar actividades reforzantes potentes.
- e) Promover la realización de actividades agradables.
- f) Concienciar de la relación entre actividades agradables y estado de ánimo.
- g) Detectar los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas cognitivos.
- h) Cuestionar las cogniciones depresógenas.
- i) Sustituir las cogniciones depresógenas por cogniciones saludables y productivas.

Los tres componentes principales del programa son:

1.º *Educación emocional*

a) *Identificación emocional*

El reconocimiento y discriminación de emociones se realiza mediante entrevistas, fichas y juegos terapéuticos. La ficha «Los cestos de manzanas» enseña a diferenciar emociones y a graduar cualitativamente la intensidad de sus emociones, por ejemplo, estar triste es menos que estar deprimido. También facilita la comunicación sobre emociones entre el niño y el terapeuta.

b) *Autoevaluación emocional*

La tasación de la intensidad de las emociones se efectúa mediante escalas de estimación numéricas. Una de las más utilizadas es la de once puntos, 0= ninguna emoción, 5= mediana emoción, 10= máxima emoción, ya que los jóvenes están acostumbrados al sistema escolar de calificación. Con niños pequeños se puede recurrir a alternativas gráficas como el termómetro de caras basado en la expresividad facial de las emociones.

2.º *Actividades agradables*

a) *Elaboración del plan de actividades agradables*

El terapeuta explica la lógica del tratamiento destacando el triple efecto positivo de las actividades agradables sobre el comportamiento, el pensamiento y el sentimiento. A continuación se seleccionan, mediante entrevista, observación, autoobservación y menús de actividades reforzantes, una amplia gama para realizar entre semana, por ejemplo, jugar en el parque, y durante el fin de semana, por ejemplo, ir de excursión a un parque de atracciones. El plan debe incluir actividades *sociales* como salir con los amigos, *productivas* como regar el jardín, *físicas* como jugar al tenis, y *de éxito* como realizar una actividad en la que se destaca, por ejemplo, tocar la guitarra.

b) *Aplicación del plan de actividades agradables*

La realización de actividades agradables se propone como tareas para casa, que se programan a partir del nivel de base y se aumentan progresivamente en número (variedad) y tiempo (dedicación), por ejemplo, montar en bicicleta, leer tebeos, etc., 10

minutos, 20 minutos, 30 minutos, y no en resultados 2 kilómetros, 4 kilómetros, 6 kilómetros, 10 páginas, 20 páginas, 30 páginas. Los auto-registros permiten evaluar el cumplimiento del plan y, lo que es más importante, sirven para concienciar de la relación positiva entre nivel de actividades agradables y estado de ánimo.

Algunos niños y adolescentes ponen objeciones a la implementación del plan, «no tengo ganas», «no puedo», etc., o presentan un grado de adherencia pobre. El terapeuta dispone de tres estrategias para superar esta dificultad: discusión y refutación de los argumentos y excusas, colaboración de padres, maestros y amigos, y redacción de contratos de contingencias.

LOS CESTOS DE MANZANAS

Instrucciones: Aquí tienes cuatro cestos, ANSIOSO, ALEGRE, TRISTE, AIRADO, y dos docenas de manzanas con un nombre.

1º Ordena: escribe dentro del cesto correspondiente el nombre de cada una de las manzanas, como en el ejemplo donde «contento» se ha anotado en el cesto «alegre». Si consideras que alguna manzana corresponde a más de un cesto, puedes poner su nombre en tantos cestos como creas oportuno. También puedes dejar sin escribir una palabra si piensas que no encaja en ningún cesto o si desconoces su significado.

2º Añade: anota otras palabras que no aparecen y que en tu opinión significan lo mismo que las escritas en cada uno de los cestos, por ejemplo, «pesimista».

3º Subraya: dentro de cada cesto destaca con un rotulador fosforito las palabras que para ti definen mejor cada uno de los cuatro sentimientos: ansioso, alegre, triste, airado.

ANSIOSO		ALEGRE		TRISTE		AIRADO	
							
ALARMADO	ANIMADO	APENADO	CABREADO	CONTENTO	DEPRIMIDO		
DESASOSEGADO	DESDICHADO	DIVERTIDO	ENCOLERIZADO	ENFADADO	ENOJADO		
FELIZ	FURIOSO	INTRANQUILO	LLOROSO	MELANCÓLICO	MOLESTO		
NERVIOSO	OPTIMISTA	PESAROSO	PREOCUPADO	RADIANTE	TENSO		

Figura 6

3.º Reestructuración cognitiva

a) *Presentación de la terapia cognitiva*

El terapeuta expone el modelo A-B-C (antecedente, balance cognitivo, consecuencia), describe el funcionamiento mental en la depresión, detalla la forma y el contenido de los pensamientos y razonamientos depresivos, mediante explicaciones verbales, tiras de cómic de Spiderman, Mafalda, Snoopy, Garfield, etc., y fichas terapéuticas como «Un Picasso de sentimientos», que presenta adversidades y contratiempos cotidianos para que el niño anote los pensamientos que le suscitan y dibuje las emociones que le provocan.

b) *Implementación de la terapia cognitiva*

El terapeuta explica al niño el método DDT, un potente insecticida para pensamientos-bicho de la especie *inútilidos*, «soy un inútil», «no valga nada», «tengo un defecto de fabricación», *es-toisóolidos*, «estoy solo», «no tengo amigos», «nadie me comprende», etc. La fórmula del producto es:

- **D**etectar los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas cognitivos.
- **D**udar de su veracidad y rotundidad.
- **T**ransformarlos en pensamientos alternativos saludables y productivos.

La detección se realiza mediante autorregistros sencillos (Figura 8) y el cuestionamiento o puesta en duda mediante narraciones y grabaciones didácticas (Méndez, 2002b, pp. 230-231):

«Vas a conocer qué le pasó a un señor (S) que pensaba que le había tocado la lotería y fue a la administración más cercana a cobrar. Escucha con atención su conversación con el lotero (L) (Pone en marcha el casete).

S: Buenos días.

L: Buenos días, ¿qué desea?

S: Me ha tocado el gordo. Por favor, págüeme este décimo (Pausa).

L: Lo siento, señor, pero no le ha correspondido ningún premio.

S: Oiga, le digo yo que sí. Seguro que me ha tocado.

L: ¿Cómo lo sabe?

S: Porque lo pienso.

L: ¿Por qué piensa que le ha tocado?

S: Es algo automático.

L: Pero, ¿se lo ha dicho alguien?

S: No.

L: ¿Lo ha leído en el periódico, oído en la radio, visto en la televisión?

S: No, no, no.

L: Usted puede pensar lo que quiera. Puede pensar que es Napoleón, que habla chino, que el agua del mar es dulce. Pero sólo por pensarlo las cosas no suceden. Ni usted es el célebre general francés, ni se expresa en mandarín, ni el océano pierde su salinidad.

Escuche. La lotería toca no porque lo piense, sino porque las bolas de los bombos salen de verdad y coinciden con el número agraciado. Haga como yo, sólo me creo que un décimo ha tocado después de comprobarlo con la lista oficial de premios. Si yo pagara a la gente sin confirmarlo, simplemente porque lo piensa, sería mi ruina.

Acepte un consejo. Por principio, no se crea sin más cualquier pensamiento que le venga automáticamente a la cabeza. Recuerde que se puede pensar en falso.

S: Tiene razón. La próxima vez, aunque piense que me ha tocado, lo comprobaré antes de venir. De todos modos el viaje ha merecido la pena. He aprendido una sabia lección. Cuando me aborde un pensamiento automático, consideraré que no es verdad necesariamente. Lo pondré en cuarentena y buscaré pruebas sobre su certeza y exactitud.

Gracias, amigo. ¿Le debo algo?

L: Sí. Ponga en práctica lo que acaba de decir.

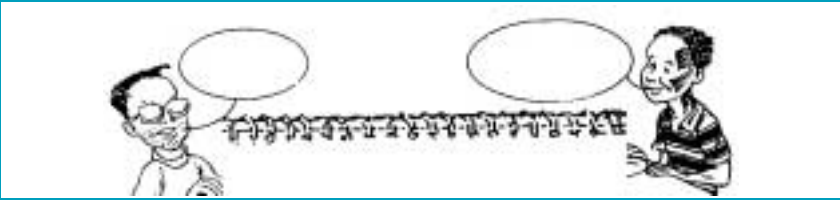
S: Descuide.

L: ¿Quiere un decimito para el próximo sorteo?

La transformación o modificación de los pensamientos depresivos se lleva a cabo básicamente mediante la discusión y generación de alternativas, que se centra en el análisis de la información suministrada por los autorregistros, y mediante fichas terapéuticas como «Ésta es tu vida».

UN PICASSO DE SENTIMIENTOS		
<i>Instrucciones:</i> Escribe dentro de la nube los pensamientos que tendrías si te encontraras en la situación de la primera columna. Después, como si fueras Picasso, dibuja la cara que mejor exprese tu estado de ánimo al pensar de esa manera.		
   		
Situación	Pensamiento	Sentimiento
		

Figura 7



PENSAMIENTOS NEGATIVOS	CONTRAPENSAMIENTOS POSITIVOS
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

Figura 8. Autorregistro del Programa Acción

Figura 9
Ficha de reestructuración cognitiva

Esta es tu vida	
Nuestros aciertos los escribimos en la arena. Sopla el viento y los borra. Nuestros errores los grabamos a fuego sobre una placa de acero inoxidable. Su recuerdo nos persigue y atormenta. Cuando te dices a ti mismo «soy un fracaso», reconoces implícitamente que toda tu vida ha sido un cúmulo de errores sin ningún acierto. FALSO. Perfecto, un muchacho de catorce años (la edad del niño) pensaba que era una calamidad. Compuso dos listas, una con los aciertos y otra con los errores de su vida. El resultado fue sorprendente.	
ACIERTOS	ERRORES
– Me eligieron delegado de curso varios años. – Salí como uno de los más populares de mi clase en un test que nos pasaron. – He aprobado siempre en junio. – Me he sacado el carné de moto. – Ganamos un concurso escolar de mi comunidad autónoma. – Fui de la selección de voleibol de mi clase. – Siempre he tenido buenos amigos. – Me llevo bien con mis padres.	– A veces me peleo con mi hermano. – Una vez suspendí química. – Nos quedamos los décimos en el campeonato provincial de balonvolea (sólo participaron diez equipos). – Soy despistado.
Ejercicio: Haz tú lo mismo que Perfecto. Sé imparcial. Recuerda que cuando estamos deprimidos tendemos a destacar los errores y a olvidar los aciertos. Un acierto no significa ser perfecto. Si en tu clase sois 30 y tú eres del equipo de baloncesto eso es un logro, aunque no seas el mejor lanzador a canasta de todos.	
Recuerda: Todos hemos realizado multitud de cosas buenas en nuestra vida. Más de las que creemos.	

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowitz, A.J., Eckstrand, D., O’Leary, S.G. y Dulcan, M. (1992). ADHD children’s responses to stimulant medication and two intensities of a behavioral intervention. *Behavior Modification*, 16, 193-203.
- 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 Howell, C.T. (1993). Are American children’s problems getting worse? A 13-year comparison. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1.145-1.154.
- Alexander, J.F. y Parsons, B.V. (1973). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 219-225.

- Anastopoulos, A.D., ShelDon, T.L., DuPaul, G.J. y Guevremont, D.C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.
- Barrett, P.M. (1995a). *Group coping koala workbook*. Manuscrito no publicado, School of Applied Psychology, Griffith University, Australia.
- Barrett, P.M. (1995b). *Group family anxiety management*. Manuscrito no publicado, School of Applied Psychology, Griffith University, Australia.
- Barrett, P.M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioural group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Barrett, P.M., Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Bernal, M.E., Klinnert, M.D. y Schultz, L.A. (1980). Outcome evaluation of behavioral parent training and client-centered parent counseling for children with conduct problems. *Journal Applied Behavior Analysis*, 13, 677-691.
- Brestan, E.V. y Eyberg, S.M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- 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.
- Clarke, G.N., Lewinsohn, P.M. y Hops, H. (1990). *Instructor's manual for the Adolescent Coping with Depression Course*. Eugene, OR: Castalia Press.
- Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H. y Seeley, J.R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272-279.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.^a ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costello, E.J., Burns, B.J., Angold, A. y Leaf, P.J. (1983). How can epidemiology improve mental health services of children and adolescents? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1.106-1.117.
- DuPaul, G.J., Guevremont, D.C. y Barkley, R.A. (1992). Behavioral treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in the classroom: The use of the attention training system. *Behavior Modification*, 16, 204-225.
- Echeburúa, E. (2002). *Trastornos de ansiedad en la infancia* (6.^a ed). Madrid: Pirámide.
- Espada, J.P. y Méndez, F.X. (2002). Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. En J.R. Fernández-Hermida y R. Secades (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 21-55). Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.

- Firestone, P., Crowe, D., Goodman, J.T. y McGrath, P. (1986). Vicissitudes of follow-up studies: Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 184-194.
- Firestone, P., Kelly, M.J. y Fike, S. (1980). Are fathers necessary in parent training groups? *Journal of Clinical Child Psychology*, 13, 61-69.
- Forehand, R., King, H.E., Peed, S. y Yoder, P. (1975). Mother-child interactions: Comparisons of a noncompliant clinic group and a non-clinic group. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 79-84.
- Forehand, R. y McMahon, R.J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. Nueva York: Guilford Press.
- Forehand, R., Miller, K.S., Dutra, R. y Watts-Chance, M.W. (1997). Role of parenting in adolescent deviant behavior: Replication across and within two ethnic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1.036-1.041.
- García, J. y Méndez, F.X. (1993). Hiperactividad. En C. Navalón y M.E. Medina (Eds.), *Psicología y trabajo social* (pp. 185-200). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Gonzalez, C. (1996). *Comparación de dos técnicas basadas en el juego para tratar la fobia a la oscuridad*. Memoria de Licenciatura no publicada: Universidad de Murcia.
- González, R., Benavides, G. y Montoya, I. (2000). Preparación psicológica basada en el juego. En J.M. Ortigosa y F.X. Méndez (Eds.), *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas* (pp. 95-118). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Griest, D.L., Forehand, R., Wells, K.C. y McMahon, R.J. (1980). An examination of differences between nonclinic and behavior-problem clinic-referred children and their mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 497-500.
- Horn, W.F., Ialongo, N., Greenberg, G., Packard, T. y Smith-Winberry, C. (1990). Additive effects of behavioral parent training and self-control therapy with ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 98-110.
- Hoza, B., Pelham, W., Sams, S. y Carlson, C. (1992). An examination of the dosage effects of both behavior therapy and methylphenidate on the classroom performance of two ADHD children. *Behavior Modification*, 16, 164-192.
- 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., 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.
- Kaslow, N.J. y Thompson, M.P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 146-155.
- Kazdin, A.E. (1996). Problem solving and parent management in treating aggressive and antisocial behavior. En E.D. Hibbs y P.S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based*

- strategies for clinical practice (pp. 377-408). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kendall, P.C. (1990). *Coping cat workbook*. Filadelfia, PA: Temple University.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in youth: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C., Brady, E.U. y Verduin, T.L. (2001). Comorbidity in childhood disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academic Adolescent Psychiatry*, 40, 787-794.
- Kendall, P.C. y Braswell, L. (1986). Medical applications of cognitive-behavioral interventions with children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 7, 257-264.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warmen, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Larroy, C. y De la Puente, M.L. (2002). *El niño desobediente: estrategias para su control* (7.ª ed). Madrid: Pirámide.
- 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.
- 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.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H. y Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Lewis, S. (1974). A comparison of behavior therapy techniques in the reduction of fearful avoidance behavior. *Behavior Therapy*, 5, 648-655.
- Manassis, K. (1996). *Keys to parenting your anxious child*. Nueva York: Barrons Educational Series.
- McMahon, R.J. (1991). El entrenamiento de padres. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 445-471). Madrid: Siglo XXI.
- Méndez, F.X. (1986, junio). *Escenificaciones emotivas: un tratamiento para las fobias en niños de corta edad*. II Simposio de Terapia Comportamental: Fobias, Coímbra.
- Méndez, F.X. (2002a). *Miedos y temores en la infancia: ayudar a los niños a superarlos* (3.ª ed). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. (2002b). *El niño que no sonríe: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil* (3.ª ed). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. (2003). *El niño miedoso*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, J. y Espada, J.P. (2002). Intervención psicológica en los trastornos emocionales. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 19 (número especial), 78-87.
- Méndez, F.X. y García, M.J. (1996). Emotive performances: A treatment package for children's phobias. *Child and Family Behavior Therapy*, 18(3), 197-208.

- 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. (2002). Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad. En F.X. Méndez y D. Macià (Eds.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: libro de casos* (8.ª ed., pp. 38-73). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Bermejo, R.M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V.E. Cabello y M.A. Simón (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: trastornos generales* (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- Méndez, X., Orgilés, M. y Espada, J.P. (2003). Tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad en un contexto lúdico: un ensayo controlado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 199-210.
- Méndez, F.X., Rosa, A.I., Montoya, M., Espada, J.P. y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión en la infancia y adolescencia. En M. Pérez-Álvarez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: infancia y adolescencia* (pp. 57-85). Madrid: Pirámide.
- Méndez, X., Rosa, A.I., Montoya, M., Espada, J.P., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿Evidencia o promesa? *Psicología Conductual*, 10, 563-580.
- Méndez, F.X., Rosa, A.I., Orgilés, M., Santacruz, I. y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para miedos y fobias en la infancia y adolescencia. En M. Pérez-Álvarez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: infancia y adolescencia* (pp. 111-136). Madrid: Pirámide.
- Mendlowitz, S., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S. y Shaw, B. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 38, 1.223-1.229.
- Menzies, R.G. y Clarke, J.C. (1993). A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 9-15.
- 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 (Eds.), *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems. Wiley series on personality processes* (pp. 179-202). Oxford: John Wiley & Sons.
- Mikulas, W.L., Coffman, M.G., Dayton, D., Frayne, C. y Maier, P.L. (1986). Behavioral bibliotherapy and games for treating fear of the dark. *Child and Family Behavior Therapy*, 7, 1-7.
- Moreno, I. (2002). *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia* (7.ª ed). Madrid: Pirámide.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. y Bogie, N. (2001). The revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCA-

- RED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.
- Obler, M. y Terwilliger, R.F. (1970). Pilot study on the effectiveness of systematic desensitization with neurologically impaired children with phobic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 314-318.
- Orgilés, M., Méndez, X. y Rosa, A.I. (2003). Análisis de los componentes del programa de escenificaciones emotivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 561-587.
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A.I. e Inglés, C.J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19, 193-204.
- Orgilés, M., Rosa, A.I., Santacruz, I., Méndez, X., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual*, 10(3), 481-502.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R. y Gullion, M.E. (1968). *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, IL: Research Press.
- Patterson, G.R., Reid, J.B. y Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., Jones, R.R. y Conger, R.E. (1975). *A social learning approach to family intervention* (Vol. 1). Eugene, OR: Castalia.
- Pelham, W.E. y Hoza, B. (1996). Intensive treatment: A summer treatment program for children with ADHD. En E.D. Hibbs y P.S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 311-340). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pelham, W.E., Schnedler, R.W., Bender, M.E., Miller, J., Nilsson, D., Budrow, M., Ronnei, M. Paluchowski, C. y Marks, D. (1988). The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of hyperactivity: A therapy outcome study. En L. Bloomingdale (Ed.), *Attention deficit disorders* (vol. 3, pp. 29-48). Londres: Pergamon Press.
- Pelham, W.E., Wheeler, T. y Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190-205.
- Pfiffner, L.J. y McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with ADD/ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 749-757.
- Santacruz, I. (2001). *Eficacia de dos terapias de juego aplicadas por los padres para la fobia a la oscuridad*. Tesis doctoral no publicada: Universidad de Murcia.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A.I., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. y Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología Conductual*, 10, 503-521.

- Scapillato, D. y Mendlowitz, S.L. (1993). *The coping bear workbook*. Manuscrito no publicado, Canadá.
- Serrano, I. (2003). *Agresividad infantil* (5.ª ed). Madrid: Pirámide.
- Shortt, A.L., Barrett, P.M. y Fox, T.L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioural group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 30, 525-535.
- Smith, M.L., Glass, G.V. y Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Spaccarelli, S., Cotler, S. y Penman, D. (1992). Problem-solving skills training as a supplement to behavioral parent training. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 1-18.
- 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 work-book 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., Rouse, L. y Livingston, R. (1991). Treatment of depression during childhood and adolescence: Cognitive-behavioral procedures for the individual and family. En P. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (pp. 165-206). Nueva York: Guilford Press.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychosocial treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Tuma, J.M. (1989). Mental health services for children: The state of the art. *American Psychologist*, 44, 188-199.
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 666-678.
- Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 479-492.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583-593.
- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M. y Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 558-566.
- 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.

- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª. ed). Madrid: Prentice-Hall.
- Wiltz, N.A. y Patterson, G.R. (1974). An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behavior Therapy*, 5, 215-221.