

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE MIEDOS Y FOBIAS EN LA INFANCIA, DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL”

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
PENELOPE BENITEZ DE LOS SANTOS

ASESOR: LIC. JUANA OLVERA MENDEZ

DICTAMINADORES:

MTRO. ERNESTO ARENAS GOVEA

LIC. MARIA OLGA MEJIA ANZURES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Amigo, me retaste a soñar junto contigo y a luchar para cumplir ese sueño; sabes que todo te lo debo a ti.

A MIS PADRES:

Papá, gracias por creer en mí en todo momento. Tus consejos, tu amor incondicional y tu apoyo son los cimientos de este trabajo, ¡va por ti!

Mamá, te agradezco infinitamente la paciencia que has tenido conmigo durante la realización de este proyecto, y por siempre impulsarme a seguir construyendo.

A MIS HERMANOS:

Juli, tú encontraste la manera de que siempre sacara coraje para seguir luchando, para vivir, gracias por siempre ser.

Yaz, tu ejemplo de servicio y fuerza lo tuve presente a cada instante, principalmente cuando sentí la desesperanza.

Fredy, la vida siempre da giros y a veces uno no sabe hacia dónde se va; sin embargo, lo que siempre nos mantendrá en la dirección correcta es el amor, saber que cuento contigo y que tú sepas que también cuentas conmigo.

Dani, gracias por tu alegría y cariño que me dalaron en todo momento.

A MIS AMIGOS:

Lidia, Claudia, Sandi, Cristina, Laura, Fer, Chela, Rebeca, Gilberto, Olivia, Martín, Diana, Toño,... agradezco a la vida por darme la oportunidad de conocerlos y de aprender de y con ustedes. El tiempo que compartimos en la carrera no lo olvidaría nunca, porque las barreras de lo lógico se rompían, las diferencias terminaban siendo semejanzas y la realidad iba creando sueños.

A JUANITA:

Maestra, en todo el sentido de la palabra; que forma constructores de vida, que se gusta en buscase que el otro crezca. No me es fácil expresar cuanto te agradezco tu amistad, tu esfuerzo y apoyo constante que me mantuvo al pie de la montaña, siempre mirando hacia arriba, ¡te quiero mucho!

A OLGA Y ERNESTO:

Maestros, gracias por haber participado conmigo en este proyecto, por su tiempo y disposición para aprender uno del otro. ¡Animo siempre!, que muchos que apenas empezamos necesitáramos de ejemplos de grandes psicólogos como ustedes.

Gracias a ti, que has pasado por un corto o largo instante en mi vida, llenándome de alegría, aprendizaje, reto, fuerza, esperanza; espero haber correspondido con lo mismo.

¿Saber?, personas amorosas han pasado por mi vida y a todos los llevo en un lugar especial en mi corazón.

Dedicada a todos los niños que aún no encuentran respuesta a por qué viven de esa manera; dedica a todos esos adultos que de niños alguna vez necesitaron de una pequeña luz.

INDICE

Introducción	1
CAPITULO 1. EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	6
1.1 Condiciones históricas	6
1.1.1 Jhon B . Watson.....	6
1.1.2 Edward Lee Thordike y la ley del efecto	8
1.1.3 Edwin Ray Guthrie y la ley de la contigüidad.....	10
1.1.4 Edward Chace Tolman y el conductismo propositivo	12
1.1.5 Clark Leonard Hull y su teoría hipotético-deductiva.....	13
1.1.6 Orval Hobart Mowrer y su teoría de los dos factores	15
1.1.7 Burrhus Frederic Skinner y el condicionamiento operante.....	17
1.1.8 Los fenómenos “privados” en el conductismo.....	19
1.2 Caracterización del enfoque cognitivo-conductual	24
1.2.1 Principios teóricos	24
1.2.2 Principales críticas	26
CAPITULO 2. TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES	29
2.1 Conformación de las terapias cognitivo-conductuales.....	29
2.1.1 Línea cognitivo-semántica.....	29
2.1.1.1 Albert Ellis.....	30
2.1.1.2 Aarón Beck.....	33
2.1.2 Línea cognitivo-conductual.....	34
2.1.2.1 Albert Bandura.....	35
2.1.3 Características de las terapias cognitivo-conductuales.....	36
2.1.3.1 Distinción entre terapias cognitivas, terapias cognitivo-conduc- tuales y modificación cognoscitiva de la conducta	37
2.2 Propositiones teóricas de las terapias cognitivo-conductuales	38
2.3 Taxonomía cognitiva.....	40
2.4 Modelo cognitivo-conductual de psicopatología	42
2.5 Evaluación cognitiva	44
2.6 Modelo conceptual del cambio de conducta.....	46
2.7 La terapia cognitivo-conductual con niños.....	47
2.7.1 Influencias teóricas.....	47
2.7.2 Procedimientos cognitivo-conductuales con niños.....	50
2.8 Limitaciones de las terapias cognitivo-conductuales	53

CAPITULO 3. MIEDOS Y FOBIAS EN LA INFANCIA.....	55
3.1 El miedo.....	56
3.1.1 Conceptualización del miedo.....	56
3.1.2 Componentes del miedo.....	56
3.1.3 Distinción entre miedo y ansiedad.....	59
3.1.4 Distinción entre miedo y estrés.....	61
3.2 Los miedos en la infancia.....	62
3.2.1 Características evolutivas en la infancia.....	62
3.2.2 Clasificación de los miedos más comunes en la infancia.....	67
3.2.3 Características de los miedos en la infancia.....	70
3.3 Fobias en la infancia.....	72
3.3.1 Definición de fobia.....	72
3.3.2 Etiología de las fobias.....	74
3.3.2.1 Modelo psicoanalítico sobre las fobias.....	74
3.3.2.2 Modelo conductista sobre las fobias.....	76
3.3.2.3 El enfoque cognitivo en la explicación de las fobias.....	81
3.3.2.4 Factores externos e internos que intervienen en la fobia infantil.....	83
3.3.3 Clasificación de las fobias de acuerdo al DSM-IV.....	84
3.3.3.1 Agorafobia.....	85
3.3.3.2 Fobia específica.....	91
3.3.3.3 Fobia social.....	93
3.3.3.4 Fobia escolar.....	97
 CAPITULO 4. EVALUACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL DE MIEDOS Y FOBIAS EN LA INFANCIA.....	 99
4.1 Particularidades de la evaluación de miedos y fobias en los niños.....	101
4.1.1 Desarrollo evolutivo.....	101
4.1.2 Remisión.....	102
4.1.3 Interacción con variables fisiológicas.....	103
4.1.4 Consideraciones éticas.....	103
4.2 Evaluación cognitivo-conductual.....	104
4.2.1 El modelo conductual.....	105
4.2.2 La evaluación cognitivo-conductual.....	107
4.2.3 Principales críticas a la evaluación cognitivo-conductual.....	108
4.2.4 Proceso de evaluación en los problemas de miedos y fobias.....	110
4.3 Técnicas de evaluación para miedos y fobias en la infancia.....	115
4.3.1 Entrevista.....	115
4.3.2 Autoinformes.....	116
4.3.3 Observación.....	121
4.3.3.1 Observación en situaciones naturales.....	121
4.3.3.2 Observación en situaciones artificiales.....	122
4.3.4 Registros psicofisiológicos.....	126

CAPITULO 5. PROPUESTA DE EVALUACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL DE MIEDOS Y FOBIAS EN LA INFANCIA.....	128
Conclusiones	142
Bibliografía.....	148
Anexos	155

RESUMEN

La evaluación psicológica de los miedos y fobias en la infancia, es un área de investigación en la que aún siguen en desarrollo los cimientos teórico-metodológicos para que sea llevada a cabo de una manera precisa, específica y sistemática. Esto ha sido así, porque generalmente las herramientas de evaluación para niños se han creado a partir de las herramientas de evaluación para adultos; también porque la investigación se ha enfocado más al tratamiento que a la evaluación de estos fenómenos; y, por otra parte, existe una separación entre los conocimientos sobre desarrollo infantil y los conocimientos referentes a la evaluación psicológica.

Para superar las limitantes antes mencionadas, en el presente trabajo se planteó la importancia de realizar la evaluación desde un modelo teórico, en este caso, desde el enfoque cognitivo-conductual, que toma en consideración la evaluación del aspecto cognitivo implicado en los miedos y fobias. De esta manera, el objetivo del presente trabajo fue realizar una propuesta de evaluación de los miedos y fobias en la infancia, desde el enfoque cognitivo-conductual. Esta propuesta proporciona la concepción del desencadenamiento y/o mantenimiento de dichos fenómenos, un orden a seguir en el proceso de evaluación, así como las herramientas de evaluación más idóneas para cada tipo de miedo o fobia que se presenta en los niños.

INTRODUCCIÓN

Los miedos son fenómenos muy comunes en la infancia. Sandín (1996), señala que prácticamente todos los niños refieren al menos un temor importante. Por ejemplo, los temores al ruido, a la oscuridad, a estar solo, a seres imaginarios, al fracaso escolar, etc. Por otra parte, algunos miedos llegan a tornarse en fobias, es decir, en miedos desproporcionados, irracionales, fuera del control voluntario y con respuestas de evitación ante la situación temida. Afortunadamente, estos miedos desproporcionados y desadaptativos son menos habituales, aceptándose que el índice de fobias en la infancia y adolescencia, no sobrepasa al 8 por 100 de la población (King, Hamilton y Ollendick, 1994).

Se ha considerado que muchos de los miedos que presentan los niños son transitorios, de intensidad leve y específicos de una edad, porque están estrechamente vinculados con el desarrollo evolutivo, es decir, cumplen una función adaptativa a ciertos estresores vitales; mientras que otros son desencadenados y mantenidos por ciertos tipos de aprendizaje que pueden ocasionar que el miedo adquiera una permanencia anormal en la vida del niño, o bien, se conviertan en fobias.

En este sentido, la intervención psicológica resulta fundamental tanto para evaluar la conducta de miedo y las variables que están involucradas en su desencadenamiento o mantenimiento, como para tratar la conducta, a partir del pronóstico que se haga de la misma; es decir, si el fenómeno del miedo representa una cuestión temporal y adaptativa, una conducta problema, o bien, es una conducta indicativa de un mal funcionamiento familiar.

De esta manera vemos que la evaluación está estrechamente ligada al tratamiento y, por lo tanto, se pueden identificar tres fases de ésta: antes, durante y después del tratamiento. El tema central en el presente trabajo, es la evaluación en su

primera fase, que de acuerdo con Rodríguez, Méndez y Antón (1997), cubre las siguientes metas:

1. Formular hipótesis explicativas contrastables acerca de las conductas-problema y deducir predicciones verificables.
2. Seleccionar las conductas-clave a modificar.
3. Seleccionar las variables relevantes que se han de manipular.

Son diversos los modelos y enfoques que se han desarrollado para realizar la evaluación, por ejemplo, el médico, el psicodinámico, el sistémico-relacional, el humanista, el conductual, y el cognitivo-conductual. Desde nuestra perspectiva el enfoque cognitivo-conductual, al tomar en consideración y darle la importancia al papel que juegan las cogniciones en la conducta, es decir, que lo que piensan y perciben las personas sobre sí mismas y sus acontecimientos circundantes tiene un efecto directo o indirecto en cómo actúan, amplía la manera de entender, explicar y evaluar la conducta.

Ahora bien, la evaluación de los miedos y fobias en la infancia desde un enfoque cognitivo-conductual, es un campo de estudio reciente que necesita de mayor investigación por tres razones esenciales: a) las herramientas que generalmente se emplean se han desprendido de las utilizadas para medir la ansiedad en los adultos (Solloa, 2001); b) los instrumentos de medida diseñados, no son de aplicación a niños muy pequeños, que aún no han desarrollado las habilidades de autoobservación y de autoevaluación adecuadas para expresar las experiencias, los sentimientos y emociones, así como la intensidad de las mismas (Bragado, 1993; cit. en Echeburúa, 1997); y c) la investigación se ha enfocado más en el tratamiento de miedos y fobias, que en la evaluación de los mismos (Echeburúa, 1996).

Ante este panorama surgen las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cómo se explica el desencadenamiento y/o mantenimiento de los miedos y fobias en la infancia, desde la aproximación cognitivo-conductual?
2. ¿De qué manera se da el proceso de evaluación y qué instrumentos pueden emplearse con niños?

En el presente trabajo se parte de la idea de que es muy importante que el psicólogo asuma una posición teórica para realizar la evaluación, en lugar de mezclar diferentes modelos conceptuales. Por ejemplo, se puede dar el caso, de que un terapeuta con una orientación conductual, evalúe la conducta de miedo o fobia, empleando los test del dibujo de la figura humana, el CAT, el dibujo de la familia, los cuales tienen una orientación psicodinámica. Hacer incorporaciones de elementos o instrumentos provenientes de diferentes modelos conceptuales al asumido, provoca que la evaluación pierda sentido porque no se puede percibir con claridad cuáles son los objetivos de intervención que se tienen que alcanzar, así como los factores involucrados que permitieron o no, se cumplieran las metas. Como lo señala Zarzosa (1991), un modelo teórico ofrece bases conceptuales y tecnología generada por las mismas, orientando la actividad del psicólogo para hacerla coherente, analítica y sistemática. Asimismo, Rodríguez, Méndez y Antón (1997) indican que es preciso superar la tentación pragmática del “no sabemos el porqué, pero el caso es que funciona”.

Partiendo de lo anterior, la importancia, justificación y los propósitos de este trabajo van en función de cuatro aspectos fundamentales:

1. Tanto los miedos como las fobias, son situaciones que causan malestar y pueden generar repercusiones significativas en la vida del niño, limitando su desarrollo integral.

2. La necesidad de tener un panorama general sobre el proceso y las técnicas de evaluación de los miedos y fobias en los niños, desde un enfoque cognitivo-conductual: se ha encontrado que la información existente sobre los miedos y fobias se ha vertido desde distintas posiciones teóricas, lo que dificulta consolidar una forma de abordarlos.

3. La necesidad de distinguir las particularidades de la evaluación infantil en los problemas de miedos y fobias: están involucrados los aspectos evolutivos; la intervención de otros, llámense padres, maestros o cuidadores, en la definición de la conducta como problemática; y el solapamiento del miedo o fobia con variables fisiológicas.

4. Pauta para posteriores investigaciones: la revisión teórica de este trabajo puede abrir paso para realizar investigación sobre las diferentes variables implicadas en los miedos y fobias en la infancia.

Partiendo de las preguntas de investigación y de los propósitos antes descritos, el contenido del presente trabajo es:

En el capítulo 1 denominado “El enfoque cognitivo-conductual” se realiza una caracterización de dicho enfoque, partiendo de las condiciones históricas que lo conforman.

El capítulo 2 “Terapias cognitivo-conductuales” corresponde a la conformación de las terapias cognitivo-conductuales, sus planteamientos teóricos y la investigación que se ha desarrollado en el trabajo con niños.

El capítulo 3 “Miedos y Fobias en la infancia” tiene como finalidad exponer la conceptualización del miedo y de su dimensión patológica como fobia, en la etapa de la infancia.

El capítulo 4 “Evaluación cognitivo-conductual de los miedos y fobias en la infancia” expone las particularidades de la evaluación infantil, así como las características y técnicas de la evaluación en este tipo de problemas.

Finalmente, en el capítulo 5, se propone una forma de evaluación de los miedos y fobias en los niños desde un enfoque cognitivo-conductual.

De acuerdo con lo antes expuesto, el objetivo general de la presente tesis es realizar una propuesta de evaluación cognitivo-conductual, de los miedos y fobias en la infancia.

CAPITULO UNO

EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

El origen del enfoque cognitivo-conductual se remonta a la década de los setenta, cuando aparecen los primeros textos sobre “modificación cognoscitiva de la conducta” dentro del modelo conductual (Dobson, 2001). El surgimiento de este enfoque, no implicó un proceso corto o fácil, al contrario, inició con una serie de controversias por tomar en consideración el área de los “eventos privados”: cogniciones, sentimientos y recuerdos. Por una parte, unos decían que era retroceder hacia antiguas formulaciones mentalistas, mientras que otros opinaron que en esos “eventos privados”, los cuales se habían negado o evitado, se alojaban muchas respuestas que las explicaciones de estímulo-respuesta-consecuencia, no ofrecían, además, de que se abriría paso a la investigación en nuevas áreas.

El presente capítulo tiene por objetivo realizar una caracterización del enfoque cognitivo-conductual, partiendo de las condiciones históricas que lo conforman.

1.1 CONDICIONES HISTÓRICAS

A continuación, describiremos las principales condiciones históricas que permitieron el surgimiento de esta aproximación, comenzando por conocer los inicios del conductismo y los principios en los que se basa.

1.1.1 John B. Watson (1878-1958)

El conductismo es un amplio modelo psicológico, que marca una revolución en el campo de la salud mental, a principios del siglo XX. Rompe con formulaciones mentalistas y organicistas, en la explicación del comportamiento humano, al proponer que es la conducta observable y medible el objeto de estudio de la psicología.

Este modelo se cristalizó con el norteamericano John Broadus Watson (1878-1958), quien criticó a dos de las corrientes psicológicas predominantes de esa época: el estructuralismo y el funcionalismo (Kazdin, 1983).

El interés fundamental de la psicología estructuralista giraba alrededor del *cómo* de los fenómenos psíquicos, de su estructura y de los elementos que los originan. Aceptando la existencia de elementos, tales como, sensación, imagen y estado afectivo, a partir de los cuales resultaba la compleja vida mental. Como reacción a dicha corriente, se desarrolló el funcionalismo que acentuaba el *para qué* de la vida mental y concebía todo aprendizaje como una "construcción activa" por parte del sujeto. Tanto el estructuralismo como el funcionalismo, empleaban como método de investigación la introspección, que suponía una cuidadosa observación, por parte de un sujeto, de sus propias creaciones mentales conscientes, tales como pensamientos e imágenes (Carpintero, 1998).

En oposición a estas posturas, Watson creía que la objetividad en la psicología en general mejoraría en la medida en que se eliminaran todas las referencias a la conciencia o vida mental y se abandonara la confianza en la introspección. Para él, la psicología debía estudiar la conducta manifiesta, concretamente, una serie de estímulos ambientales (E) y las respuestas (R) que ellos evocan. Debido a esta acentuación, la psicología propuesta por Watson se denominó más tarde, psicología E-R (Kazdin, 1983).

La postura de Watson tenía como principal antecedente el trabajo realizado por el fisiólogo ruso Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936) quien descubrió el condicionamiento clásico (o respondiente). Pavlov mostró que los perros salivaban cuando se les ponía comida en la boca. Esta relación entre el estímulo de la comida y la salivación se denomina *reflejo* y ocurre debido a la historia biológica del animal. Cuando Pavlov presentaba otro estímulo, como, por ejemplo, un sonido inmediatamente antes de alimentar a los perros, éstos empezaban a salivar cuando oían dicho sonido. De esta forma, estímulos nuevos (sonido) controlaban

la conducta respondiente del perro (salivación). Así, se habla de respondiente como la conducta que es provocada por el nuevo estímulo condicionado (Caballo, Aparicio y Catena, 1995).

En este sentido, el condicionamiento se convirtió para Watson en la principal forma de aprendizaje del ser humano, y el concepto central en la explicación de los mecanismos que rigen la conducta observable y aún, la no observable.

Con respecto a esto último, Kazdin (1983) señala que en el sistema de Watson, el pensamiento o la conciencia se consideraban inaccesibles a la experimentación objetiva, sin embargo, algunas de sus investigaciones revelaron que se producían ligeros movimientos en la musculatura vocal durante el pensamiento, pero que éstos movimientos no siempre se daban junto con informes de pensamiento. Por consiguiente, la solución de Watson, fue reducir el pensamiento a la conducta refleja condicionada subvocal.

Muy pronto se hizo evidente la insuficiencia del condicionamiento, o de cualquier principio único, para explicar el aprendizaje. Por tal razón, otros investigadores, entre los que destacan Thorndike, Hull, Tolman, Guthrie, Mowrer y Skinner, intentan clarificar y superar la relación existente en el paradigma E-R, elaborando sus propias posiciones teóricas dentro del marco general del conductismo.

Las teorías y principios teóricos de estos autores han contribuido a la forma de entender el aprendizaje de la conducta animal y humana, por lo que haremos una revisión sobre sus principales aportaciones.

1.1.2 Edward Lee Thorndike (1874-1949), y la ley del efecto.

La investigación de Thorndike se centró sobre la adquisición de respuestas no existentes en principio en el repertorio del organismo, bajo condiciones estímulares específicas e invariables (Kazdin, 1983).

Entre sus muchos experimentos con animales, los más típicos son aquellos efectuados en "cajas problema" con gatos. Con estos animales se usaron quince formas diferentes de caja-problema, que suponía otros tantos problemas a resolver. Thorndike colocaba un gato hambriento en una caja y registraba cuanto tiempo le llevaba escapar moviendo una barrera; un pequeño trozo de comida ubicado fuera de la caja, proporcionaba un incentivo para aprender a escapar. El gato trataba de escapar inmediatamente explorando diversas soluciones por un método de ensayo y error, finalmente quitaba la barrera y consumía la comida; entonces se le colocaba nuevamente en la caja y con ensayos sucesivos se descubrió que cada vez le tomaba menos tiempo escapar. Finalmente, tan pronto como se colocaba al gato en la caja, retiraba la barrera, escapaba y se comía el alimento. Thorndike graficó el tiempo que le llevó al gato escapar después de ensayos repetidos y generó una curva de aprendizaje. Esta curva reflejaba el hecho de que cada vez el animal empleaba menos tiempo para desempeñar la conducta (Kazdin, 1996).

Según Thorndike, el hecho de que los gatos y otros animales resolvieran un problema como éste, implicaba la formación de una asociación entre algún aspecto de la situación-estímulo, por ejemplo, la anilla de alambre o la palanca de madera, con el movimiento específico que llevaba a la apertura de la puerta. Por otra parte, argüía él, la relación estímulo-respuesta que aparecía al final estaba evidentemente influida por el resultado de este movimiento (Keller y Schoenfeld, 1979).

A partir de sus resultados formula dos leyes básicas del aprendizaje: la Ley del Efecto y la Ley de la Práctica.

Ley del Efecto:

"De varias respuestas producidas ante la misma situación, las que van acompañadas o seguidas de cerca por una satisfacción para el animal, en igualdad de circunstancias, estarán conectadas más firmemente con la situación,

de manera que, cuando ésta vuelva a presentarse, será más probable que se presenten ellas; las que van acompañadas o seguidas de cerca por una molestia para el animal, en igualdad de circunstancias, verán debilitadas sus conexiones con la situación, de manera que, cuando ésta vuelva a presentarse, será menos probable que se presenten ellas. Cuanto mayor sea la satisfacción o la molestia, mayor será la consolidación o el debilitamiento del vínculo" (Thorndike, 1911; cit. en Keller y Schoenfeld, 1979).

Ley de la Práctica:

"Cualquier respuesta a una situación estará, en igualdad de circunstancias, más firmemente conectada con la situación en proporción al número de veces que haya estado conectada con aquella situación, y al vigor y duración medios de la conexión" (Thorndike, 1911; cit. en Carpintero, 1998).

Kazdin (1983) menciona que posteriormente, Thorndike matizó la ley del efecto puesto que encontró que aunque la presencia de recompensas tendía a fortalecer la conducta, tal y como originalmente había afirmado, el castigo no la debilitaba. Sin embargo, se retractó completamente de la ley de la práctica. Dejó de considerar a la repetición como un elemento esencial en el aprendizaje, viéndola más bien como un factor facilitador de la ejecución.

A pesar de las modificaciones que efectuó, las aportaciones de Thorndike al aprendizaje fueron esenciales, al poner de relieve la importancia de las consecuencias de la conducta.

1.1.3 Edwin Ray Guthrie (1886-1959) y la ley de la contigüidad

De acuerdo con Swenson (1984), Guthrie en su libro *The Psychology of Learning* (1935), propuso una teoría del aprendizaje, cuyo principio fundamental denominó Ley de la contigüidad: "Una combinación de estímulos que ha acompañado a un movimiento, cuando vuelva a ocurrir tenderá a aparecer seguida por ese

movimiento”. La impresión de exagerada simplicidad que produce esta ley es acentuada por su único postulado adicional: “Una pauta de estímulos alcanza su máxima fuerza asociativa sobre la base de su primer apareamiento con una respuesta”. Por lo tanto, cualquier cosa que se haya hecho en presencia de determinada combinación de estímulos será hecha de nuevo cuando vuelva a presentarse esa combinación.

Swenson (1984), señala que para Guthrie, la contigüidad es el único mecanismo de aprendizaje, por tanto, las recompensas o consecuencias satisfactorias sólo sirven para relacionar otro grupo de señales. Además, la recompensa protege una colección de vínculos E-R contra el “desaprendizaje” al hacer de ellos los últimos fenómenos que se presentaron inmediatamente antes de que se modificara la situación de estímulo.

Basándose en esta interpretación del aprendizaje en términos de contigüidad, Guthrie describió tres técnicas para romper hábitos o desaparecer conductas no deseables (Kazdin, 1983):

A) En la primera técnica, se realiza una presentación gradual de los estímulos para prevenir la evocación de la respuesta indeseable. La intensidad del estímulo se aumenta gradualmente de forma que la respuesta que se quiere eliminar no ocurra en ningún momento. Al no realizar la respuesta indeseable en presencia de pequeñas “dosis” del estímulo, y aumentando progresivamente su intensidad, llega un momento en que el estímulo puede presentarse con toda su fuerza sin elicitar la respuesta.

B) La segunda técnica consiste en una presentación repetida del estímulo en toda su intensidad, con el objeto de provocar la respuesta no deseada una y otra vez. La respuesta deberá elicitar hasta que la fatiga, el agotamiento o la adaptación se produzcan, y la respuesta no vuelva a ocurrir. Según Guthrie, la última respuesta a la situación (el no responder) es la que condiciona al estímulo.

C) En otra técnica, se busca emparejar el estímulo que produce la respuesta no deseable con un estímulo más intenso que provoca una respuesta incompatible. El estímulo original asociado con la respuesta indeseable quedará vinculado a esta nueva respuesta.

De acuerdo con Sánchez-Barranco (1996), los principios teóricos de Guthrie llevados al laboratorio se cumplieron escasamente, ante lo que él argumentó, que las anomalías observadas se debían a que cada ensayo ofrecía muchos estímulos nuevos y variadas distracciones que imposibilitaban que apareciese la respuesta esperada. Esto era coherente con su perspectiva, pero suponía un razonamiento de tipo tautológico que nada demostraba. La ley de la contigüidad, paulatinamente cayó en el olvido, sin embargo algunas de las ideas de Guthrie se siguen aplicando en técnicas de modificación de conducta.

1.1.4 Edward Chace Tolman (1886-1959) y el conductismo propositivo.

Uno de los conceptos más importantes enunciados por Tolman, fue la noción de conducta propositiva o dirigida a una meta. Esto significa que en vez de dar una respuesta a raíz de que un estímulo específico se asoció en el pasado con esa respuesta, un organismo se dirige a un sitio particular porque espera un resultado específico (Kazdin, 1983).

Para Tolman, los organismos no aprenderían respuestas específicas en condiciones concretas, sino significados (S) en relación con estímulos (E), que se relacionan con la meta que persiguen: la experiencia repetitiva de una secuencia de acontecimientos que conducen a una meta crearía una expectativa con respecto a ella, que, si se confirma por sus consecuencias, aumentaría la oportuna probabilidad de ocurrencia del acto en cuestión. En consecuencia, la recompensa que sigue al acto es importante en la medida que proporciona experiencias confirmatorias o revela qué estímulos ambientales son los que llevan a ciertas metas: en tal sentido, puede afirmarse que la teoría de Tolman es una teoría E-S,

dado que implica que ciertas estimulaciones (E) se ligan a ciertas significaciones (S), o una teoría de *qué conduce a qué*. Con el concepto de intención o propósito, Tolman no se planteó el hecho de que el animal o el hombre tuviera *in mente* el perseguir un fin concreto, sino *cómo* lo intencional se reflejaba en el comportamiento observable. Para obviar esta aparente paradoja optó por la inclusión de las variables intervinientes, no observables directamente, pero definibles a través de sus relaciones empíricas con las variables observables (Sánchez-Barranco,1996).

De esta manera, Tolman se pronuncia por la existencia de cogniciones de distintos tipos, como variables intervinientes y unidades básicas del tipo de aprendizaje más importante. Estas cogniciones recibieron diversos nombres, como los de planos cognitivos, conocimiento, expectativas y gualtalen-signos (Swenson, 1984).

La contribución de Tolman no logró persistir, por explicaciones más elaboradas de otros investigadores. Sin embargo, es de reconocer el esfuerzo que realizó Tolman, por introducir variables cognoscitivas del organismo en un trabajo conductista.

1.1.5 Clark Leonard Hull (1884-1952) y su teoría hipotético-deductiva.

Hull quiso formular una teoría psicológica en la forma lógico-matemática de la teoría postulada por Newton en el campo de la física. A juicio de Hull, el mejor camino por el cual podía avanzar la psicología consistía en empezar por supuestos específicos en torno de las relaciones entre estímulos y respuestas. Esos supuestos, o *postulados*, debían basarse en pruebas experimentales, por escasas que fueran, y a su vez servir como base para derivar (deducir) *teoremas* susceptibles de ser demostrados, o leyes del comportamiento. Esas deducciones o teoremas debían ser expuestos en términos de conducta concreta y observable. Si los teoremas no eran respaldados por la investigación experimental, se debían

modificar los postulados hasta que de ellos se desprendieran deducciones satisfactorias (Swenson, 1984).

Como lo señala Kazdin (1983), anteriormente, psicólogos experimentales tales como Robert S. Woodworth (1869-1962) habían sugerido la fórmula E-O-R, con la que reemplazar las explicaciones E-R. El organismo representaba las condiciones intermedias entre el estímulo y la respuesta. Tanto el estímulo como el organismo afectaban a la respuesta final. Sólo cabía inferir lo que sucedía dentro del organismo. Hull, al igual que Tolman, utilizó variables intermedias para explicar la relación entre los estímulos y las respuestas, ya que permitían hacer deducciones de fenómenos nuevos y predicciones comprobables empíricamente. Hull intentaba establecer con su sistema una asociación entre variables intermedias y acontecimientos ambientales.

Para Hull, las variables intermedias estaban organizadas en un esquema predictivo de múltiples etapas. La primera etapa estaba integrada por las variables independientes (estímulos) y la última por las variables dependientes (respuestas). Las etapas siguientes incluían constructos que variaban en su relación con las variables independientes. Algunas de las variables intermedias (por ej., el impulso) se veían afectadas directamente por la manipulación de acontecimientos ambientales (por ej., número de horas de privación de alimento). Sin embargo, otros elementos intermedios se utilizaban para englobar varias variables intermedias de la primera etapa, y no se relacionaban directamente con ninguna variable independiente sola. La fuerza del hábito y el impulso, fueron para Hull dos variables intermedias importantes. La fuerza del hábito se refería a la fuerza de una conexión entre un estímulo y una respuesta aprendida mediante la práctica reforzada. El impulso era un estado de activación del organismo que, al ser reducido, funcionaba como reforzamiento. La conclusión de Hull era la de que un impulso, tal como el hambre o la sed, produce un estímulo característico (estímulo del impulso) que emana de alguna necesidad interna. Cualquier respuesta que ocurra inmediatamente antes de la reducción del estímulo del impulso tiende a

aprenderse como respuesta ante cualquier estímulo presente. Por consiguiente, Hull proponía a la reducción del impulso como mecanismo explicativo del fortalecimiento o impresión de una conexión entre una respuesta y sus consecuencias. Aunque el hábito y el impulso eran importantes en la predicción de la conducta en una situación dada, otras variables intermedias tales como la magnitud de la recompensa, la cantidad de esfuerzo necesario para realizar la respuesta, y otros factores, afectaban a la ecuación de predicción de la conducta.

La teoría de Hull evolucionó constantemente, generando numerosa investigación. Su trabajo original sobre el aprendizaje ejerció una importante influencia porque permitía realizar predicciones concretas sobre la conducta (Kazdin, 1983).

1.1.6 Orval Hobart Mowrer (1907-1982) y su teoría de los dos factores.

La principal contribución de Mowrer a la psicología, es su teoría bifactorial, la cual sufrió varias versiones y modificaciones. Sánchez-Barranco (1996), nos describe a continuación, el interés y las propuestas de este investigador.

Mowrer estaba particularmente interesado en esclarecer la naturaleza del reforzamiento, manteniendo que el refuerzo ocasionado por la reducción de la pulsión no explicaba adecuadamente todos los tipos de aprendizaje, sobre todo el de las reacciones emocionales y el derivado del castigo. Se cuestionaba, por ejemplo, en la adquisición del miedo ante una situación aversiva, cuál era el acontecimiento reforzante que ocasionaba el aprendizaje de la evitación. Semejante duda se planteaba ante el aprendizaje tras un castigo.

Mowrer pensó, en contra de los primeros asertos de Thorndike, que el castigo no sólo suprimía determinadas respuestas, sino que también originaría otras, poniendo el organismo en marcha acciones nuevas para evitar el castigo. En cuanto al condicionamiento pavloviano, también opinó que si el organismo podía

prevenir el acontecimiento estimular aversivo, tal condicionamiento contribuiría a establecer respuestas de evitación, asunto que Pavlov no había abordado.

En 1947, Mowrer formuló la primera versión de su teoría bifactorial del aprendizaje, planteando la existencia de dos tipos de condicionamientos simultáneos, el de señales y el de resolución de problemas: el primero implicaría el condicionamiento clásico, produciendo respuestas involuntarias, entre las que se encontrarían las reacciones emocionales (como el miedo); el segundo ocasionaría la adquisición de respuestas a través de la reducción de la pulsión (esto es, con arreglo al enfoque de Hull respecto del principio del efecto de Thorndike).

Después de llevar a cabo varios experimentos, Mowrer se percató de la importancia del miedo en el aprendizaje de evitación: tal emoción aparece por condicionamiento ante determinadas señales, originando ciertos estados que actuarían como una pulsión adquirida, que motivaría respuestas de escape, que se reforzarían posteriormente por un aprendizaje a través de solución de problemas.

Por último, en la definitiva versión de 1960, Mowrer se inclinó sólo por la bifactorialidad del refuerzo, poniendo en primer y único término el aprendizaje por señales, entendiendo que en el aprendizaje de soluciones se daría también un condicionamiento clásico (Sánchez-Barranco, 1996).

Swenson (1984), indica que Mowrer en esta última teoría se acerca al campo cognitivo. La extinción se torna contracondicionamiento sea en el sentido de que un miedo no es confirmado, lo que trae alivio o de que una esperanza no se confirma acarrea decepción. Incluso el aprendizaje de destrezas motrices, como la de andar en bicicleta, involucra sentimientos de hacerlo correctamente (orgullo) o de hacerlo mal (frustración). Esos sentimientos poseen acentuados componentes cognitivos que se relacionan con las expectativas del que se propone llegar a ciclista. Esta concesión a las expectativas otorga a la última teoría de Mowrer un

fuerte parecido con la de Tolman, incluso hasta el punto de considerar que el aprendizaje de cosas que, esencialmente, son unidades cognitivas se consuma por un proceso de condicionamiento.

Continuando con Swenson, la labor de Mowrer revela hasta qué punto aquellos teóricos que intentan proteger sus ideas contra su refutación por datos nuevos comprueban a menudo cómo sus teorías se tornan progresivamente menos específicas y precisas y dan origen a predicciones que no podrían derivarse de ninguna teoría similar.

1.1.7 Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) y el condicionamiento operante.

Con Watson nace la Psicología como ciencia específica, pero se consolida con el trabajo de Skinner. Este autor supera grandes limitaciones de la formulación de Watson, tanto en el contenido como en la metodología. Sánchez-Barranco (1996), señala que en relación con lo primero, elaboró y desarrolló el concepto de condicionamiento operante y a nivel metodológico concretó el análisis experimental de la conducta, para establecer las oportunas relaciones explicativas entre las respuestas del organismo y las contingencias de reforzamiento y de control.

En el condicionamiento operante, se considera que la probabilidad de una respuesta es afectada (aumenta o disminuye), por lo que pasa inmediatamente después de la misma, siendo este suceso un reforzador positivo o negativo, según aumente o disminuya tal probabilidad. La relación entre la respuesta y lo que sigue es únicamente temporal, no importando nada que tal relación sea o no causal. Skinner experimenta con este modelo (E-R-refuerzo) para averiguar cuándo y bajo qué condiciones (programas y formas de refuerzo) se refuerza una respuesta y las consecuencias que esto tiene sobre su probabilidad de emisión. Trabajando con este modelo de condicionamiento (E-R-refuerzo), Skinner descubre unos interesantes programas experimentales y una alta tecnología con la que explica la

adquisición y extinción (control y manipulación) de las conductas de los organismos (García, Moya y Rodríguez, 1992).

A nivel metodológico, es necesario hacer notar, que Skinner parte exclusivamente de la consideración de variables empíricas, sin dejar ningún espacio para las variables intervinientes o los constructos hipotéticos. Rechazó en forma invariable las causas internas (tales como los motivos, los estados del yo, la fuerza del hábito y demás) pues son de observación imposible. Por lo que, se empeñó en tratar de determinar qué fuerzas ambientales controlan la conducta. Skinner no niega que las fuerzas internas pueden a veces determinar la conducta, ni que la tendencia de todas las ciencias a buscar causas interiores ha tenido a veces resultados útiles. Más bien, ha procurado evitar ese criterio en su propia tarea, por entender que los hechos no susceptibles de observación pueden tentar al científico a asignar, sin justificación adecuada, propiedades y funciones (Swenson, 1984).

De acuerdo con Kazdin (1983), Skinner puso el acento sobre la “conducta pura” como objeto de estudio de la psicología y proporcionó un método de estudio que podía aplicarse de forma generalizada para estudiar el responder operante, el uso de la frecuencia o tasa de respuesta como el dato experimental fundamental y se centró sobre el organismo individual.

De esta manera, Skinner al enunciar los principios del condicionamiento operante conserva y fortalece la visión del Conductismo, entendiendo lo psicológico como el intercambio de propiedades del ambiente y el organismo. En la actualidad, sus principios teóricos persisten, siendo uno de los investigadores que ha ejercido mayor influencia en la modificación de conducta que cualquier otro teórico del aprendizaje.

Como hemos visto, John B. Watson inició una revolución en la psicología, al proponer como objeto de estudio: la conducta manifiesta, y como método de

investigación: la observación directa y la experimentación. Esto cristalizó el objetivismo, dándole de esta manera, un carácter científico a la psicología.

También vimos que otros personajes, con la misma postura objetiva de Watson, estudiaron diferentes factores implicados en la forma en que las conductas se aprenden. En tales investigaciones, Fernández-Ballesteros (1994), señala que se utilizaron conceptos tales como, variables intervinientes y constructos hipotéticos que eran mediadores entre los estímulos y las respuestas, sin que por ello pueda considerarse a sus formulaciones fuera del conductismo o de una psicología de la conducta.

No obstante, todos esos esfuerzos aunque ofrecieron teorías bien formuladas, sistemáticas y coherentes, tuvieron limitaciones al intentar dar una explicación de la influencia de las cogniciones en la conducta y viceversa. Veamos en el siguiente apartado, cómo y por qué en el conductismo se comienza a dar importancia a los aspectos cognitivos.

1.1.8 Los fenómenos “privados” en el conductismo

Muchos fueron los esfuerzos por superar el paradigma E-R en la explicación de la conducta humana, sin salirse de un marco científico, es decir, tomando en cuenta, la observación y la experimentación como pilares fundamentales.

De esta manera, como lo mencionan García y Moya (1993), el conductismo vino a responder a muchas inquietudes de la comunidad científica: la equiparación de la psicología con las ciencias naturales, el malestar por tener que aceptar los datos de la introspección, sin ninguna forma científica de control; la insatisfacción con conceptos vagos y generales como “voluntad” o “propósito”, y el anhelo de explicar el comportamiento humano apelando a las mismas construcciones teóricas que habían sido aplicadas a los animales. Sin embargo, paulatinamente el conductismo fue incapaz de dar razón de muchas investigaciones que ponían de

manifiesto su limitación para explicar toda la conducta humana y, lo mismo que el positivismo lógico, que le servía de sustento epistemológico, se abandonó para la explicación del mundo físico, el conductismo radical fracasó en su pretensión de abarcar comprensivamente toda la actividad humana.

En este mismo sentido, Dowd (1997) menciona que: en primer lugar, mientras las técnicas conductistas demostraban su eficacia, no lo hacían por regla general por encima de otras estrategias alternativas. Precisamente porque los psicólogos conductistas defendieron e hicieron investigaciones empíricas, se desconcertaron cuando sus resultados mostraban diferencias no significativas con otras intervenciones. En segundo lugar, mientras que las técnicas conductistas funcionaban la mayoría de las veces, no lo hacían siempre. En otras palabras, la “caja negra” (mente) entre los estímulos y las respuestas o entre las respuestas y sus consecuencias parecía ser responsable de mucha más varianza de lo que podría pensarse.

En realidad, desde comienzos del conductismo, el aspecto de los fenómenos “privados”, llamados así por no ser observables, como los pensamientos, los sentimientos y los recuerdos, se había hecho evidente. Kazdin (1983), nos da tres ejemplos de ello, en las figuras de Pavlov, Watson y Tolman:

Pavlov había reconocido las diferencias entre el aprendizaje animal y el humano; según él, tanto el ser humano como el resto de las especies animales compartían el aprendizaje del reflejo condicionado, consecuencia de la exposición directa a estímulos incondicionados. Este aprendizaje, que él había investigado detenidamente, se denominó *primer sistema de señales*. La diferencia entre el aprendizaje humano y el animal se debía a la propiedad del lenguaje. Al ser el habla una característica singular de la especie humana, Pavlov pensaba que afectaba al aprendizaje permitiendo al hombre la adquisición de respuestas sin contacto directo con estímulo incondicionado alguno. Pavlov denominó a este

aprendizaje el *segundo sistema de señales*. De esta manera, las especulaciones de Pavlov sobre el lenguaje fueron el fermento del interés que después se dirigiría a los procesos mentales complejos implicados en el aprendizaje humano.

Incluso Watson, que se adhirió a una versión del aprendizaje en términos estímulo-respuesta especialmente estricta, y que defendía el rechazo completo de los fenómenos privados, tuvo que admitir la actuación de mecanismos internos para explicar algunas conductas. Por ejemplo, Watson propuso la noción de habla encubierta en su intento de proporcionar una explicación objetiva del pensamiento.

Aunque, la importancia de la cognición como tema central en el aprendizaje, fue explicitada por primera vez por Tolman. Recordemos que él afirmaba que los organismos desarrollaban cogniciones sobre distintos estímulos y que la formación de estas cogniciones constituía el aprendizaje. Sin embargo, aunque formula esa proposición, no logra ofrecer la investigación aplicada imprescindible.

Es decir, en el conductismo se consideró que hay procesos complejos en el ser humano y que éstos pueden ser analizados por medio de la conducta observable. Pero, por ser un modelo que comenzaba, que buscaba objetividad y por consiguiente, hacer de la psicología una ciencia, no tomó en cuenta los fenómenos “privados”, o aspectos cognitivos del ser humano. En cierta manera, se les negó, evitó o criticó su significado.

Por su parte, Mahoney (1983) nos dice, que los modificadores de conducta de las primeras épocas se sintieron satisfechos de restringir sus análisis y operaciones a los fenómenos discretos y palpablemente observables. Los términos “mental” e “inobservable” adquirieron connotaciones negativas, condicionadas en forma clásica a través de su asociación con los términos “débil”, “poco científico” e “imparsimonioso”. La insistencia en esta prohibición de las inferencias mediacionales se aproximó, algunas veces, a la de un dogma religioso. A tal grado, que permanecía el hecho de que los críticos podían legítimamente sostener

que “los fenómenos privados significativos” se hallan funcionalmente ausentes del marco de trabajo conductual inicial.

No obstante, hay autores que consideran que el modelo conductual, incluso desde la época de Skinner, ha considerado a los pensamientos, autoverbalizaciones, sueños, motivaciones, imágenes, percepciones, actitudes, esquemas y sentimientos, como conductas o eventos privados que ocurren “por debajo de la piel”, que pueden no ser observables, pero que son fenómenos reales que están sujetos al análisis científico. En este sentido, Thyer (1992; cit. en Caballo, Aparicio y Catena, 1995) opina:

“no habría diferencias importantes en el análisis conductual de actividades manifiestas y encubiertas, ya que cada una de ellas se considera como conducta por derecho propio. La cognición es conducta, como lo son también los sentimientos, en el sentido que son cosas que hace el cuerpo (pg. 112)”.

Pero, sea o no correcta la posición anterior, lo cierto es que los psicólogos conductuales no prestaron demasiada atención a lo que tenía lugar en el interior del cuerpo humano. Como señala Mahoney (1983), mientras la ausencia de estos fenómenos se citó frecuentemente como una ventaja por parte de los conductistas entusiastas, su exclusión constituyó una serie de limitaciones, tanto en la comprensión como en la relevancia clínica de la entonces en boga teoría conductual.

En busca de superar las limitaciones, Lloyd Homme (1965) realiza el primer intento por considerar los eventos privados. El sugirió que los contenidos mentales o sucesos privados deben considerarse conductas encubiertas que siguen los mismos principios del aprendizaje que operan en la conducta manifiesta. Así, propone que un mismo estímulo puede provocar dos respuestas distintas, una encubierta y otra manifiesta, que covaría la una con la otra, de forma que también los contenidos mentales tienen una relación de contingencia con los estímulos y las conductas. La conducta anormal, según Homme, se da cuando la conducta y

el pensamiento no cumplen una misma y única función adaptativa (Feixas y Miró, 1993).

Según Landa (2000), para Homme el ignorar o evadir el asunto de los eventos privados era reforzar el dualismo mente-cuerpo, tan rechazado por los conductistas.

En esta línea, Cautela (1966; cit. en Landa, 2000) incluyó a las conductas cubiertas en el paradigma del condicionamiento, inventó la desensibilización encubierta, que consistía en instruir al sujeto para que se imaginara involucrándose en la conducta problema y experimentando sentimientos desagradables, como náusea, dolor o desaprobación social. Los pensamientos, imágenes, los recuerdos y las sensaciones se describían como estímulos cubiertos, respuestas cubiertas y consecuencias cubiertas. Se extiende así la lógica del paradigma a los eventos cubiertos sobre la base de que ambos, eventos cubiertos y abiertos, responden a las mismas leyes y procesos del aprendizaje.

Sin embargo, como lo señalan Rodríguez, Méndez y Antón (1997), hay una constatación de los límites teóricos y operativos de los procesos básicos de condicionamiento para poder abordar nuevos problemas y adentrarse en nuevas áreas de trabajo e investigación, como lo serían las conductas cubiertas.

En concreto, podemos decir que dos factores que propiciaron la consideración de la cognición dentro del modelo conductual fueron:

1. La aparición del conductismo covariante de Homme.
2. La comprobación de límites teóricos y operativos de los procesos básicos de condicionamiento en la explicación de los eventos privados.

Ahora bien, esta nueva situación suponía que el constructo “conciencia”, que con no poco esfuerzo se había suprimido en los inicios de la psicología objetiva, tenía

que volver a retomarse. Tal controversia conllevaba para algunos la única posibilidad de futuro, mientras que para otros suponía el inicio de la desintegración del modelo conductual, al posibilitar de nuevo la entrada de lo subjetivo y con ello la pérdida de rigor metodológico (Rodríguez, Méndez y Antón, 1997).

Es entonces, que a partir de esta controversia generada, se plantearán dos posturas sobre el papel de las cogniciones dentro del modelo conductual. Una primer postura, llamada cognitivo-conductual, atribuirá una función mediadora de los factores cognitivos sobre la conducta. Y una segunda posición, de conductismo clásico, indicará que las cogniciones son conducta, por lo que pueden ser abordadas como las conductas manifiestas.

En nuestro siguiente apartado conoceremos como está caracterizado este enfoque cognitivo-conductual, lo que resulta de gran importancia, pues estamos hablando de la postura que se tiene con respecto a la naturaleza del ser humano, su comportamiento y su génesis.

1.2 CARACTERIZACIÓN DEL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

En este segundo apartado, revisaremos los principios teóricos que rigen el enfoque cognitivo-conductual, y las principales críticas de las que ha sido objeto.

1.2.1 Principios teóricos

El enfoque cognitivo-conductual se basa en la importancia concedida a los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Dichos procesos cognitivos, son considerados los mediadores básicos de los problemas de los clientes y los determinantes del cambio de conducta (Rodríguez, Méndez y Antón, 1997).

De acuerdo con Díaz-González y Rodríguez (2003), este enfoque plantea un acercamiento hacia la concepción del ser humano, en donde trata de explicarlo en sus múltiples dimensiones, partiendo de que el comportamiento está fundamentado en procesos mediacionales. Se parte de que la realidad está formada por la persona, es decir, por su manera de percibir los distintos hechos y características de su entorno; aunque dicha percepción, o propiamente “realidad”, atiende a patrones, leyes, o principios generales de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante, aprendizaje vicario).

Mercado (2003), señala que en este enfoque cognitivo se plantea la necesidad de postular procesos internos de representación de las circunstancias y de operación interna sobre dichas representaciones, como forma de hacer sentido de y explicar coherentemente la conducta en toda su riqueza, especialmente la muy compleja conducta del Homo Sapiens.

De esta manera, los principios que se postulan en el enfoque cognitivo-conductual son los siguientes :

- 1) el organismo humano responde a las representaciones cognoscitivas del medio, más que al medio propiamente dicho.
- 2) las representaciones cognoscitivas están relacionadas con el aprendizaje.
- 3) la mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente.
- 4) los pensamientos, los sentimientos y las conductas son causalmente interactivos (Kendall y Norton-Ford, 1988).

Podemos decir, que el contexto en que interactúa una persona, determina muchas de sus conductas, pero éstas también están influidas por la interpretación que la persona hace de esas situaciones o del contexto.

En otro punto, es importante hacer mención, de que en la Psicología se han desarrollado diversas explicaciones cognoscitivas, que en ocasiones se pueden confundir con los planteamientos del enfoque cognitivo-conductual. Por ejemplo, como lo señala Zarzosa (2003), estarían los postulados de Piaget, relativos a la vida mental y las estructuras del conocimiento. Sin embargo, el trabajo de este destacado psicólogo se circunscribe fundamentalmente al ámbito del desarrollo infantil y el aprendizaje, no es una teoría general que tenga cobertura para descifrar comportamientos que estén fuera de este contexto. Por otra parte, también suele confundírsele con las investigaciones referentes a algún tema relacionado con lo mental (percepción, memoria, atención, imaginación, solución de problemas, etc.), investigaciones en las que se aplica alguna metodología experimental en el estudio de alguno de dichos procesos cognoscitivos y sólo se organizan de acuerdo a alguna racionalidad.

Habiendo aclarado este punto, enseguida, trataremos sobre las críticas que ha generado el surgimiento de esta nueva aproximación.

1.2.2 Principales críticas

Las principales críticas dirigidas al enfoque cognitivo-conductual son con respecto a: 1) la razón para introducir variables cognoscitivas en el modelo conductual y 2) la aceptación que actualmente tiene tanto en el ámbito académico como en el clínico.

En cuanto a la primera crítica, Zarzosa (2003), opina que en muchas ocasiones lo cognoscitivo se convierte en un recurso retórico para acallar las voces que acusan de la falta de una teoría sólida que oriente y vincule las explicaciones psicológicas. Aquí las cogniciones son una especie de agregados que se plantean cuando los modelos que se siguen no dan cuenta de algunas modalidades del comportamiento. Se podría decir que son una especie de anexos de emergencia,

los cuales se tratan de encuadrar, no siempre con buena fortuna, dentro de modelos que originalmente no contemplaban la inclusión de dichos constructos.

Visto desde nuestra perspectiva, son los mismos planteamientos de un modelo del comportamiento humano, los que van generando sus propias limitantes, retos y nuevos principios. A lo largo del capítulo, vimos cómo los conceptos de condicionamiento son estudiados de manera profunda y sistemática, y como no pueden dar cuenta de algunos fenómenos, como los privados.

Con respecto a la segunda crítica, Díaz-González y Rodríguez (2003), señalan que la aceptación que ha recibido este nuevo enfoque, es por las concepciones socialmente dominantes acerca de lo que se considera lo psicológico. Para el común de la gente, los motivos de su conducta residen en sus pensamientos, sentimientos, emociones, pasiones, etc. A todo ello, le dan un estatus causal de acuerdo a una lógica lineal y un razonamiento paramecánico, pues a pesar de que se reconozca que no se trata de fenómenos físicos, les dan una ubicación, esto es, afirman que se trata de eventos internos. Resulta natural que una sociedad donde dominan estas nociones tenga mayor inclinación por ideas concordantes, al igual que una comunidad que explica los problemas de salud y enfermedad en términos de desequilibrios en la energía corporal, tendrá mayor aceptación por opciones curativas como la acupuntura.

En ese mismo sentido, Luciano (1993) opina que:

“la popularidad de este enfoque tiene como base la *compatibilidad* existente entre los criterios y presupuestos asumidos por el enfoque y los puntos de vista socioculturales imperantes, especialmente en relación a qué creencias se fomentan sobre las razones por las que la gente se comporta (pp. 111)”.

Lo que expresan tanto Díaz-González y Rodríguez, como Luciano, puede estar de cierta manera involucrado, pero en realidad, lo que determina la funcionalidad de dicho enfoque, y en consecuencia su aceptación, son los resultados positivos en

las investigaciones que se están llevando a cabo. Además, como lo señala Mercado (2003):

“no ha existido en tiempos recientes Mentalismo, ni se están creando fantasmas especulativos, pues cada concepto que se está desarrollando se ha sometido al más riguroso escrutinio tanto experimental como no experimental, se le ha discutido y se le ha analizado críticamente (pg.18).

Podemos concluir entonces, que el reconocimiento de la importancia de las variables cognitivas para entender y modificar la conducta humana, ha marcado un gran avance en la Psicología, independientemente de los conceptos que aún tienen que ser delimitados y definidos claramente.

En nuestro siguiente capítulo, haremos referencia al desarrollo del enfoque cognitivo-conductual a nivel aplicado en el ámbito terapéutico, es decir, a la creación de las terapias cognitivo-conductuales así como a las formulaciones que cimientan este tipo de terapias y en las que también han contribuido otras posturas teóricas.

CAPITULO DOS

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

A partir de los años setenta, empieza a resonar en el ámbito de la psicología clínica un nuevo enfoque terapéutico llamado “cognitivo-conductual”. Esta aproximación, penetra en el laberinto de procedimientos diversos, proponiendo tanto un modelo de psicopatología como un modelo sobre el cambio de conducta. A pesar de que, aún hay muchas brechas entre los fundamentos conceptuales y las técnicas utilizadas, este enfoque parece ser prometedor en la comprensión científica de los trastornos psicológicos. Cuenta con la aceptación y reconocimiento de diversos investigadores, quienes están comprometidos por clarificar y dar coherencia a dicho enfoque, principalmente en el aspecto cognitivo.

El objetivo de este capítulo es exponer la conformación de las terapias cognitivo-conductuales, sus planteamientos teóricos y la investigación que se ha desarrollado en el trabajo con niños.

2.1 CONFORMACIÓN DE LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Meichenbaum (1988), señala dos líneas específicas de teorización e investigación que han contribuido al surgimiento y desarrollo del enfoque de las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC): la línea cognitivo-semántica y la línea cognitivo-conductual.

2.1.1 Línea cognitivo semántica

Dentro de esta línea, se encuentran las aportaciones de las terapias cognitivas. Este tipo de terapias se planteó en sus orígenes preguntas que las distinguían de otros enfoques, e intentaron responder lo mejor posible. Se desarrollaron como un proceso dialéctico, en un movimiento que se alejaba de los excesos teóricos y las

limitaciones prácticas del psicoanálisis clásico y del conductismo (Liotti y Reda, 1981; cit. en Caro, 1997).

Las terapias cognitivas carecen de un marco teórico unificador, o de un genio inspirador que, al igual que Freud con el psicoanálisis, otorgue unidad al modelo o al menos una imagen clara y ortodoxa con la que guiarse o disentir (Feixas y Miró, 1993). No obstante, resaltan los esfuerzos de los teóricos cognitivos semánticos, tales como Albert Ellis y Aarón Beck. Para éstos, el trastorno mental es fundamentalmente un desorden de pensamiento por el que el cliente distorsiona la realidad de un modo idiosincrásico. Estos procesos de pensamiento afectan de modo adverso la forma que el cliente tiene de ver el mundo y lo conducen a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales (Meichenbaum, 1988). A continuación se describirá más específicamente las contribuciones de ambos investigadores.

2.1.1.1 Albert Ellis

Albert Ellis desarrolló la terapia racional-emotiva (TRE). La premisa básica de la TRE es que gran parte, si no todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen. Dichas creencias conducen a pensamientos y sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta. En consecuencia, la tarea del terapeuta de la TRE encierra tres tipos de acción. Primero, debe determinar los eventos que perturban al cliente. Segundo, el terapeuta debe ayudar al cliente a descubrir las pautas específicas de pensamiento y las creencias subyacentes que constituyen la respuesta interna a estos eventos y que dan nacimiento a las emociones negativas. Tercero, el terapeuta ayuda al cliente a alterar estas pautas de pensamientos y creencias (Meichenbaum, 1988).

La TRE es claramente constructivista y humanista, tal y como lo reflejan los siguientes puntos, elaborados por Ellis (1997):

1. La TRE sostiene que los humanos aprenden a plantear sus objetivos y preferencias gracias al éxito y la aprobación de sus familias y de su cultura, en consecuencia se sienten frustrados y molestos cuando fracasan o reciben una desaprobación.

2. Cuando las personas realizan demandas irracionales (auto-derrotistas) sobre ellos mismos, los demás o sobre las condiciones en las que viven, tienden a construir, como derivados de sus deberías, percepciones, inferencias y atribuciones poco realistas que contribuyen, de un modo sustancial, a crear su entorno.

3. La TRE no sólo les muestra sus inferencias y atribuciones no realistas y cómo discutirlos, sino que les muestra también sus imperativos en forma de deberías y demandas que, inconsciente y tácitamente, subyacen y guían estos imperativos disfuncionales.

4. La TRE sostiene que las conductas, cogniciones y emociones no aparecen casi nunca en estado puro o por separado, sino que las tres interactúan de forma integral y holística incluyéndose unas a otras. Aunque resulte muy filosófico, la TRE reconoce que los sentimientos y las conductas tienen una gran influencia en las creencias, que las creencias afectan a los sentimientos y las conductas, y que los sentimientos producen un efecto sobre las conductas y las creencias. Por esto, la TRE es siempre multimodal y utiliza métodos cognitivos, emotivos y comportamentales con la mayor parte de los clientes.

5. La TRE teoriza que las personas están biológicamente predispuestas a construir de un modo poderoso, apasionado y rígido una serie de deberías y creencias irracionales y a aferrarse a ellas. De aquí que la TRE trate de persuadir

y enseñar a los clientes una forma de pensar, sentir y actuar poderosa, fuerte y persistente, que se enfrente a sus demandas y las transforme en preferencias.

6. La TRE explica que las personas tienden a habituarse a sus pensamientos, sentimientos y acciones problemáticos y los repiten una y otra vez de forma automática, incluso “sabiendo” que no les traen más que malos resultados. Para lograr algún cambio, a menudo se tienen que forzar, con gran incomodidad por su parte, a moverse y romper con sus hábitos disfuncionales. Para ello, utiliza un gran número de métodos cognitivos y emotivos. No obstante, hace hincapié en la importancia de las tareas comportamentales para casa, como el refuerzo y la penalización, la desensibilización in vivo, procedimientos implosivos contra fobias, y la prevención de respuestas. De aquí, que a veces se considere una teoría más conductual que otras terapias cognitivas.

7. La TRE tiene una orientación psicoeducativa, de ahí que utilice una gran cantidad de medios escritos y audiovisuales. También enseña a resolver problemas, a entrenar habilidades y métodos de cambio social, de forma que puedan modificarse el ambiente y el sistema en que viven.

8. La TRE sostiene que todos los seres humanos, con independencia de su crecimiento, tienen dos tendencias creativas opuestas: a) a maldecirse y deificarse tanto a sí mismos como a los demás, y con ello, a convertirse en problemáticos y disfuncionales, y b) a cambiar y a realizarse de un modo más saludable. La TRE trata de mostrarles cómo utilizar su auto-realización para reducir sus tendencias auto-perturbadoras, y construir, de este modo, una vida más feliz.

9. La TRE se opone a la rigidez, a la asunción de una perspectiva única sobre las cosas, y defiende una apertura a la aprobación y apoyo, una búsqueda de alternativas, una perspectiva anti-dogmas y una mayor flexibilidad.

10. La TRE defiende que la persona es innatamente creativa y constructiva, y que aunque se perturbe a sí misma, también tiene en sí la tendencia y la habilidad de pensar acerca de sus conductas, pensamientos y sentimientos para reconstruir los caminos auto-derrotistas, que antes había construido.

Actualmente la TRE se aplica cada vez más en el mundo de la empresa, la dirección, política, economía, pareja y familia. Se ha expandido y continúa haciéndolo en ambientes educacionales que van desde escuelas de enfermería hasta licenciaturas, así como en otro tipo de entornos educativos para adultos (Ellis, 1997).

2.1.1.2 Aarón Beck

Aarón T. Beck es un psiquiatra originalmente formado como psicoanalista, que sumó a su insatisfacción con la terapia psicoanalista, sus hallazgos empíricos discrepantes con los postulados freudianos. En sus investigaciones con los sueños de sus pacientes depresivos no encontró las temáticas deseables desde la teoría psicoanalítica sino que en ellos los pacientes se veían persistentemente como personas derrotadas, frustradas, desvaloradas, anormales o feas. Es decir, se trataba de situaciones en las que estos pacientes aparecían casi invariablemente como víctimas. El enfoque que desarrolló Beck supone que el depresivo tiene pensamientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo que se conoce como la tríada cognitiva de la depresión. Estos pensamientos pueden identificarse y modificarse con la obtención de datos que cuestionen su validez (Feixas y Miró, 1993).

Beck (1972; cit. en Meichenbaum, 1988), ilustró algunas formas en que los individuos depresivos procesan la información, y que contribuyen y ayudan a mantener su estado depresivo. Los cuatro procesos cognitivos incluyen:

1. Razonamiento dicotómico. Se refiere a la tendencia a dividir los eventos en opuestos o pensar en términos de extremos. El individuo depresivo es propenso a ver las cosas en términos absolutos, blanco o negro, bueno o malo, bien o mal, por ejemplo: “Debo hacer mi trabajo perfectamente”. “Todo el mundo está en mi contra”.

2. Sobregeneralización. Se refiere al proceso de llegar a conclusiones de gran alcance sobre la base de datos escasos. Es frecuente que un cliente haga una generalización injustificada sobre la base de un único incidente, por ejemplo, el cliente que piensa “nunca triunfaré en nada” cuando ha tenido un solo fracaso aislado o “mi novia me abandonó; nunca confiaré en otra mujer”.

3. Magnificación. Se refiere a la tendencia a ver los eventos como mucho más importantes, amenazantes o catastróficos de lo que objetivamente son. El individuo exagera el significado o la significancia de un acontecimiento específico.

4. Inferencia arbitraria. Se refiere al proceso de elaborar conclusiones cuando se carece de evidencia o ésta es contraria a las conclusiones. El individuo puede observar el ceño fruncido de alguien y pensar “a esa persona le disgusta”. El cliente tiende a sacar del contexto ciertas características y enfatizarlas, excluyendo otras.

2.1.2 Línea cognitivo conductual

Rodríguez, Méndez y Antón (1997), señalan que esta línea está basada en la teoría del aprendizaje, como ha quedado reflejado en los trabajos de Julián Rotter, Albert Bandura, Walter Mischel, Michael Mahoney y Don Meichenbaum. Según la teoría del aprendizaje social, los modos que tienen los individuos de evaluar las situaciones, fijar expectativas, establecer pautas internas, recordar selectivamente los eventos y poner en acción rutinas de resolución de problemas, son críticos a la hora de comprender su conducta y formular las intervenciones del tratamiento.

Dentro de esta línea, el principal representante es Albert Bandura. El desarrolló su teoría del aprendizaje social, basada en el principio de la influencia recíproca o contracondicionamiento.

2.1.2.1 Albert Bandura

Según Bandura, la teoría del aprendizaje social postula que los factores cognitivos, conductuales y ambientales, especialmente aquellos relacionados con la interacción humana, trabajan juntos (interactúan entre sí) para determinar la actuación humana. Fundamental para las nociones de aprendizaje social es la suposición de que, para que la gente sea influida por las consecuencias de su conducta, tiene que “darse cuenta” del lazo entre la conducta y sus consecuencias. El otro punto básico de la teoría del aprendizaje social está implícito en el término “social”. La gente aprende tanto vicariamente, por medio de la observación de la conducta de los demás, como a través de la experiencia directa. Además, los términos “cognición” y “social” están muy asociados, ya que la cognición es el vehículo por medio del cual la gente aprende de la gente. Si un individuo observa que otra persona recibe una recompensa como consecuencia de una actuación conductual, es probable que el observador piense (cognición): “Si me comporto de la misma manera, recibiré la misma recompensa”. El observar la conducta de otra persona que da como resultado una recompensa es suficiente para que ocurra el aprendizaje. Pero también los individuos pueden aprender incluso si sus observaciones no incluyen recompensas (Caballo, Aparicio y Catena, 1995).

Esencialmente Bandura pudo demostrar mediante la investigación empírica que las contingencias ambientales no solo influyen en la conducta humana, sino que los seres humanos también pueden a su vez influirse contingentemente a sí mismos y a los demás. Por tanto, la influencia es ejercida de manera recíproca. En segundo lugar, la investigación de Bandura mostró que los refuerzos *percibidos*

eran más reforzadores que los esfuerzos *reales* que no eran percibidos como tales. En tercer lugar, pudo demostrar que los individuos no tenían que ser reforzados directamente para realizar una conducta con el objetivo de aumentar su probabilidad de ocurrencia; para el individuo era suficiente *observar* a otra persona (modelo) siendo reforzada para realizar una conducta. Esos tres hallazgos indicaron que lo que ocurría en la “caja negra” era de una importancia crucial para el propio condicionamiento operante y que no era un proceso automático, sino un proceso mediado por la cognición humana (Dowd, 1997).

Los aportes teóricos de ambas líneas de investigación, dan forma a las terapias cognitivo-conductuales, veamos a continuación, de que manera se conjugan.

2.1.3 Características de las Terapias Cognitivo-Conductuales

De acuerdo con Meichenbaum (1988), los terapeutas cognitivo-conductuales intentan integrar los puntos de interés de ambas líneas con el fin de combinar la comprensión clínica de los terapeutas semánticos con la tecnología de los terapeutas de conducta. Es decir, los terapeutas cognitivo-conductuales, se caracterizan por resaltar la interdependencia de los múltiples procesos que están envueltos en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo, así como las consecuencias ambientales. Mientras que algunos terapeutas semánticos como Ellis, han sostenido que los disturbios emocionales y la conducta inadaptaada derivan de creencias irracionales y distorsiones cognitivas, los terapeutas cognitivo-conductuales consideran que las cogniciones del cliente son únicamente uno de los diversos factores que contribuyen a la etiología y mantenimiento de la conducta desadaptada. De la misma forma que los terapeutas de conducta han destacado el papel de los acontecimientos ambientales externos, especialmente las reacciones sociales de otros como determinantes de la conducta anormal, el terapeuta cognitivo-conductual ve estos acontecimientos externos únicamente como uno de los componentes del proceso.

Estamos hablando entonces, de tres términos de intervención terapéutica: las terapias cognitivas, las terapias cognitivo-conductuales y la modificación cognoscitiva de la conducta, que aunque pudieran equipararse existen diferencias entre las mismas.

2.1.3.1 Distinción entre terapias cognitivas, terapias cognitivo-conductuales y modificación cognoscitiva de la conducta

En cuanto al tiempo cronológico, Dobson (2001) señala que, a principios de 1960, habían surgido las terapias cognitivas (con ciertos aspectos conductuales), en el campo de los “psicoterapeutas semánticos”, pero no fue, sino hasta 1970 que los primeros textos sobre “modificación cognoscitiva de la conducta” aparecieron, dentro del modelo conductual.

Ahora bien, según Caro (1997), las primeras terapias cognitivas o lo que es lo mismo, los enfoques de Ellis y Beck, surgieron del psicoanálisis, mientras que las terapias cognitivo-conductuales parten de la terapia de conducta.

Teniendo claro cuándo y de dónde parten las terapias cognitivas, veamos entonces, la diferencia entre la modificación cognoscitiva de la conducta y la terapia cognitivo-conductual, pues aunque pudieran parecer cercanamente idénticas en sus asunciones básicas, y altamente similares en el tratamiento de sus métodos, existe una ligera diferencia en ambas.

Kazdin (1978; cit. en Dobson, 2001), ha argumentado que:

“el término ‘modificación cognoscitiva de la conducta’ abarca tratamientos que intentan cambiar la conducta manifiesta al alterar los pensamientos, interpretaciones, asunciones y estrategias de respuesta (pg. 337)”.

Por lo que quizás, la única área donde los dos niveles identificados divergen en sus terapias es con respecto a los resultados del tratamiento. Mientras la modificación cognitiva de la conducta busca cambiar la conducta manifiesta como un resultado final, algunas formas contemporáneas de terapia cognitivo-conductual enfocan los efectos del tratamiento sobre las cogniciones en sí, en la creencia de que el cambio de conducta le seguirá. Los esfuerzos de Ellis sobre el cambio de creencias, por ejemplo, constituyen un tipo de terapia que en la definición de Kazdin, pudiera no incorporarse como una forma de modificación cognoscitiva de la conducta. En este sentido, el término “terapia cognitivo-conductual” es un término más extenso que “modificación cognitiva de la conducta”, incluyendo éste dentro de terapia cognitivo-conductual (Dobson, 2001).

En razón de los planteamientos anteriores, a lo largo del presente trabajo, emplearemos el término terapia cognitivo-conductual, por ser un término que abarca diversas estrategias de cambio, tanto en la cognición como en la conducta.

2.2 PROPOSICIONES TEÓRICAS DE LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Los procesos cognitivos, son considerados los mediadores básicos de los problemas de los clientes y los determinantes del cambio de conducta (Rodríguez, Méndez y Antón, 1997). A partir de este supuesto, Dobson (2001) señala y analiza tres proposiciones fundamentales que muestran las terapias cognitivo-conductuales:

1. La actividad cognitiva afecta la conducta.
2. La actividad cognitiva puede ser alterada y monitoreada.
3. El cambio de conducta deseado puede ser afectado a través del cambio cognitivo.

La *primera proposición* es un replanteamiento del modelo mediacional básico. Aunque los primeros teóricos apoyaron que la aproximación cognitivo-conductual tenía que documentar la legitimidad teórica y empírica de esta proposición (ej. Mahoney, 1974), hay ahora evidencia arrolladora de que la evaluación cognitiva de los eventos puede afectar la respuesta a aquellos eventos y que hay valor clínico en la modificación del contenido de estas evaluaciones. Mientras el debate ciertamente continúa acerca del grado y exacta naturaleza de las evaluaciones en un individuo hechas en diferentes contextos, el hecho de la mediación no está fuertemente contestado.

En la *segunda proposición* implícitamente están un número de corolarios. Por ejemplo, es asumido que nosotros podemos obtener fácil acceso a la actividad cognitiva. Como tal, las cogniciones debieran ser conocibles y evaluables. Hay, sin embargo, razón para creer que el acceso a las cogniciones no es perfecto, y que la gente puede reportar actividades cognitivas sobre la base de su probabilidad de ocurrencia más que en su actual ocurrencia. Muchos investigadores en el área de la evaluación cognitiva, sin embargo, continúan intentar dar validez y confiabilidad, a las estrategias de evaluación cognitiva, usualmente con la conducta como la fuente validacional de la información.

Otro corolario de la segunda proposición, es que la evaluación de la actividad cognitiva es un preludio para la alteración de la actividad cognitiva. Esta opinión, no obstante, pudiera ser considerada especulativa. Aunque en un sentido conceptual se marca que una vez que nosotros podemos medir un constructo nosotros podemos entonces comenzar a manipularlo, uno no es necesariamente seguido por el otro. En el campo del cambio humano, la medición de la cognición puede no necesariamente apoyar en los esfuerzos de cambio. Muchas de las estrategias de evaluación cognitiva enfatizan el contenido de las cogniciones y la evaluación cognitiva resultante, más que el proceso cognitivo. Examinando el proceso de la cognición, así como la interdependencia entre los sistemas, cognitivo, conductual y afectivo, por otra parte, muy probablemente avanzaría

nuestro entendimiento del cambio. Esta forma de monitoreo cognitivo permanece en un muy rudimentario estado de desarrollo.

La *tercera proposición* es un resultado directo de la adopción del modelo mediacional. Que el cambio de conducta deseado puede ser llevado a cabo a través del cambio cognitivo. Esto es, mientras los teóricos cognitivo-conductuales aceptan que las contingencias de reforzamiento manifiestas pueden alterar la conducta, ellos probablemente enfatizan que hay métodos alternativos para el cambio de conducta, uno en particular es el cambio cognitivo (Dobson, 2001).

En las tres proposiciones, el concepto de cognición tiene un papel fundamental. Vázquez y Cameron (1997) señalan que dicho término está casi exclusivamente referido a verbalizaciones conscientes o de fácil acceso a la conciencia. Por cognición, los terapeutas cognitivos normalmente entienden un 'pensamiento específico, tal como una interpretación, una autoinstrucción, una autocrítica, o incluso un deseo (como el deseo suicida) que tenga un contenido verbal'. Aunque, más tarde esta definición se amplió para incluir "sucesos" no verbales como, por ejemplo, imágenes, que irrumpen en la "corriente de conciencia". Sin embargo, como se puede apreciar, el énfasis se sitúa en el terreno de las cogniciones conscientes, asumiendo que el escenario de la conciencia es el más importante en la determinación de nuestros actos y la planificación de nuestras acciones. A partir de esta aclaración, en el siguiente apartado describiremos, la taxonomía cognitiva más aceptada.

2.3 TAXONOMÍA COGNITIVA

Dada la gran cantidad de variables cognitivas que son objeto de interés en psicología clínica (pensamientos automáticos, atribuciones causales, esquemas cognitivos, etc.), se hace necesario algún sistema taxonómico que permita comprender mejor los diferentes elementos presentes en la actividad mental humana (Vázquez y Cameron, 1997).

Una de las taxonomías cognitivas más completas, es la propuesta por Ingram y Kendall (1986, cit. en Vázquez y Cameron, 1997), la cual distingue cuatro categorías cognitivas: a) estructuras cognitivas, b) contenido de la información almacenada en las estructuras, c) operaciones efectuadas dentro de esas estructuras y con esos contenidos y, finalmente, d) los productos cognitivos resultantes. Estas categorías se pueden definir del siguiente modo:

Productos Cognitivos: los productos se refieren al resultado final de las operaciones que el sistema cognitivo realiza sobre la información; son las cogniciones y pensamientos que el individuo experimenta y de las que puede tener conciencia, como resultado de la interacción de la información entrante con las estructuras, las proposiciones y las operaciones del sistema. Las atribuciones o los pensamientos automáticos son dos de los constructos que se incluyen en esta categoría.

Operaciones Cognitivas: se refieren a los procesos mediante los cuales el sistema opera, e incluyen conceptos como la codificación y recuperación de información, o los procesos atencionales.

Proposiciones cognitivas: se refieren al contenido de la información que es almacenada y organizada dentro de alguna estructura. Incluyen conceptos como los de conocimiento episódico o conocimiento semántico.

Estructuras cognitivas: las variables estructurales se refieren a la “arquitectura” del sistema, es decir, la manera en que la información se almacena y se organiza internamente dentro de algún tipo de estructura. La memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo son dos conceptos que pertenecen a esta categoría.

A partir de estas cuatro categorías se ha elaborado un marco explicativo de las conductas desadaptadas, que se expondrá en el siguiente punto.

2.4 MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE PSICOPATOLOGIA

En relación con las categorías antes mencionadas, Robins y Hayes (1997) nos describen a continuación, un modelo general de psicopatología en las terapias con un enfoque cognitivo-conductual.

En el nivel más superficial de la cognición, el más accesible a la conciencia para cliente y terapeuta, están los pensamientos automáticos. Denominamos “automáticos” a este tipo de pensamientos porque generalmente surgen de forma espontánea, son muy breves, e incluso pueden no reconocerse, a menos que se oriente al paciente a registrarlos de un modo deliberado. Por ejemplo, las personas deprimidas tienen pensamientos negativos sobre sí mismos, su mundo y su futuro (la tríada depresiva), que personifican en contenidos de inutilidad, culpa, incompetencia, fracaso, privación, soledad, y desesperanza. Por otra parte, los pacientes que sufren trastornos de ansiedad experimentan a menudo pensamientos relacionados con la percepción de peligro. Estos pensamientos automáticos, reflejo de la valoración que el sujeto hace de una situación en vez de la situación objetiva actual, conduce directamente las respuestas comportamentales y emocionales del paciente. Estas respuestas serán desadaptadas si las valoraciones están distorsionadas o son exageradas, lo cual sucederá si provienen de una operación propia de un esquema disfuncional.

Según Robins y Hayes, los esquemas pueden considerarse como modelos internos sobre aspectos del sí mismo y del mundo, que los individuos utilizan para percibir, codificar y recuperar la información. Se van desarrollando a través de las numerosas experiencias particulares, y son adaptativos, desde el momento en que facilitan un procesamiento de la información más eficaz. Permiten conectar la información nueva con la antigua, de modo que se pueda reconocer y recuperar más rápidamente cuando ésta sea necesaria para realizar la acción apropiada. No obstante, tal y como los estudios de psicología cognitiva experimental y de cognición social nos han mostrado, esta eficacia implica un sesgo debido a la

tendencia a codificar y recobrar la información consistente con el esquema, a expensas de aquella contraria al esquema.

Las teorías cognitivas sobre la psicopatología sostienen que los individuos con trastornos emocionales tienen esquemas particulares, que les predisponen a percibir las situaciones en términos de pérdida, peligro, u otro tipo de amenazas al sí mismo. Los esquemas, que se organizan en torno a estos temas, suelen ser universales dado su valor adaptativo; no obstante, para algunos individuos, estos se desarrollan de una forma más fuerte debido a sus experiencias evolutivas particulares. Aun cuando estos esquemas permanezcan relativamente dormidos la mayor parte del tiempo, la aparición de ciertos sucesos vitales estresantes o de ciertos estados de ánimo negativos pueden llegar a activarlos. Una vez activados, estos esquemas pueden dominar la percepción del individuo ante las situaciones nuevas, y de este modo, mantener el estado emocional.

Las distorsiones cognitivas son los vínculos de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos. Cuando se procesa cognitivamente una información nueva o un recuerdo, a menudo se distorsiona o sesga esa información, para que encaje en un esquema relevante. El resultado de esta valoración sesgada puede llegar a ser accesible a la conciencia en forma de pensamientos automáticos o imágenes.

De esta manera, como lo señalan Robins y Hayes, el modelo cognitivo reconoce que el estado de ánimo influye en las cogniciones y a la inversa, que esas cogniciones influyen también en la conducta, de modo que pueden generar situaciones estresantes sobre las que los individuos tengan cogniciones inquietantes.

Se han diseñado distintos métodos y realizado investigaciones para entender más clara y objetivamente cada categoría cognitiva dentro de este modelo de psicopatología, mismos que enseguida mencionaremos.

2.5 EVALUACIÓN COGNITIVA

En este apartado exponemos algunos de los métodos elaborados para evaluar el funcionamiento cognitivo, descritos por Parks y Hollon (1993):

Registro de sucesos

Es una forma de autoregistro que implica el muestreo de conductas o acontecimientos de interés. En tal contexto, se puede pedir al cliente que ejecute un número de actividades. Por ejemplo, una tarea puede consistir en prestar mucha atención cuando suceden acontecimientos específicos y describir los pensamientos que surjan mientras dure el mismo. Otra tarea puede ser describir en detalle la situación o secuencia de sucesos que acontecen inmediatamente antes o después del suceso en cuestión.

Listado de pensamientos

Consiste en obtener muestras de pensamientos de los sujetos mediante diferentes mecanismos, entre ellos: a) pensamientos provocados por estímulos, b) pensamientos generales sobre un tema o problema dado y c) todos los pensamientos que surgen mientras se anticipa o se atiende a un estímulo

Pensamientos articulados

En este procedimiento se graba una conversación y se instruye a los sujetos para que actúen como si tomaran parte en el suceso que está ocurriendo. Se escucha una porción breve de 12 a 15 segundos de la cinta, seguido por 30 segundos de silencio. Durante este periodo los sujetos deben manifestar lo que está pensando o sintiendo. Este proceso se repite continuamente y se registran los comentarios verbales del sujeto para utilizarlos posteriormente. Este procedimiento permite la evaluación de contenidos y procesos cognitivos en una variedad de contextos.

Muestreo de pensamiento

Con este procedimiento, el experimentador interrumpe al cliente en intervalos aleatorios en el laboratorio o mediante algún tipo de generador de estímulos, como una sirena electrónica o un generador de tonos. Cuando el cliente percibe un estímulo, registra las cogniciones inmediatamente anteriores a la interrupción. El desarrollo de técnicas como ésta permite a los investigadores evaluar los fenómenos cognitivos con tanta proximidad temporal a su aparición como sea posible. Se han elaborado dos tipos de estrategias de recogida de datos relacionadas con el procedimiento de muestreo de pensamiento: los datos descriptivos y las valoraciones. Con el procedimiento descriptivo, el experimentador solicita a los clientes una descripción narrativa de su flujo de pensamiento justamente anteriores a la interrupción. Una narración descriptiva consiste generalmente en multitud de pensamientos expresados en forma de frases. Tal procedimiento es particularmente útil en el examen de las propiedades de la fuente de pensamiento expresado durante una sesión de muestreo de pensamiento, así como para el examen de la naturaleza de las dimensiones del pensamiento. Con el procedimiento de valoraciones, se pide a los sujetos que valoren su experiencia interna a lo largo de un número de dimensiones como: vivacidad, controlabilidad, etc.

Con el empleo de estos procedimientos se han encontrado diferentes hallazgos, por ejemplo:

Con la técnica de muestreo de pensamientos, se encontró que en la fobia social, la percepción de temor interpersonal era el contenido predominante de la cognición precedente a la ansiedad, en un contexto interpersonal. También se observó que los individuos con alto nivel de ansiedad social tendían a valorar el feedback interpersonal favorable como desfavorable e impreciso y a devaluar los “juicios” que les evaluaban positivamente. Con el procedimiento de listado de pensamientos para evaluar las auto-afirmaciones durante una tarea de

comportamiento de evitación, curiosamente, se observó que los fóbicos se diferenciaban de los no fóbicos más en el grado de notoriedad del temor percibido que en la misma percepción del temor. En otro estudio, se encontró que las fobias a los perros, en relación a los controles no fóbicos tendían a enfatizar más la ferocidad de una raza que su tamaño (Switch y Kirsh, 1984; Lake y Arkin, 1985; Huber y Altmaier, 1983; Landau, 1980; cit. en Parks y Hollon, 1993).

Estos ejemplos indican algunos de los usos de la evaluación cognitiva, y reflejan a la vez, que la investigación se ha circunscrito, principalmente, al ámbito de los productos cognitivos.

En el siguiente punto trataremos las etapas del proceso terapéutico que se lleva a cabo dentro del enfoque cognitivo-conductual.

2.6 MODELO CONCEPTUAL DEL CAMBIO DE CONDUCTA

Meichenbaum (1988), describe el modelo general del cambio de conducta que los terapeutas cognitivos conductuales han desarrollado para explicar el proceso terapéutico, el cual consta de varias etapas:

La *primera etapa* en el proceso de cambio incluye el entrenamiento del cliente para ser un mejor observador de su propia conducta. Esta etapa de recogida de datos y auto-observación es útil a dos propósitos. Primero, el cliente llega a percibir datos relevantes a los que previamente pudo haber desatendido o pasado por alto. El segundo propósito de la autoexploración es contribuir a la traducción o reconceptualización del proceso. A medida que el terapeuta interroga al cliente, éste empieza a redefinir sus problemas presentes en términos que permiten visualizar más fácilmente la solución.

La *segunda etapa* del cambio de conducta ayuda al cliente a desarrollar pensamientos y conductas adaptadas e incompatibles con las anteriores. Es decir,

está diseñada para enseñar al cliente a “sorprenderse a sí mismo” en los momentos en que empieza a emitir una secuencia conductual vieja, inadaptada y muy ensayada, y a “recordarse a sí mismo” que tiene una forma alternativa e incompatible de comportarse.

La *tercera etapa* del cambio de conducta envuelve las cogniciones y los sentimientos del cliente respecto al cambio. Durante esta fase el terapeuta trabaja con el cliente para consolidar cambios, promover generalizaciones y mantener los efectos del tratamiento y disminuir la probabilidad de recaer.

De esta manera, el principal modo de acción de este tipo de terapias, es modificar los patrones erróneos de pensamiento del cliente y las premisas, asunciones y actitudes subyacentes a estas cogniciones.

Pasemos ahora, a una de las áreas en las que recientemente se ha enfocado la Terapia Cognitivo-Conductual: el trabajo con niños y adolescentes.

2.7 LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CON NIÑOS

2.7.1 Influencias teóricas

Las investigaciones sobre Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) con niños, adolescentes y jóvenes, han experimentado tanto una expansión como un refinamiento, desde la década pasada. Esta intervención terapéutica se ha beneficiado de las contribuciones de la psicología del desarrollo, en las que se incluyen los estudios del auto-control, cognición social, aprendizaje y memoria, habilidades metacognitivas y procesos atribucionales (Braswell y Kendall, 2001). Veamos a grandes rasgos la influencia de esas áreas en los métodos de TCC.

De acuerdo con Meichenbaum (1988), en los estudios del desarrollo del *auto-control* y los factores que intervienen en éste, el trabajo de Luria (1961) y Vygotsky

(1962), por ejemplo, proveyeron una formulación teórica inicial en el entendimiento de la salida de la autorregulación verbal o la conducta de mediación. Ellos sugirieron que el niño en el desarrollo llega a ser socializado primero, respondiendo a las instrucciones de un adulto o un hermano mayor (“No toques eso, está caliente”). El niño a su vez repite estas instrucciones interpersonales como auto-instrucciones, con frecuencia de un modo abreviado y transformado. A medida que el niño se hace mayor y ha repetido experiencias, elimina estas auto-instrucciones del repertorio. Así, el niño se hablará a sí mismo cuando se interrumpa la automatización del acto conductual. Por otra parte, Mischel (1974; cit. en Braswell y Kendall, 2001), articuló el papel de las autoinstrucciones y autoelogios en la reducción de niveles de frustración de los niños en tareas con demora en la gratificación. Posteriormente, en 1976, examinó el papel de las estrategias verbales en apoyo a niños para resistir la distracción. Este conjunto de conocimientos, fuertemente influenciaron el desarrollo de los procedimientos de auto-instrucción verbal.

El estudio del desarrollo de procesos de *cognición social*, también jugó un papel en la salida de teorías cognitivas sobre trastornos juveniles. Por “cognición social” se concibe a los eventos internos o procesos de pensamiento que median las acciones relacionadas a otras personas y a sus asuntos. Ejemplo de ello, lo tenemos en el trabajo realizado por Dodge (1986), quien propuso un modelo de procesamiento de información de la cognición social, asociados con la presencia de problemas de agresión en niños. El y sus colegas observaron que los niños quienes muestran conductas de agresión perciben y codifican las señales desde su ambiente social en una manera diferente a sus compañeros no agresivos. Aquellos quienes tienden a ser agresivos muestran un patrón de atención a las más mínimas señales antes de interpretar las conductas de otros, y ellos tienden a percibir a los otros como siendo hostiles en circunstancias en las cuales los niños no agresivos perciben como intenciones neutrales o favorables. Los niños agresivos también muestran una tendencia a desapercibir su propio nivel de agresión. La investigación sobre los procesos de cognición social también han

empezado a examinar como la familia del niño puede incrementar ciertos factores de cognición social, en la interpretación de una situación social ambigua. Tales esfuerzos resaltan la importancia de la cognición así como los procesos conductuales que pueden caracterizar una dificultad particular en la infancia (Braswell y Kendall, 2001).

El estudio de los procesos de *aprendizaje y memoria* de los niños también ha influido en el uso de ciertas estrategias cognitivo-conductuales con niños. Como lo señalaron Kimball, Nelson y Politano (1993, cit. en Braswell y Kendall, 2001), el aprendizaje de información de los niños, realizado por modelamiento, está claramente influenciado por el desarrollo de las capacidades atencionales y de retención. Por ejemplo, un niño puede atender a sólo un aspecto de un problema sin una completa integración de la información que le sea presentada secuencialmente. Los niños, pueden probablemente atender aspectos de una presentación que son sorprendentes, pero quizá el contenido periférico hasta el central sea dejado de lado.

En otra línea de investigación, se han explorado las expectativas y los *procesos atribucionales* del niño y del adolescente. Se ha descubierto que las atribuciones que se hacen de eventos específicos y las preferencias hacia ciertos tipos particulares de explicación (por ej. el estilo atribucional) tienen implicaciones terapéuticas importantes. En este sentido, el estilo atribucional de un paciente joven afecta tanto el proceso como el resultado de la terapia, aunque dichas atribuciones también pueden ser el objetivo de intervención. No obstante, hay evidencia que sugiere que los estilos atribucionales de los niños pequeños no son tan “fijos” como los de los adolescentes, jóvenes o adultos. Por otro lado, la investigación sobre las atribuciones de los familiares acerca de las causas y la controlabilidad de la conducta del niño, también ha sido relevante en el diseño de intervenciones que incorporan a los familiares de forma máximamente eficaz (Turner y Cole, 1994; cit. en Braswell y Kendall, 2001).

Este breve listado de áreas de investigación, ilustra el impacto de la psicología del desarrollo en la TCC y destaca a grandes rasgos el conjunto de conocimientos que ha sido integrado, los cuales, han contribuido a optimizar los procedimientos cognitivo-conductuales.

2.7.2 Procedimientos cognitivo-conductuales con niños

De manera general, el objetivo de los procedimientos cognitivo-conductuales con niños es, enseñar primero, a romper la automatización de sus actos (rompiendo el patrón automático de estímulo-respuesta) y posteriormente, a iniciar una respuesta adecuada e incompatible con la anterior. Cuando la competencia aumenta, estas nuevas expresiones se eliminan del repertorio del niño. El objetivo del entrenamiento de la TCC no es enseñar a los niños “qué decirse a sí mismos”, sino más bien, influir en el cuándo y en el cómo se hablan a sí mismos. El entrenamiento del lenguaje (modelamiento cognitivo y ensayo manifiesto y encubierto) se utiliza, por una parte, como un medio para influir sobre la conducta y, por otra, en los procesos emocionales y del pensamiento (Meichenbaum, 1988).

Dichos procedimientos se han aplicado a niños con problemas de impulsividad, agresión, retardo, entre otros. He aquí tres ejemplos, citados en Kendall y Norton-Ford (1988):

1. La mediación verbal en niños con conductas de agresión.

Al estudiar a muchachos agresivos, Camp (1977) identificó un aspecto de la deficiencia de esos niños como ausencia de una utilización eficaz de la mediación verbal. Es decir, que pese a sus aptitudes intelectuales verbales normales, esos niños presentaban formas menos maduras de lenguaje privado que la de los niños no agresivos y su lenguaje privado era menos adecuado para la autorregulación en diversas tareas. El programa de intervención, denominado “Pensar en voz alta”,

se concentró en la enseñanza de aptitudes verbales mediadoras, e implicaba enseñar a los niños a resolver problemas dando respuesta a cuatro preguntas: “¿Cuál es mi problema? ¿Cuál es mi plan? ¿Estoy siguiendo mi plan? ¿Qué tal lo hice?”. Para lograr que los niños se interesaran en las preguntas y sus respuestas, el terapeuta modelaba primero para los niños una estrategia de “imitación”. Al contestar las preguntas, los niños deberían “pensar en voz alta”, junto con el terapeuta, acerca de diversos problemas. Después de seis semanas de sesiones diarias de 30 minutos cada una, los 12 niños agresivos (de segundo año de primaria) que habían sido tratados, mejoraron en cuanto a la frecuencia de su agresividad, pero no más que los niños no agresivos no tratados. Sin embargo, los niños tratados mostraron una mejoría en el número de conductas prosociales correctas, que no se observó en los controles agresivos no tratados, así como un mejoramiento en ciertas pruebas psicológicas.

2. El método de auto-educación en niños con problemas de impulsividad.

Uno de los resultados más notables de la combinación cognoscitivo-conductual es un procedimiento de intervención descrito como métodos de auto-educación. Meichenbaum y Goodman (1971), desarrollaron este procedimiento para adiestrar a los niños en el empleo de la plática consigo mismo para controlar su impulsividad. En esta estrategia, el terapeuta modela la conducta al mismo tiempo que le da al niño diversas instrucciones en voz alta. Más adelante, el terapeuta da instrucciones en voz baja y le pide al niño que haga lo mismo. Por último, el terapeuta ejecuta la tarea sin hablar en forma audible y le dice al niño que lo haga también. El tratamiento tiene por objeto enseñarles a los niños impulsivos a emplear estrategias de comunicación verbal antes de responder (Ver tabla 1).

Tabla 1. Contenido de los procedimientos de autoenseñanza seguidos con los niños impulsivos.

	Contenido de las instrucciones
Tipo de afirmación dirigida a uno mismo	Ejemplo de afirmación para uno mismo
Definición del problema	“Veamos, ¿qué se supone que debo hacer?”
Enfoque del problema	“Bueno, tengo que examinar esto y tratar de imaginar la manera de llegar al centro del laberinto”
Concentrar la atención	“Es mejor mirar hacia adelante para no quedar atrapado”.
Afirmaciones de enfrentamiento	“Oh, éste no es el camino correcto. Si sigo por ahí me quedaré atrapado. Retrocederé aquí y buscaré otro camino”
Autorreforzamiento	“¡Vaya, no estuvo mal! Realmente hice un buen trabajo”

3. La auto-educación combinada con la contingencia conductual en niños con problemas de impulsividad.

Kendall y Finch (1979) describen la integración de los procedimientos auto-educativos con una contingencia conductual, y han llevado a cabo una serie de evaluaciones de la eficacia del tratamiento. A la contingencia conductual se le llama costo de la respuesta. Primero se le dan al niño algunas fichas o monedas y se le dice que son suyas y podrá gastarlas después como recompensa, pero que puede perder una por cada error cometido en la tarea, por ir demasiado de prisa, o

por no emplear las autoinstrucciones. También se recurre a los reforzamientos sociales positivos para lograr una conducta adecuada. Los resultados de varias evaluaciones indican que la integración de procedimientos cognoscitivos y conductuales fue eficaz para reducir la ejecución impulsiva de las tareas y la conducta impulsiva en el aula.

Los procedimientos cognitivo-conductuales, continúan siendo llevados al campo experimental para comprobar potencialidades, limitaciones y conocer que otros factores están involucrados en el cambio. Aunque la TCC con niños se encuentra en una fase inicial, se esperan resultados muy prometedores.

2.8 LIMITACIONES DEL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LAS TERAPIAS

Esta aproximación todavía necesita superar diversas limitaciones o problemas, como serían los siguientes (Rodríguez, Méndez y Antón, 1997):

- ♣ *Desde el punto de vista metodológico* se requiere evitar la propuesta de modelos de causación que resultan circulares, así como operacionalizar correctamente los constructos empleados.
- ♣ *Desde el punto de vista explicativo* se precisa clarificar y delimitar de forma concreta las relaciones entre las cogniciones, las respuesta motoras y las respuestas emocionales.
- ♣ *En el orden teórico* se necesita fundamentar teóricamente los procedimientos, así como estructurarlos y sistematizarlos más rigurosamente.
- ♣ *En el orden semántico* hay que delimitar y clarificar las significaciones de los términos utilizados, pues el concepto mismo de *cognición* puede hacer

referencia a significaciones tan distintas como son los *contenidos cognitivos* (pensamientos e imágenes que el sujeto puede verbalizar), *procesos cognitivos* (de los que el sujeto no es consciente, pero forman parte del procesamiento de la información y pueden estar representados tanto por los estilos de afrontamiento cognitivos como por las distorsiones cognitivas) y las *estructuras cognitivas* (creencias y supuestos que se suponen en el origen de la construcción del self y del mundo y, asimismo, sirven de guía a los procesos cognitivos que supuestamente dan lugar a los contenidos cognitivos a partir de los cuales se originarían las emociones y las conductas –tal sería el caso, por ej., de las ideas irracionales o los esquemas-).

- ♣ Por último, es preciso llevar a cabo una *evaluación* tanto de la *eficacia* de sus intervenciones como de su *eficiencia*.

A lo largo del capítulo, se muestra que bajo el nombre de Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC) se han incluido diversas propuestas conceptuales. Para algunos teóricos (por ej. Donald Meichenbaum), esto es favorecedor, pues la meta de las TCC es desarrollar un enfoque integrador de la psicoterapia, con las coincidencias conceptuales de escuelas como la psicodinámica, la conductual y la humanista. Mientras que otros investigadores (por ej., Isabel Caro), consideran que las TCC no buscan la integración, sino generar un movimiento psicoterapéutico propio, sistemático y con principios definidos, que permitan generar técnicas acordes a esos principios. Desde nuestro punto de vista, esta última ideología permitirá la coherencia teórica en las TCC, así como el superar las limitaciones que están presentes en este enfoque terapéutico.

Habiendo conocido los fundamentos teóricos y la aplicación terapéutica del enfoque cognitivo-conductual, expondremos en nuestro siguiente capítulo un marco general sobre la caracterización de los miedos y fobias en la infancia, uno de los aspectos rectores del presente trabajo.

CAPITULO TRES

MIEDOS Y FOBIAS EN LA INFANCIA

La infancia es una etapa en la que se está especialmente propenso a experimentar la emoción de miedo ante una gran diversidad de situaciones, dada la dependencia hacia el medio y la inmadurez cognitiva o afectiva.

Esta emoción tiene una función adaptativa, pues motiva al organismo a evitar aquellas situaciones que pueden dañarlo de una u otra manera. Sin embargo, en muchas ocasiones el miedo alcanza proporciones exageradas provocando lo que usualmente, en psicología, se conoce como trastorno de ansiedad.

De entre los diversos trastornos de ansiedad están incluidas las fobias, caracterizadas por miedos irracionales acompañados de conductas de evitación severas y persistentes. Las fobias son fenómenos que generan en el niño un malestar significativo, repercutiendo negativamente en el ámbito familiar, escolar y/o social.

Sandín (1996), indica que los miedos son muy frecuentes durante la infancia, de modo que prácticamente todos los niños refieren al menos un temor importante. Lapouse y Monk (1959; cit en Méndez y Antón,1991), encontraron que el 43 por 100 de una muestra representativa de 482 niños, de seis a doce años, presenta siete o más miedos, según los informes de sus madres. En cambio, las estimaciones de la frecuencia de las fobias infantiles nunca sobrepasan el 8 por 100 de la población (King, Hamilton y Ollendick, 1994).

El presente capítulo tiene como finalidad exponer la conceptualización del miedo y de su dimensión patológica como fobia, en la etapa de la infancia.

3.1 EL MIEDO

En este primer apartado, trataremos sobre la definición de miedo, los diversos elementos que lo componen y las diferencias que tiene con respecto a otros conceptos como los de ansiedad y estrés, términos con los que se le llega a equiparar o confundir.

3.1.1 Conceptualización del miedo

De acuerdo con Marks (1991), el miedo es un legado evolutivo vital que conduce al organismo a evitar amenazas y, por lo tanto, tiene un valor de supervivencia. Su función no sólo es señalar simplemente un peligro, sino también, preparar al organismo para afrontarlo de la mejor manera posible a fin de no perecer. Esta emoción es producida por la percepción de peligros presentes o al acecho, y aunque algunas veces provoca un malestar, en sus formas menos extremas puede ser no sólo útil sino incluso agradable. Muchas personas buscan activamente las oportunidades de experimentar la sensación de miedo y de dominar el peligro. Por ejemplo, los conductores de coches de carreras, los toreros y los alpinistas se exponen voluntariosamente a azares extremos.

Hennenhofer (1975; cit. en Delgado, 1983), señala que el miedo es anormal cuando alarma demasiado poco o cuando causa pánico. La normalidad de una sensación de miedo descansará en una ajustada relación entre el grado de excitación y el peligro objetivo.

3.1.2 Componentes del miedo

De acuerdo con Delgado (1983), el estado de miedo es una reacción con tres componentes: motor-conductual, fisiológico y cognoscitivo.

Componente motor-conductual

Son las reacciones de “huida y defensa”, llamadas también reacción de “evitación y aproximación” (Delgado,1983). Por otra parte, Marks (1991) divide las expresiones conductuales del miedo en dos contrastes. Una es la tendencia a petrificarse y enmudecer, que alcanza sus formas extremas en la muerte fingida o aparente. La opuesta son los gritos, el sobresalto y la huida desesperada de la fuente del peligro. La conducta puede cambiar rápidamente desde un patrón de respuestas al otro cuando una persona atemorizada se petrifica primero y a continuación se escurre súbitamente hacia cualquier cobijo a su alcance.

Componente fisiológico

Son los cambios que se producen en el organismo y que están encaminados a situar al individuo en las mejores condiciones para combatir (si puede enfrentarse al peligro) o para huir (si el peligro le sobrepasa claramente). El corazón empieza a bombear más rápidamente para poder irrigar más copiosamente de sangre los músculos que han de ponerse en movimiento; la respiración se hace más frecuente para poder disponer de más oxígeno, necesario para llevar a cabo todas las actividades; la piel se vuelve más pálida porque la sangre va a los músculos, con una doble ventaja: aumentar la fuerza muscular y reducir el riesgo de pérdida de sangre en caso de producirse una herida cutánea; el tono muscular aumenta notablemente, llegando a producir leves temblores, como les sucede a los atletas cuando se preparan para una carrera; el tubo digestivo suspende su actividad para no malgastar energías en actividades tan marginales para la supervivencia inmediata; todos los sentidos aumentan su vigilancia sobre el ambiente, haciéndose más sensibles a los estímulos externos. Todas estas reacciones son mediadas por el sistema nervioso autónomo simpático y por un neurotransmisor llamado adrenalina; presente en algunas áreas del cerebro, en las terminaciones nerviosas simpáticas y en las glándulas suprarrenales (Sassaroli y Lorenzini, 2000).

Componente cognoscitivo

Es la detección de las señales que indican amenaza o peligro, mediante los recursos perceptivos. Sensaciones subjetivas de terror, de irrealidad y de pérdida inminente del conocimiento (Delgado,1983).

Las respuestas de estos tres componentes no necesariamente covarían. Por ejemplo, se puede escapar de una situación, y hasta después presentar sensaciones subjetivas de terror. En otros casos, la percepción de miedo puede estar acompañada con reacciones fisiológicas, pero ninguna manifestación de signos motores.

Méndez y Maciá (1994), indican que al analizar la relación entre las respuestas de estos tres componentes se observa el fenómeno de desincronización o fraccionamiento de respuestas, es decir, la falta de concordancia hallada entre medidas de respuesta de los diferentes componentes o de un mismo componente. Según Marks (1991), la concordancia o sincronía entre los signos subjetivos, conductuales y fisiológicos del miedo, puede darse principalmente, cuando éste es extremo. Para Lazarus (1963; cit. en Marks, 1991), las congruencias o discordancias entre los diferentes componentes del miedo, dependen del contenido de información sobre el tipo de transacciones que una persona realiza consigo mismo y con varios aspectos de su entorno. Una congruencia o discordancia en particular puede ser el modo característico en que una persona responda fisiológicamente o puede resultar de sus intentos a disimular su miedo, para simularlo, o para conformar sus respuestas con las costumbres aceptables para sí mismo y su cultura.

Tomando en cuenta lo antes señalado, podemos definir al miedo como *un primitivo sistema de alarma que prepara al organismo para evitar o huir de situaciones potencialmente peligrosas*. Esta reacción, en todos los organismos se da de manera diferente, por la influencia de factores biológicos y ambientales, mismos que configuran la relación de los tres componentes del miedo.

3.1.3 Distinción entre miedo y ansiedad

En la vida cotidiana, la ansiedad es uno de los conceptos más utilizados para referir que una persona tiene o siente miedo. En un plano clínico, también se emplea más el término ansiedad que el de miedo. Por lo que resulta necesario aclarar qué se entiende por ansiedad y cuál es la diferencia con el concepto de miedo.

Corral (1993; cit. en Echeburúa, 1997) indica que la ansiedad es una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, sea real o no la amenaza. Las respuestas de ansiedad están integradas a modo de reacciones defensivas innatas que sirven para alertar de posibles peligros y, por ello, desempeñan un papel protector en la preservación del individuo y de la especie.

El estado de ansiedad está caracterizado por sensaciones de aprensión, sentimientos y pensamientos desagradables (por ejemplo, nerviosismo, preocupación, etc.) acompañados de manifestaciones fisiológicas producidas por activación del sistema nervioso autónomo (Sandín, 1996).

El origen de la ansiedad pudiera parecer incierto, principalmente, cuando se hace referencia a que la amenaza es imaginaria. Sin embargo, como lo manifiestan Sassaroli y Lorenzini (2000), la ansiedad no es ciertamente inmotivada y sin sentido, sino que deriva de razonamientos precisos, aunque exagerados y absolutizados, que transforman algo aparentemente inocuo para la mayoría de la gente en un acontecimiento extremadamente peligroso para el sujeto.

En este sentido, definimos la ansiedad como *un estado emocional caracterizado por sentimientos y pensamientos desagradables, acompañados por manifestaciones fisiológicas; que es activado por la percepción de amenaza ante un estímulo real o imaginario.*

Ahora bien, hacer una distinción entre el miedo y la ansiedad, en términos de los estímulos elicitadores, resulta problemática porque pueden no ser fácilmente identificables, o difíciles de especificar cuando son de naturaleza interna (por ejemplo, sensaciones corporales). Tal vez por estos problemas se hayan buscado otras razones más convincentes para separar el miedo de la ansiedad. Epstein (1972; cit. en Sandín y Chorot, 1995) ha diferenciado ambos conceptos en términos de la acción. Así, según este autor, el miedo puede ser entendido como un *drive* que motiva la conducta de evitación (o escape) ante la percepción de un estímulo de amenaza, mientras que la ansiedad sería un estado emocional de miedo no resuelto o un estado de activación que no posee una dirección específica tras la percepción de la amenaza.

Más recientemente, y en una línea relativamente semejante a la de Epstein, Barlow (1988; cit. en Sandín y Chorot, 1995) ha establecido la necesidad de diferenciar el miedo de la ansiedad o “aprensión ansiosa” (término preferido por este autor). Barlow señala que el miedo consiste en una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por elevada activación y alto afecto negativo. En cambio, la ansiedad es una combinación difusa de emociones (estructura cognitiva-afectiva) orientada hacia el futuro. De este modo, mientras que el miedo se caracteriza por presentar componentes más primigenios, biológicos y en cierto modo automáticos (reacciones de alarma-defensa), y una orientación hacia el presente, la ansiedad (aprensión ansiosa) es fundamentalmente de naturaleza cognitiva y de marcada orientación hacia el futuro.

Estamos hablando entonces, de que el miedo es una emoción innata provocada siempre por una amenaza real identificable, que desaparece en cuanto la fuente de peligro no esté presente. La ansiedad, por otro lado, es un estado emocional en el que la percepción de peligro es desproporcional al estímulo, y se da ante una amenaza real o sin que exista una fuente externa de amenaza reconocible. Es decir, entre ambos términos existe una diferencia en el tipo de amenazas: real o

imaginaria; pero la principal diferencia radica en la percepción de amenaza que se tiene ante el estímulo. De esta manera, al ser la ansiedad un estado emocional de miedo más difuso, es el constructo generalmente empleado en psicología, en lugar del término miedo.

Por último señalamos, que algunas veces se equipara el término ansiedad con el de angustia. Ambos términos derivan de la misma raíz indogermánica, *angh*, que significa “malestar, estrechez o constricción”. Posteriormente la influencia latina separó la *anxietas* del *angor*, distinción que recogió la psiquiatría francesa, diferenciando *anxiété*, referida a un malestar anímico o del espíritu, de *angoisse*, referida a constricción epigástrica con dificultades respiratorias e inquietud. Por su parte, la tradición psiquiátrica española adoptó también la distinción entre ansiedad, en la que predomina un componente psíquico, y angustia, en la que predomina un componente somático (Sandín y Chorot, 1995).

3.1.4 Distinción entre miedo y estrés

Los términos miedo y estrés, en algunas ocasiones, se llegan a equiparar por la similitud en las manifestaciones conductuales, fisiológicas y cognitivas. No obstante, son conceptos diferentes. Veamos primeramente que se ha entendido por estrés.

En una línea neurofisiológica, Cannon (1932; cit. en Carrobles, 1996) cita al estrés como un trance perturbador, que afecta a la homeostasis y es desencadenado por distintos factores de inclemencia externa e interna.

Otro de los principales investigadores del fenómeno del estrés, Hans Selye (1936; cit. en Ridruejo, Medina y Sánchez, 1996) lo define como el resultado no específico (esto es, común) de cualquier tipo de demanda sobre el organismo, que acarrea un efecto mental o somático.

Para Lazarus y Folkman (1966; cit. en Ridruejo, Medina y Sánchez, 1996) por estrés psicológico estamos hablando de:

“una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluada por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar (pg. 271)”.

De esta manera, mientras que el miedo o ansiedad es un sistema de adaptación al medio ante amenazas reales o imaginarias, el estrés es un estado de sobreactivación resultante de diversos factores tales como: fatiga, miedo, dolor, sucesos imprevistos, etc.

Teniendo un panorama general sobre la definición de miedo, sus componentes y diferencias con otros conceptos, trataremos en el siguiente apartado los miedos en la etapa de la infancia.

3.2 LOS MIEDOS EN LA INFANCIA

En este segundo apartado, se describe de manera general, los diversos cambios y necesidades presentes a lo largo del desarrollo del niño. Esto nos permitirá contextualizar, posteriormente, los tipos de miedos que son comunes en la infancia y las características de los mismos.

3.2.1 Características evolutivas en la infancia

El desarrollo es un proceso complejo, pero que está marcado por cambios significativos en ciertas edades. Así, lo dividiremos en seis períodos desiguales para facilitar la comprensión de las características evolutivas en la infancia.

Del nacimiento a los seis meses

De acuerdo con Bee (1978), algunos de los cambios observados durante este período de seis meses se basan en la maduración: el cerebro crece, el sistema nervioso se desarrolla, el niño obtiene un mayor control muscular de todas sus partes corporales y sus huesos alcanzan mayor dureza. Pero parte de lo que observamos resulta aparentemente de las interacciones del niño con su ambiente, con sus exploraciones, experiencias y descubrimientos. Simultáneamente el niño hace descubrimientos cognoscitivos perceptuales. A esta edad el niño imita, repite sucesos que han ocurrido accidentalmente y empieza a desarrollar el concepto de objeto, uno de los aspectos fundamentales del desarrollo cognoscitivo.

De los seis meses a los dos años

A los ocho o nueve meses de edad, los niños manifiestan una reacción característica hacia la gente desconocida que entra en su ambiente. Esta conducta, denominada “angustia del extraño”, se caracteriza por un visible temor – e incluso llanto- y por la búsqueda de la madre como fuente de seguridad. Esto es un signo positivo de la mayor autoconciencia que el niño ha alcanzado a raíz de su clara diferenciación de la madre y del ambiente que lo rodea. En la práctica, los niños manifiestan este temor sólo cuando un adulto desconocido se acerca demasiado e incluso los toma o abraza. Si el adulto tiene la sensatez de mantener distancia y hablar poco, será difícil que el niño muestre miedo. La reacción de temor no se debe a la falta de sociabilidad, sino sólo a la conducta errónea del adulto. El niño ya se ha desarrollado lo suficiente como para tener una percepción muy clara de los límites entre su persona y el mundo y desea tener suficiente control sobre ellos como para estar seguro que serán respetados (Quattrocchi, 1999).

Por otro lado, las habilidades motoras del niño progresan firmemente: gatea, anda con ayuda, se mantiene en pie; logra un mayor equilibrio, ya que sus rodillas son más fuertes y sensibles. A nivel de lenguaje, es capaz de manifestar emociones:

mal genio, placer, ternura, amor, alegría, desagrado. Le gusta estar acompañado. Necesita de la atención de los demás. La simbiosis afectivo-materna irá disminuyendo gradualmente, permitiendo al niño ser y conocerse como uno entre otros. En cuanto al aspecto cognoscitivo, aparece la anticipación, sonrío esperando que aparezca su madre cuando se abre la puerta. Curiosa, experimentando y basándose en el aprendizaje de sus errores introduce variaciones. Imita las acciones que realiza el adulto y que le resultan interesantes. Al final de este periodo, el niño empieza a tener cierto concepto de sí mismo o al menos de su propio cuerpo y de su nombre (Fodor y Morán, 1999).

De los dos a los cinco años

Bee (1978) señala que en este periodo el crecimiento físico es rápido, no así el crecimiento del sistema neurológico que es menor. El niño coordina mejor sus movimientos, es más capaz de controlar su propio cuerpo y desarrolla una variedad de habilidades para valerse por sí mismo, tales como vestirse, o ir al baño solo. El niño pide independencia en sus relaciones interpersonales, quizás porque en este período es capaz de hacer cosas por sí mismo y para sí mismo.

Quattrocchi (1999) menciona que alrededor de los tres años, el niño espera y pide ser reconocido como adulto, su ego quiere ser tomado en cuenta y consultado cuando se debe decidir algo que le atañe. Si, por ejemplo, debemos salir con el niño y ponerle una chaqueta, tenemos que hablarle con amor y respeto invitándolo a salir con nosotros, tomar su chaqueta y ponérsela. Obviamente esto es mejor que agarrar la chaqueta –sin siquiera explicarle lo que tenemos que hacer-, tomar al niño y tratar de vestirlo mientras anunciamos que debe salir, pues este tipo de conducta empieza a despertar oposición.

Otras de las características en estas edades, son que el niño se fija más en sus compañeros y se relaciona menos exclusivamente con los adultos. El acercamiento hacia sus compañeros viene acompañado de un aumento de

atención hacia los otros (particularmente al final de este período). En el campo cognoscitivo, no hay cambios drásticos. El niño continúa progresando gradualmente, perdiendo un poco de su egocentrismo, desarrollando los rudimentos de la clasificación y menos formas individuales de representaciones internas. A los cinco años, el lenguaje es un sistema de comunicación complejo y elaborado, aunque persisten aún algunos errores y algunas cosas que distinguen su lenguaje del lenguaje del adulto (Bee, 1978).

De los cinco a los siete años

Tiene considerable habilidad y capacidad motora. Desea asumir responsabilidades. Generalmente, se lleva muy bien con los adultos, aunque es tímido en el primer encuentro. Su memoria de hechos pasados es sorprendentemente exacta. La imaginación desempeña un papel muy importante. Al inicio de este período el juego puede seguir normas domésticas en ambos sexos. Niños y niñas gustan de “jugar a las casitas”, y los muñecos son objetos favoritos. Pero al finalizar este período, el niño o la niña se da perfecta cuenta y es sensible hacia el sexo, y frente al sexo opuesto evita exponerse. Es a los siete años, cuando se convierte en miembro cooperativo del grupo familiar. No es totalmente autoconsciente, pero es muy introspectivo y desea la aprobación de su grupo y de los padres. La edad de los siete años puede denominarse pensativa (Watson y Lowrey, 1989).

De los siete a los doce años

El niño continúa creciendo pero el ritmo de crecimiento de los siete a los doce años es mucho más lento que en los años anteriores o posteriores. Las relaciones con los compañeros continúan centradas en grupos de un solo sexo y hay poco cambio en todo ese período. Las capacidades perceptuales no evolucionan en una forma considerable (Bee, 1978).

Watson y Lowrey (1989), mencionan que al niño le disgusta estar solo y desea que sus compañeros se interesen en sus actividades, tanto activamente como en forma de observadores interesados. Se vuelve más autosuficiente, autocrítico, pero no demasiado, y está ansioso de gustar. En el aspecto familiar, poco a poco, se hace más resentido por la autoridad paterna. Se comporta mejor fuera de casa, o bien cuando hay extraños en el hogar. Mostrará disgusto hacia sus hermanos y padres si no actúan como él cree que deberían hacerlo. Su lectura favorita pueden ser las historietas; pero comienza a extender su interés de lector. Es muy patente la adoración de los héroes. Por vez primera, es importante la segregación de los sexos, en la elección de compañeros de juego y de grupos. Además, al final de este periodo, se da una marcada diferencia en la actitud hacia el sexo, la niña definitivamente es más madura y tranquila que el niño. La concepción de individualidad, tanto en el propio niño como en los demás, está ahora más desarrollada que anteriormente. Pueden definir algunos términos abstractos; por ejemplo, “justicia”, “honestidad” y “revancha”; puede explicar el significado o la moral de las fábulas o cuentos, y explicar la necesidad de medidas higiénicas tales como cubrirse la boca.

De los doce años en adelante

Se da un brusco aumento de los niveles de hormona que conduce a su vez a cambios del tamaño del cuerpo, a características sexuales secundarias, etc. Estos cambios físicos acarrearán también cambios en las relaciones interpersonales. El niño se ve confrontado a la necesidad de crear toda una serie de formas nuevas de interactuar con los demás y de aceptar y lidiar las nuevas tendencias sexuales despiertas. Paralelamente, parecen existir cambios cognoscitivos importantes. El niño realiza un nuevo cambio hacia lo abstracto y es capaz de razonar sobre cosas que no ve, de meditar sobre el pensamiento, de razonar deductivamente. También hay una tendencia a alejarse del egocentrismo. La pérdida definitiva del egocentrismo es necesaria para que se desarrolle una verdadera empatía (Bee, 1978).

3.2.2 Clasificación de los miedos más comunes en la infancia

Jersild y Holmes (1935; cit. en Sandín, 1996), en uno de sus trabajos clásicos, refirieron datos sobre la frecuencia relativa de varios tipos de miedo en niños de diferentes edades, observadas por padres y maestros. Uno de los resultados más importantes de este estudio consistió en demostrar que los mismos miedos no son igualmente relevantes en distintas edades, sugiriéndose que muchos miedos evolucionan de acuerdo con un proceso madurativo del niño. Así, mientras que algunos miedos, como los temores al ruido, a lo extraño (objetos, situaciones o personas), y a la caída, pérdida de apoyo y alturas, presentan un patrón descendente a partir de los dos primeros años de vida, otros temores, tales como los miedos asociados a fenómenos imaginarios o sobrenaturales y los miedos asociados a peligros o daño físico, muestran una frecuencia ascendente desde los dos primeros años (esta tendencia se mantiene incluso a la edad de 6 años).

A partir de algunas revisiones de trabajos sobre los miedos durante edades tempranas (Echeburúa, 1998; Inostroza y Quijada, 1998; Sandín, 1996), podrían establecerse las siguientes conclusiones sobre la relación entre edad y miedos asociados a la infancia y adolescencia:

1. Durante los *seis primeros meses del primer año de vida* del niño se desarrollan diversos miedos innatos (porque no existe ninguna elaboración cognitiva de los mismos), relacionados con la presencia de estímulos de movimiento súbito, pérdida de apoyo, ruido intenso, fogonazos de luz, dolor físico o cuando cree encontrarse desamparado. El niño responde con llanto como respuesta de adaptación que sirve para alertar a la madre ante un peligro que acecha al bebé.

2. En la *segunda mitad del primer año de vida*, existe ya cierta maduración cognitiva. A los miedos innatos se suman el miedo a las personas, situaciones u objetos extraños o no familiares, y el miedo a las alturas. Específicamente el miedo a los extraños se sitúa alrededor de los 8 meses.

3. En la *primera fase de preescolar (2-4 años)*, se produce una reducción de los miedos innatos asociados al ruido, movimiento súbito y pérdida de apoyo, aunque la evolución del miedo al dolor es más irregular. Surgen los miedos a los animales (perros y serpientes, principalmente), a la oscuridad y a estar solo/a (separación).

4. En la *segunda fase de preescolar (5-6 años)*, el niño aún no es capaz de diferenciar claramente lo real de lo imaginario, por lo que predominan reacciones de temor a seres imaginarios y sobrenaturales (fantasmas, brujas, monstruos, etc.). Tras el importante desarrollo cognitivo del niño (por ejemplo, la memoria) los miedos se van haciendo más anticipatorios, y predominan los temores a los ladrones y raptos, a las amenazas de daño corporal (a los accidentes de tráfico, al fuego, etc.) y a los peligros asociados a la socialización (por ejemplo, castigos de los padres). También existe un contagio emocional del miedo experimentado por otras personas, por lo que el niño puede tender a adoptar los temores de uno de los padres.

5. En la *niñez media (6-10 años)* al desaparecer muchas de las distorsiones cognitivas que caracterizan las fases anteriores, tienden a reducirse los miedos a los seres imaginarios y sobrenaturales. Aunque las historias de ficción que los niños pueden observar (por ejemplo, en televisión) o leer, tienden a mantener y/o potenciar algunos de los miedos asociados a seres imaginarios. En contraste, comienzan a dominar las formas de miedo más realistas y anticipatorias, como el temor a posibles daños corporales (por ejemplo, temor a los accidentes de tráfico, tormentas, etc.), a la muerte, a los animales peligrosos (ratas, etc.) o al ridículo por la ausencia de habilidades escolares y deportivas.

6. Es la *preadolescencia (11-13 años)* una etapa en la que comienzan una serie de cambios, tanto físicos (pubertad) como psicológicos (operaciones formales, comprensión realista de la causalidad física), que preludian la próxima iniciación del individuo en el mundo social y cultural de los adolescentes. Los miedos de tipo escolar (por ejemplo, miedo al colegio), social, político, económico y de

autoimagen (por ejemplo, aspecto o conducta personal) comienzan a adquirir relevancia y se incrementarán durante la adolescencia.

7. Durante la *adolescencia (14-18 años)* adquieren gran relieve los temores sociales (por ejemplo, miedo a la interacción con personas del sexo opuesto), los miedos sexuales y los relacionados con la autoidentidad y el rendimiento personal (por ejemplo, temores al fracaso, no ser popular, inadecuación personal, aspecto personal, ser incompetente, parecer loco/a, etc.). Asimismo, los miedos de tipo académico, político y económico sufren un desarrollo destacado (por ejemplo, miedos relacionados con el colegio, al fracaso escolar, miedo a la guerra, etc.). Otros tipos de temores ya presentes en fases anteriores, como los miedos a los animales, oscuridad, muerte, cementerios, daño corporal, etc., suelen darse con cierta frecuencia.

Finalmente, señalamos que para algunos autores como Smith (1979; cit. en Marks, 1991), los neonatos muestran alteración y conducta trastornada antes que miedo propiamente dicho. Igualmente Sroufe (2000; cit. en Pallares, 2003) sostiene que el miedo no existe en la etapa del recién nacido, si bien se desarrolla a partir de precursores existentes desde las primeras semanas de vida. Por lo que, Sroufe propone el término *cautela* para identificar la reacción emocional que es la precursora del miedo, en tanto que es una forma primitiva del desarrollo de la reacción más madura, no en el sentido de que desaparece después de su reemplazo. Así, el término miedo debe quedar reservado para las reacciones entre los seis y los doce meses de edad, en las que el suceso tiene un significado negativo inmediato para el bebé. Ya que no es una incapacidad para asimilar, sino un reconocimiento inmediato de la amenaza.

De acuerdo con Marks (1991), se está hablando entonces, de que en los primeros seis meses de vida los estímulos potencialmente dañinos no se perciben como amenazas, por lo que originan estados vagos de excitación o zozobra, más que temor. Antes de que la amenaza pueda ser percibida como tal, el bebé tendrá que

ser capaz de percibir y discriminar entre personas y objetos, y entre lo familiar y lo extraño en su ambiente; también deberá poseer suficiente madurez cognitiva como para apreciar que ciertas personas y situaciones pueden amenazar la continuidad de su existencia como individuo. Y es evidente que las amenazas no podrán ser referidas al propio individuo, por lo cual no tendrán suficiente intensidad como para producir temor hasta que exista una noción fundamental de identidad.

Habiendo aclarado este punto pasaremos ahora a conocer las características de los miedos en la infancia.

3.2.3 Características de los miedos en la infancia

La mayoría de los miedos en los niños tienen tres características: surgen sin razón aparente y se desvanecen también sin motivos obvios; son más volátiles e intensos que en los adultos; y cambian a medida que el niño crece (Marks, 1991).

Según Thompson (1962, pág. 289; cit. en Marks, 1991):

“Casi todos los padres han podido observar la aparición súbita de una respuesta de miedo a medida que el niño madura y expande su campo perceptivo. Ayer un niño de dos años de edad no temía al ronroneo de la aspiradora, mientras que hoy se muestra aterrorizado, sin haber tenido ninguna experiencia con la aspiradora durante el intervalo o con otros ruidos intensos. Tales miedos frecuentemente desaparecen con la misma rapidez que surgieron. Sólo podemos inferir que las respuestas perceptivas del niño ante la aspiradora han sufrido algún cambio como resultado de las interacciones entre aprendizaje y maduración”.

Es decir, las tres características antes mencionadas, están directamente relacionadas con el desarrollo evolutivo del niño. Se ha postulado que las primeras reacciones de miedo observadas en la infancia (es decir, reacciones a ruidos fuertes, pérdida de apoyo y movimientos súbitos) son de naturaleza innata y

automática (no poseen elaboración cognitiva). Algunos autores han sugerido que también otros tipos de miedos (no tan automáticos) como los temores a los extraños, a las serpientes, a la oscuridad y a las alturas podrían ser innatos, ya que sólo se desarrollan cuando el individuo tiene cierto nivel madurativo y ocurren con independencia de la experiencia. En concreto, el miedo a los extraños o “ansiedad de los ocho meses”, que se produce en los niños entre los 7 y 8 meses de edad, se ha sugerido que es innato porque se produce en los seres humanos espontáneamente durante tal edad, así como también en algunos animales experimentales (chimpancés) criados en aislamiento (Sandín, 1996).

Generalmente se ha supuesto que si los miedos son de naturaleza evolutiva, estos deberían desaparecer espontáneamente al superarse el periodo evolutivo, hablamos entonces de un carácter transitorio o de corta duración de los mismos. Algunas investigaciones apoyan este supuesto. Slater (1939), por ejemplo, reportó que la frecuencia mostrada de la conducta temerosa y ansiosa en niños de 2 a 3 años de edad, que asisten a la guardería, casi completamente había menguado después de 4 semanas. Cummings (1946) reportó que los miedos, aunque no las reacciones de ansiedad generalizada, eran totalmente transitorios de los 2 a los 7 años de edad. Hagman (1932) similarmente reportó que muchos de los miedos en la infancia tuvieron una corta duración: 54% habían desaparecido después de tres meses, y los más resistentes miedos desaparecieron después de 3 años. Las reacciones fóbicas serias en la infancia también generalmente parecen desaparecer en períodos breves relativamente. En un primer estudio epidemiológico con un seguimiento de 5 años, Agras, Chapin y Oliveau (1972) encontraron que de 10 niños que inicialmente se les identificó como fóbicos, todos mejoraron o se habían recuperado (Barrios, Hartmann y Shigetomi, 1981).

Sin embargo, algunos miedos de la infancia muestran una permanencia anormal, en ocasiones, persisten hasta la edad adulta, o incluso, existe la posibilidad de que se conviertan en fobias (Méndez y Antón, 1991).

A pesar de que la investigación sobre este último aspecto dista bastante de ser conclusiva, es importante señalar que el factor “aprendizaje”, juega un papel determinante.

Echeburúa (1997) señala que muchos de los temores y de los trastornos fóbicos experimentados por los niños no son heredados, sino que son resultado de un aprendizaje que se instala en una fase determinada del desarrollo evolutivo y que puede ser facilitado por una cierta predisposición biológica.

En la siguiente sección, profundizaremos más con respecto a este último punto.

3.3 FOBIAS EN LA INFANCIA

En esta última sección del capítulo, trataremos sobre lo que se ha entendido por fobia, las diversas explicaciones que se han vertido en cuanto a su etiología, y finalizaremos con los factores específicos que intervienen en el desencadenamiento de las fobias en los niños.

3.3.1 Definición de fobia

La palabra *fobia* deriva del término griego *phobos* (miedo, pavor), y se utiliza para denotar reacciones de miedo intenso acompañado de evitación inducida por situaciones (reales o anticipadas) que objetivamente no justifican tales respuestas (Sandín y Chorot, 1995). Para Solloa (2001), las fobias son miedos que han adquirido una dimensión patológica.

La característica central de los trastornos fóbicos es que el miedo y la evitación están asociados a estímulos más o menos específicos (objetos, personas, sensaciones, actividades, situaciones, etc.). Además, las reacciones de ansiedad y evitación no están justificadas por el peligro real de la circunstancia amenazante,

la persona es completamente consciente de que su miedo y evitación (si ésta existe) son excesivos e irracionales; no obstante, esta característica puede estar ausente en los niños (Sandín y Chorot, 1995).

El primer autor que estableció de forma precisa las diferencias entre miedo y fobia fue Marks (1969; cit. en Sandín, 1996), el cual señaló que las fobias consisten en miedos situacionales que:

- a) Son *desproporcionados* en relación con las demandas de la situación; por ejemplo, una reacción de terror ante un terremoto puede ser proporcionada a la amenaza, pero no lo es la reacción de terror al tomar un ascensor. En el primer caso se trata de una respuesta normal ante un peligro real; en el segundo la respuesta sobrepasa lo esperable dado el peligro real de la situación.
- b) No pueden ser explicados ni razonados (son *irracionales*); por ejemplo, el hecho de que expliquemos al individuo el carácter inocuo de la situación no suele producir en este ningún efecto positivo. En edades no infantiles la persona suele ser consciente de que el miedo es excesivo o irracional.
- c) *Están fuera del control voluntario*, a pesar de los múltiples esfuerzos que suele efectuar el individuo para sobreponerse a las reacciones de temor.
- d) Conducen a la *evitación* de la situación temida. En lugar de enfrentarse al objeto o situación temidos, la persona los evita deliberadamente, o bien escapa de la situación si inesperadamente se encuentra ante ella.
- e) Producen cierto grado de malestar o sufrimiento.

Echeburúa (1997) añade otros dos elementos que caracterizan a la fobia:

- a) No ser específicas de una edad determinada.
- b) Ser de larga duración.

Así, podemos definir que la fobia *es una reacción de miedo intenso ante un estímulo más o menos específico. Esta reacción es desproporcionada respecto al peligro de la situación, irracional, involuntaria y lleva a evitar la situación temida.*

3.3.2 Etiología de las fobias

El origen de las fobias es en gran medida desconocido. Las teorías que se han dado sobre este punto, más bien, explican el desencadenamiento o mantenimiento de las fobias.

A continuación, se describen las diversas explicaciones propuestas, empezando con el modelo psicoanalítico, por ser el primero en ofrecer su visión con respecto a las fobias. Posteriormente, nos enfocamos en las explicaciones vertidas desde el modelo conductual y que han tenido gran aceptación en el ámbito clínico, por los resultados que han mostrado tanto en la adquisición como en la eliminación de las conductas fóbicas. En tercer lugar, se describe el punto de vista cognitivo. Y por último, señalamos los factores externos e internos que intervienen en el desencadenamiento de las fobias en los niños.

3.3.2.1 Modelo psicoanalítico sobre las fobias

Según Davidson y Neale (1983), Freud fue el primero en intentar una explicación sistemática sobre la formación de la conducta fóbica. Un caso clásico, reportado por Freud en 1909, fue el de un niño de cinco años, el pequeño Hans, quien temía a los caballos, por lo que no quería aventurarse a salir de su casa. El análisis hecho por Freud del pequeño Hans, se basó en las cartas escritas a Freud por el padre del niño; en realidad, Freud no vio al niño más que en una sola ocasión. Se informaba en ellas que Hans, a la edad de tres años, es decir, antes del desarrollo de su fobia, tenía “un extraño interés en la parte de su cuerpo a la que él solía llamar su culebrita”. A la edad de tres años y medio, su madre lo sorprendió tocándose el pene y lo amenazó con hacérselo cortar si continuaba “haciendo

eso". A la edad de cuatro años y medio, durante unas vacaciones de verano, se dijo que Hans había intentado "seducir" a su madre. Un día en que su madre estaba esparciendo talco alrededor de su pene, cuidando de no tocárselo, Hans dijo: "¿Por qué no pones el dedo ahí?". Su madre le contestó "Porque sería una cochinada". Hans replicó: "¿Qué es eso? ¿Una cochinada? ¿Por qué?" La madre repuso: "porque es incorrecto". Hans riéndose repuso: "¡Pero si es muy divertido!" Aquellos eventos fueron considerados por Freud como prueba de que Hans tenía fuertes impulsos sexuales, que eran dirigidos hacia su madre y que habían sido reprimidos por miedo hacia la castración. Las primeras señales de la fobia aparecieron aproximadamente seis meses después cuando Hans estaba paseándose afuera con su niñera. Después de que pasó un carruaje tirado por un caballo, empezó a llorar, diciendo que quería regresar a la casa a "apapacharse" (acariciarse) con su madre. Luego, explicó que tenía miedo a salir porque un caballo lo podía morder y pronto empezó a divagar alrededor de sus temores hablando de "cosas negras alrededor de la boca de los caballos" y de "las cosas que tienen frente a los ojos".

Freud consideró que esta serie de eventos reflejaban sus deseos edípicos de suprimir a su padre a fin de poseer a su madre. La excitación sexual que experimentaba hacia su madre se había convertido en ansiedad por miedo a ser castigado. Al padre de Hans se le consideró como fuente inicial del miedo experimentado por su hijo, pero este miedo fue entonces transferido hacia un símbolo representativo de su padre, los caballos. El bozal negro y las ojeras de los caballos se consideraron representaciones simbólicas de los anteojos y del bigote paternos. Así, por temer a los caballos, se dijo que Hans había logrado inconscientemente evitar el miedo a ser castrado por su padre —a pesar de que la madre era quien lo había amenazado con esta castración— arreglándose las al mismo tiempo para estar más tiempo en casa con su principal objeto afectivo, es decir, su madre (Davidson y Neale, 1983).

De esta manera, en el psicoanálisis se describe a las manifestaciones fóbicas como una defensa contra la amenaza producida al emerger las pulsiones del Ello. La angustia se desplaza de un objeto originario al objeto que se convierte posteriormente en la causa de la fobia a lo largo de una cadena asociativa que el sujeto mismo ignora conscientemente, pero que le permite expresar la angustia sin entrar en contacto con los contenidos originales reprimidos, los cuales son prevalentemente de carácter sexual. Según el mecanismo general de las fobias, el sujeto no tiene realmente miedo del objeto o situación que dice temer, sino que éste sólo es el símbolo de otra cosa de la cual sí tiene miedo (su deseo sexual inconfesable), pero que ni tan siquiera él mismo puede admitir (Sassaroli y Lorenzini, 2000).

3.3.2.2 Modelo conductista sobre las fobias

El supuesto principal de las explicaciones conductistas con respecto a las fobias, es que este tipo de reacciones son aprendidas. Sin embargo, los mecanismos de este aprendizaje y lo que se está aprendiendo exactamente en la formación de una fobia lo explican en forma diferente los distintos procedimientos y teorías conductistas.

El condicionamiento clásico

El condicionamiento clásico consiste en un proceso de aprendizaje asociativo en el que si un acontecimiento indiferente se asocia (incluso una sola vez) con uno de los estímulos que suscitan automáticamente miedo, el estímulo neutro puede empezar a provocar el temor por sí mismo. Es decir, cuando un acontecimiento precede repentinamente a un segundo acontecimiento que suscita de manera automática una determinada respuesta, el primer suceso empieza a suscitar a menudo una respuesta similar (Pelechano, 1984; cit. en Echeburúa, 1997).

El experimento llevado por Watson y Rayner (1920) proveyó un exitosa prueba empírica de este tipo de condicionamiento. Ellos llevaron a cabo su experimento con un niño de once meses llamado Albert. Le presentaron una rata blanca, que dos meses antes el niño había manipulado sin mostrar ninguna reacción de miedo, y justo en el momento en que comenzaba a tocar al animal se dio un martillazo en una barra de hierro situada ligeramente detrás de su cabeza. En la primera sesión se efectuaron dos ensayos y en la segunda sesión, realizada una semana más tarde, cinco ensayos más en los que se presentaba la rata y la estimulación auditiva al mismo tiempo. Cinco días después comprobaron que las respuestas condicionadas de miedo se habían generalizado a estímulos parecidos a la rata blanca; por ejemplo, un conejo, algodón o una máscara de Santa Claus (Méndez y Antón, 1991).

El experimento de Watson y Rayner sugirió que el aprendizaje podía explicar las reacciones de miedo en los seres humanos. No obstante, como lo señalan Davidson y Neale (1983), el hecho de que el pequeño Alberto haya adquirido un miedo en este estudio específico no puede considerarse como prueba de que todos los miedos y fobias se adquieran por condicionamiento. Más bien, el estudio demuestra la posibilidad de que algunos temores puedan adquirirse de esa manera concreta.

El condicionamiento operante

En el condicionamiento operante se considera la posibilidad de que las reacciones fóbicas se aprendan en virtud de las consecuencias que producen. De acuerdo con (Pelechano, 1984; cit. en Echeburúa, 1997) muchas fobias se mantienen sistemáticamente en función de dos procesos:

A) *Reforzamiento negativo*. La evitación o escape del estímulo fóbico reduce la conducta de ansiedad. Así, por ejemplo, la conducta de permanecer en casa en la

fobia escolar queda reforzada porque se evita el enfrentamiento con la escuela (tareas escolares, relaciones sociales, etc.).

B) *Reforzamiento positivo*. La reacción fóbica puede ser directamente recompensada por otras personas. Ante la aparición de una respuesta de miedo, la madre puede acariciarlo o acogerlo entre sus brazos, llevarlo al médico, darle un capricho, etc. Este exceso de atención, sobre todo cuando la atención es más bien escasa en la vida ordinaria, es una forma de reforzamiento positivo.

Teoría de los dos factores

Según esta teoría, propuesta y reformulada sucesivamente por Mowrer (1947), las fobias se establecen a partir de dos formas de aprendizaje relacionados entre sí. 1) el aprendizaje de señales, es decir, el miedo es condicionado ante ciertos estímulos neutros que se combinan con estímulos intrínsecamente dolorosos o temibles. El miedo produce estímulos, los cuales a su vez actúan como un impulso. Por consiguiente, el miedo es un impulso secundario adquirido como resultado de un condicionamiento. 2) el aprendizaje de soluciones, es decir, cualquier conducta instrumental que reduce el impulso se mantiene por las consecuencias reforzadoras. Esto es, el miedo se reduce escapando del estímulo condicionado que lo suscita (Kazdin, 1983).

Teoría de la preparación

Otra de las modificaciones a la teoría original del condicionamiento clásico se produjo a partir de las propuestas de Seligman (1970, 1971) quien combinó el punto de vista biológico con el del aprendizaje. El señaló que las fobias son resistentes a la extinción; que pueden ser condicionadas en el laboratorio en un sólo ensayo; y que el conjunto de eventos potencialmente fóbicos tienden a restringirse a un número limitado de estímulos, los cuales están relacionados a la supervivencia de la especie humana, a través del largo curso evolutivo. (Seligman, 1971).

Los resultados de diferentes estudios llevó a Seligman a postular que los organismos presentan una evolución filogenética de tal naturaleza que ciertas asociaciones de estímulos se adquieren con mayor facilidad que otras, es decir, que hay determinadas asociaciones que están más preparadas que otras para ser condicionadas, y que las fobias eran ejemplos de asociaciones altamente preparadas. En la formulación de Seligman se entiende, por tanto, que las reacciones fóbicas se adquieren por un proceso de condicionamiento y su adquisición se ve modulada por la “preparación” de la asociación (Sosa y Capafóns, 1995).

Teoría del aprendizaje social

Este modelo, propuesto por Bandura (1977; cit. en Echeburúa, 1997), postula la existencia de tres posibles modos de adquisición de las conductas fóbicas: a) la experiencia directa con acontecimientos aversivos; b) la observación de otra persona sometida a un suceso traumático, y c) la recepción de información (historias, cuentos, etc.) en torno a los estímulos fóbicos por parte de personas significativas para el niño. De esta manera, el aprendizaje vicario puede explicar el origen de aquellas fobias en que los niños no han tenido experiencias traumáticas con el estímulo fóbico.

Sin embargo, los experimentos sobre el condicionamiento vicario no logran proporcionar un modelo adecuado para todas las fobias. En primer lugar, el miedo vicario se extingue rápidamente. En segundo lugar, los fóbicos que buscan tratamiento, rara vez reportan haberse vuelto temerosos después de presenciar el dolor ajeno. Finalmente, muchas personas han sido expuestas a malas experiencias sufridas por otras sin desarrollar fobias (Davidson y Neale, 1983).

Partiendo de lo anterior, hemos visto que desde la perspectiva conductista se considera que los miedos pueden ser aprendidos, a través de distintos mecanismos. No obstante, aún no están esclarecidas diversas cuestiones como:

- ¿Por qué se adquieren fobias por asociación con ciertos estímulos, pero no con otros?

- ¿Por qué en algunas personas, la aparición de la fobia se presenta mucho tiempo después de un evento traumático?

- ¿Por qué hay niños que han pasado por sucesos traumáticos y no presentan fobias?

Referente a la primera cuestión, se propuso dentro del modelo de condicionamiento la “teoría de la preparación” de Seligman. Sin embargo, esta teoría no está exenta de críticas. Por ejemplo, Carrobbles (1985; cit. en Echeburúa, 1997) cuestiona de por qué si hay algunos estímulos peligrosos para el ser humano (como los enchufes eléctricos), asociados con frecuencia a situaciones traumáticas, no se relacionan con la adquisición de reacciones fóbicas. Quizá sea porque los nuevos peligros de la vida moderna son aún demasiado recientes como para haberse incorporado al código genético del ser humano actual.

Con respecto a la segunda pregunta, Echeburúa (1997) señala que ese hecho hace insostenible la teoría simple del condicionamiento por contigüidad como explicación satisfactoria del desarrollo de las fobias.

Y la última cuestión nos hace pensar que existen otros factores que intervienen en el desencadenamiento y/o mantenimiento de las fobias. Uno de ellos tiene que ver con los procesos cognitivos que median la conducta y que, desafortunadamente, el condicionamiento operante no ofrece una formulación puntual.

El hecho de que los procedimientos de condicionamiento tienen limitantes, no resta importancia a las satisfactorias explicaciones sistemáticas sobre el mantenimiento de las respuestas de evitación, así como a la diversidad de técnicas para la eliminación del miedo que han sido generadas.

3.3.2.3 El enfoque cognitivo en la explicación de las fobias

Desde esta perspectiva se sugiere que determinados estilos de pensamiento distorsionado son importantes mediadores en los trastornos fóbicos. Los pensamientos de tipo fóbico (por ej., “el avión es peligroso” o “el avión podría estrellarse”) se entienden como el resultado de diálogos internos acerca de los estímulos fóbicos, diálogos que se supone están bajo el control de sistemas psicológicos más generales, que pueden contener distintos tipos de distorsiones ya sea referidas al contenido o bien a la estructura lógica (Sosa y Capafóns, 1995).

Beck y Emery (1985; cit. en Caballo, 1995) proponen que en los trastornos de ansiedad, en los que están incluidas las fobias, el individuo funciona en un *modo de vulnerabilidad*. Definida la vulnerabilidad como “la percepción que tiene una persona sobre sí misma viéndose sujeta a peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para permitirle una sensación de seguridad”. Cuando está activo el modo de vulnerabilidad, la información que llega se procesa en términos de debilidad en vez de fortaleza y la persona se encuentra más influida por acontecimientos pasados que enfatizan sus fallos que por factores que podrían predecir el éxito. La sensación de vulnerabilidad en el individuo se mantiene excluyendo o distorsionando datos contradictorios por medio de los esquemas cognitivos predominantes: minimización de las ventajas personales, magnificación de las debilidades propias, atención selectiva a las debilidades, descartar el valor de los éxitos pasados, etc.

Por otra parte, Beck y Emery (1985; cit. en Dobson y Franche, 1991), también sugieren que las cogniciones de los pacientes con ansiedad se centran alrededor de tres temas: aceptación, competencia y control, que comparten el hilo común de la *amenaza*.

Los aspectos de la *aceptación* se basan sobre el temor de que una persona no sea aceptable para los demás. El componente crucial de su sistema cognitivo es la creencia de que necesita la aceptación de todo el mundo con el fin de lograr el bienestar o la felicidad y que el rechazo representa una importante amenaza.

El componente cognitivo central de los pacientes preocupados por la *competencia* es la creencia de que son inferiores debido a algún defecto que puede ser de carácter físico, que puede atribuirse a la inferioridad del intelecto o de la personalidad, o incluso a la raza o al sexo. Temen no ser capaces de realizar algunos trabajos o de asumir ciertas responsabilidades. Sus cogniciones automáticas conducen a menudo a una subestimación de sus capacidades y a una exageración de sus debilidades. Vigilan en exceso la amenaza a la crítica.

Las personas que temen perder el *control* se centran en la amenaza de los demás o en los acontecimientos que los dominan. Esta preocupación particular puede tomar muchas formas. Los pacientes, a menudo, temen perder el control y “volverse locos” o llegar a convertirse en los esclavos de una persona con autoridad. Normalmente atribuyen su ansiedad a estímulos externos, pero un examen más minucioso revela que no es la situación en sí misma lo que se teme (p. ej., una fiesta), sino la posible pérdida de control (p. ej., que tengan un ataque de pánico). Conductualmente, el temor a perder el control en un área puede manifestarse como un exceso de control en otra área; por ejemplo, una mujer que teme perder el control en su trabajo puede gastar toda su energía teniendo control sobre los temas referentes a la casa y a los niños.

El enfoque cognitivo dentro del modelo conductual para la explicación de las fobias, ha alcanzado una importante influencia. Pero, aún es escasa la investigación experimental que vierta evidencia clara y definida de los procesos cognitivos en el desencadenamiento o mantenimiento de las fobias.

3.3.2.4 Factores externos e internos que intervienen en la fobia infantil

En el desencadenamiento de las fobias en los niños, intervienen tanto factores externos como internos:

Entre los factores externos tenemos:

A) *Acontecimientos estresantes*. Del tipo de: cambio de domicilio, ingreso en la escuela, cambio de colegio, fracaso escolar, nacimiento o fallecimiento en el medio familiar, divorcio o pérdida de los padres, principalmente (Buendía y Mira, 1993).

B) *Estilo educativo de los padres*. Principalmente, es un estilo sobreprotector el que fomenta la ansiedad en los niños; o bien, cuando los padres les manifiestan su propio temor, puesto que el miedo no sólo es una emoción contagiosa sino que en este caso también priva a los niños de su fuente principal de apoyo y confianza (Echeburúa, 1997).

C) *Contexto cultural*. En los niños, la disposición a atemorizarse es afectada por las influencias culturales. La forma que se asume el miedo está moldeada, en gran parte, por los estereotipos culturales, o sea por las expectativas sociales, por los criterios tradicionales de lo que constituye un estímulo adecuado y por las formas particulares en que los adultos utilizan los temores en el proceso de socialización (Marks, 1991).

Entre los factores internos, podemos señalar:

A) *El temperamento del niño*. Es decir, el conjunto de pautas reactivas emocionales y autorreguladoras de origen en buena parte innato y que se mantiene constante a lo largo del desarrollo (Echeburúa, 1997).

B) *Los aspectos cognitivos*. Como las preocupaciones excesivas o no realistas, o la sobreatención en sí mismos. No sólo los sentimientos tienen influencia sobre el pensamiento, sino que también el nivel de refinamiento cognitivo ejerce una profunda influencia sobre la reactividad emocional. Después de todo, es la interpretación cognitiva del elemento excitante percibido, más que la gravitación de éste por sí mismo, lo que determina la índole de la respuesta emocional (Marks, 1991).

La interacción de dichos factores marca las diferencias individuales en cuanto a la expresión del miedo en cada niño, así, el miedo podrá adoptar la forma de forma de berrinches, pesadillas, enuresis, retraimiento o conducta agresiva (Campbell, 1986; cit. en Solloa, 2001).

Todos estos factores externos e internos, entre otros, cristalizan en el seno de la familia (y de ahí la estrecha relación entre la patología de los padres y la de los hijos) y conforman un determinado grado de *vulnerabilidad* de cada niño respecto a los trastornos de ansiedad. Y es sobre este trasfondo de mayor o menor vulnerabilidad sobre el que van a actuar con mayor o menor eficacia los factores de condicionamiento responsables de los diferentes trastornos de ansiedad (Echeburúa, 1997).

3.3.3 Clasificación de las fobias de acuerdo al DSM-IV

Las fobias son entidades clínicas codificadas dentro de los trastornos de ansiedad. El DSM-IV (1995) no diferencia las fobias que ocurren durante la infancia y adolescencia de las fobias en edades adultas. Entre los diferentes trastornos de ansiedad, solamente el trastorno de ansiedad de separación es conceptualizado y codificado como un trastorno característico de la infancia y adolescencia, a pesar de que tales trastornos puedan reflejar algunas propiedades asociadas a dichas edades (Sandín, 1996).

De acuerdo con la clasificación del DSM-IV-TR (1995) el grupo de trastornos de ansiedad incluye las siguientes entidades clínicas:

1. Trastorno de pánico sin agorafobia.
2. Trastorno de pánico con agorafobia.
3. Agorafobia sin historia de trastorno de pánico.
4. Fobia específica.
5. Fobia social (trastorno de ansiedad social).
6. Trastorno obsesivo-compulsivo.
7. Trastorno de estrés postraumático.
8. Trastorno de estrés agudo.
9. Trastorno de ansiedad generalizada.
10. Trastorno de ansiedad debido a una condición médica.
11. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

Puesto que como una fobia posee como elemento central y definitorio un miedo patológico hacia algún objeto, situación o actividad, las fobias, como entidades nosológicas, corresponderían únicamente a los trastornos referidos en los puntos 3 (agorafobia), 4 (fobia específica) y 5 (fobia social), y parcialmente en el 2 (agorafobia) (Sandín, 1996).

3.3.3.1 Agorafobia

Definición

La agorafobia puede definirse como un miedo y evitación de lugares públicos y de estar fuera de casa, basados en la anticipación de experimentar niveles nocivos de ansiedad o ataques de pánico (Bados, 2000).

Características clínicas

De acuerdo a Bados (2000), los agorafóbicos tienen miedo de aquellas situaciones en las que se consideran que pueden tener sensaciones somáticas de ansiedad o ataques de pánico o en las que creen que pueden ocurrir consecuencias dañinas o catastróficas. Por ello, otro elemento fundamental del cuadro agorafóbico es el miedo al miedo, el cual tiene dos componentes o dimensiones:

- *Miedo a las reacciones somáticas* o activación fisiológica asociadas con la ansiedad. Por ejemplo: a tener piernas inseguras o poco firmes, tensión, dolor o malestar en el estómago o en la garganta, debilidad, visión borrosa o deformada, rigidez o tensión muscular.

- *Cogniciones* de que experimentar sensaciones somáticas de ansiedad tendrá consecuencias dañinas o catastróficas de tipo físico o social/conductual. Ejemplo de estas cogniciones son: desmayarse, morir, tener alguna enfermedad, vomitar, ahogarse, perder el control, volverse loco, provocar una escena, gritar, balbucear o hablar de un modo raro, quedar paralizado por el miedo, hacer el ridículo, orinarse, quedarse atrapado o indefenso y ser incapaz de llegar a casa o a un sitio seguro, no encontrar ayuda cuando se experimenten las sensaciones corporales ansiógenas, quedarse ciego, dañar a alguien y tener un ataque de pánico.

Ataque de pánico

La gran mayoría de los agorafóbicos que buscan tratamiento (80-100%) informan tener o haber tenido ataques de pánico (Bados, 2000). Sandín, (1996), señala que un ataque de pánico o crisis de angustia es un síndrome consistente en un episodio de intenso miedo o molestia, durante el cual aparecen bruscamente y alcanzan la intensidad máxima en los 10 primeros minutos al menos cuatro de los siguientes trece síntomas:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas musculares
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. sensación de irrealidad o despersonalización
10. miedo a perder el control o volverse loco (a)
11. miedo a morir
12. parestesias
13. escalofríos o sofocos (ráfagas de calor)

Tipos de agorafobia

El DSM-IV-TR (1995), distingue dos tipos de agorafobia en función de la existencia o no de una historia de trastorno de pánico: el trastorno de pánico con agorafobia, o bien, la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. En el primer caso, las situaciones agorafóbicas se asocian a posibles ataques de pánico, más o menos inesperados (bien inesperados o bien predispuestos situacionalmente). En el segundo, la agorafobia ocurre asociada al temor a desarrollar síntomas semejantes al ataque de pánico (por ejemplo, miedo a desmayarse), pero no a ataques de pánico en el sentido estricto del término.

Para el diagnóstico clínico de este trastorno el DSM-IV establece los siguientes criterios:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA AGORAFOBIA (DSM-IV-TR, 1995)

NOTA: No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (por ej. Trastorno de pánico con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de pánico).

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

NOTA: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a consta de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DE PÁNICO CON
AGORAFOBIA (DSM-IV-TR, 1995)

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes.

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
- b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, “volverse loco”).
- c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (por ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo la fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA (DSM-IV-TR, 1995)

- A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (por ej., mareos o diarrea).
- B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.
- C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
- D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

Prevalencia

La prevalencia de la agorafobia referida a períodos de 1 mes, 12 meses y toda la vida alcanza respectivamente, y por lo general, unos valores aproximados de 2%, 3% y 5%, al menos en las culturas occidentales y teniendo en cuenta que los datos no son totalmente consistentes y varían en función del sexo. La prevalencia de la agorafobia es menor en adolescentes que adultos (una cuarta parte). Si bien la agorafobia se da en todas las clases sociales, es más frecuente en las clases socioeconómicas bajas; además, la agorafobia tiene al menos una probabilidad doble de ocurrencia en las personas de bajo nivel educativo (Bados, 2000).

3.3.3.2 Fobia específica

Definición

La denominación de fobias específicas se viene utilizando para hacer referencia a todas aquellas fobias en las que la reacción de miedo está circunscrita o centrada en objetos o situaciones concretas como pueden ser los perros, las alturas o los espacios cerrados (Sosa y Capafóns, 1995).

Subtipos de fobias específicas

De acuerdo con el sistema de clasificación-diagnóstico: DSM-IV-TR (1995), se han establecido los siguientes subtipos de fobias específicas:

Tipo animal. El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo ambiental. El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

Tipo situacional. El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados.

Para el diagnóstico clínico de este trastorno el DSM-IV establece los siguientes criterios:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LAS FOBIAS ESPECÍFICAS
(DSM-IV-TR, 1995)

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

NOTA: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición, o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

NOTA: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La (s) situación (es) fóbica (s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad de un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal.

Tipo ambiental.

Tipo sangre-inyección-daño.

Tipo situacional.

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

NOTA: en los menores de 18 años los síntomas deben haber persistido durante al menos 6 meses antes de poder efectuar el diagnóstico de fobia específica.

Prevalencia

Aunque son frecuentes en la población general, las fobias raramente provocan un malestar o un deterioro general suficientes como para permitir realizar el diagnóstico de fobia específica. En la población general la tasa de prevalencia anual se sitúa alrededor del 9%, mientras que la prevalencia global oscila entre el 10 y el 11.3 % (DSM-IV, 1995). Las fobias específicas afectan a las niñas con mayor frecuencia que a los niños, esto puede estar influido por el origen cultural y étnico (Parmelee, 1998).

3.3.3.3 Fobia social

Definición

La fobia social (también denominada ansiedad social) consiste en un miedo exagerado y constante, a actuar de un modo humillante o desconcertante en situaciones o actividades sociales (Wicks-Nelson e Israel, 2001).

Características clínicas

El niño con fobia social tiene temor a entrar en relación con gente desconocida, evita establecer contactos interpersonales nuevos o relaciones ordinarias con extraños. Son extremadamente reticentes a participar en situaciones donde hay alguien a quien no conocen, pero con sus familiares y las personas más cercanas

generalmente son afectuosos y cariñosos. En situaciones sociales reaccionan con timidez y pena, y tienden a murmurar y esconderse atrás de las personas o muebles para no ser vistos, se les sube el color, muestran dificultades al hablar e incomodidad interpersonal. Estas condiciones generalmente se acompañan de expresiones de resentimiento y enojo y de actitudes de grandiosidad en sus relaciones cercanas (Solloa, 2001). El contacto con la situación temida produce ansiedad de modo casi invariable. En el niño esto puede expresarse mediante llanto, rabieta u horror de verse envuelto en situaciones sociales con gente que no conoce (Wicks-Nelson e Israel, 2001).

Fobia social y timidez

Hay que diferenciar entre lo que llamamos fobia social y lo que llamamos timidez. La diferencia desde el punto de vista clínico está en el impacto que tiene en la vida de la persona, por eso hablamos de fobia social cuando la vida personal o laboral está gravemente afectada. Pero la diferencia fundamental reside en que el tímido acude a las situaciones en las que está incómodo, con mucho miedo, pero acude. Y, cuando lo hace sistemáticamente, finalmente se le aplica la ley universal de la habituación y las situaciones se le hacen más soportables. Mientras que el que decimos que tiene fobia social suele evitar esas situaciones de manera sistemática o si acude se preocupa más de intentar estar tranquilo y controlar su ansiedad que de atender, participar o hacer lo que tiene que hacer en esa situación (DSM-IV, 1995). En resumen, Turner, Beidel y Townsley (1990; cit. en Caballo, 1995), marcan cuatro diferencias entre fobia social y timidez:

1. El grado de deterioro social y laboral en los sujetos con fobia social tiende a ser mucho mayor que en aquellos sujetos considerados tímidos.
2. La timidez suele tener un comienzo más temprano que la fobia social.
3. La fobia social es una condición crónica, mientras que la timidez parece ser transitoria para muchos individuos.

4. La evitación tiende a asociarse mucho más con la fobia social que con la timidez y la gravedad de dicha evitación es mucho mayor en la fobia social que en la timidez.

Tipos de fobia social

Se considera que hay dos tipos de fobia social:

Generalizada: cuando los temores se relacionan con la mayoría de las situaciones sociales.

Focalizada: cuando el temor se da en situaciones concretas.

Los individuos con fobia social generalizada suelen tener miedo tanto a actuar en público como a situaciones sociales interactivas y están más propensos a presentar deficiencias en sus habilidades sociales y a padecer un serio deterioro de sus relaciones sociales y laborales.

Para el diagnóstico clínico de este trastorno el DSM-IV establece los siguientes criterios:

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE FOBIA SOCIAL (DSM-IV-TR, 1995)

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

NOTA: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no solo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

NOTA: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

NOTA: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

Prevalencia

Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 3 y el 13% y afecta aproximadamente al 1% de los niños y adolescentes. El trastorno es más común en el sexo masculino que en el femenino (Parmelee, 1998).

3.3.3.4 Fobia escolar

Definición

Desde un punto de vista conductual, la fobia escolar se puede definir como un patrón desadaptativo de respuestas de ansiedad a situaciones escolares (Méndez y Antón, 1991).

Características clínicas

De acuerdo con Solloa (2001), muchos niños se rehúsan a ir a la escuela, pero algunos se ponen tan intensamente ansiosos que no podrán asistir. Cuando llega el momento de ir a la escuela el niño ruega y llora, pudiendo llegar a manifestar síntomas físicos y hasta una reacción de pánico (que puede llegar a ser el predecesor de ataques de pánico o de agorafobia en la edad adulta). El rechazo a la escuela puede surgir a partir de una enfermedad, un accidente o por cambios en el ámbito escolar. Esta misma autora señala que muchos de los niños con fobia escolar presentan una ansiedad de separación de fondo, mientras que otros realmente tienen fobia a la escuela ya que es en este nuevo ambiente donde el niño por primera vez tiene que ajustarse a la autoridad y a las reglas que no provienen de los padres. En la escuela el niño tiene que enfrentar una diversidad de situaciones desconocidas que producen ansiedad, como la competencia, el temor al fracaso, los exámenes, la crítica de los compañeros, etc., que amenazan su autoestima y seguridad.

Lo que no es fobia escolar

La fobia escolar es algo muy distinto del clásico “irse de pinta”, en donde el niño no va al colegio porque desea emplear el tiempo de forma variable, pero, casi siempre, de manera agradable, esperando no ser castigado por ello cuando regrese. La fobia escolar no tiene nada que ver con la fuga, en la que el niño parte mas o menos a la aventura por un tiempo que por lo general no ha previsto. Finalmente, esta fobia es muy diferente a una oposición al medio escolar, que

puede deberse a múltiples causas, desde el retraimiento pasivo hasta la agresividad franca, sin comportar, en cualquier caso, el síntoma cardinal de la fobia escolar: la angustia, que está ausente tanto en la fuga como en el “irse de pinta” (Toledo, Ferrero y Barreto, 1999; cit. en Solloa, 2001).

Prevalencia

Las estimaciones de la frecuencia de casos de fobia escolar varían entre el 0,4 por 100 de la población infantil en edad escolar (Ollendick y Mayer, 1984; cit. en Méndez y Antón, 1991). A pesar de que los problemas de fobia escolar son una pequeña proporción del total de fobias infantiles, la revisión de Graziano y De Giovanni (1979; cit. en Méndez y Antón, 1991) reveló que el 86 por 100 de los estudios conductuales de caso sobre fobias infantiles publicados desde 1924 eran fobias escolares.

Hemos visto las características de los diversos tipos de fobia, sólo por último, hacemos referencia a lo que menciona Marks (1991), él señala que entre los tipos de fobias que suelen comenzar en la infancia o antes de la adolescencia, y que se mantienen hasta la vida adulta, se encuentran los siguientes: la fobia a los animales, aunque en una pequeña proporción de casos; la fobia a la sangre y a las heridas; la fobia a las alturas, y la fobia a los dentistas. No están claras las razones de la mayor probabilidad de persistencia de esas fobias de origen infantil hasta la vida adulta. No obstante, la evidencia parece indicar que en la infancia dichas fobias se adquieren con gran facilidad y con pocas causas aparentes, mientras que cuando esas fobias se adquieren en la vida adulta normalmente están provocadas por algún tipo de acontecimiento traumático.

Si bien se ha considerado que muchos de los miedos no son serios como para recibir atención psicológica, es importante saber que el miedo puede llegar a tener una permanencia anormal en la vida de la persona, incluso, llegar a convertirse en una fobia, mostrando resistencia para ser eliminado. Por tales razones, la valoración psicológica de esta emoción resulta ser indispensable, aspecto en el que se enfoca nuestro siguiente capítulo.

CAPITULO CUATRO

EVALUACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL DE MIEDOS Y FOBIAS EN LA INFANCIA

La evaluación es un elemento imprescindible y necesario, aunque no suficiente, para un análisis explicativo y un tratamiento efectivo del problema. De acuerdo con Fernández-Ballesteros (1998), la evaluación psicológica tiene por objeto el estudio del comportamiento del sujeto en evaluación.

En el trabajo con niños y adolescentes, se puede definir la evaluación como un conjunto de estrategias de solución de problemas para la comprensión tanto de los niños, con alteraciones como sin ellas, como de los sistemas sociales en cuya intersección se sitúan éstos (familia y compañeros) (Rodríguez, Méndez y Antón, 1997).

Es importante considerar, que la evaluación de los problemas infantiles adquiere unas características muy particulares, a saber:

- a) Generalmente, es un adulto el que identifica al niño como poseedor de un problema. Por lo que el niño, está siendo visto como el que necesita del servicio psicológico, siendo que tal vez el niño no tenga un trauma emocional, pero sí quien presenta un disturbio a los ojos de los adultos.
- b) Los niños típicamente están bajo la supervisión y guía de los adultos. Como resultado, los problemas de conducta del niño no pueden separarse de su contexto. Por lo tanto, la evaluación de los sistemas escolar, familiar y de compañeros, es de gran importancia.
- c) El constante cambio en el desarrollo del niño. Esto representa una dificultad en la evaluación, ya que muchas veces los problemas son exagerados por los adultos. En este sentido, los esfuerzos del psicólogo debieran reflejarse en un

conocimiento de estos enigmas y una conciencia en la tarea de tener en cuenta el proceso y los efectos del desarrollo (Kendall y Hollon, 1981).

Ahora bien, son diversos los procedimientos y técnicas para medir o evaluar el comportamiento, así como también son diferentes las interpretaciones que se ofrecen al finalizar la evaluación, incluso cuando la misma técnica es utilizada. Esto depende de las asunciones y posturas teóricas de quien evalúa. Como lo ejemplifica Luciano (1993), algunos clínicos pueden emplear la evaluación para determinar las características de la “personalidad” de un niño y la naturaleza “subyacente” de sus problemas psicológicos, de forma que la causa de su desorden pueda conocerse y tratarse. O bien, se dice que la evaluación muestra los déficits cognitivos responsables de las alteraciones conductuales; o, por último, se dice que muestra el repertorio conductual deficitario o excesivo, indicando las posibles variables de origen y mantenimiento.

Es decir, existen diversos modelos evaluativos, como el médico, el psicodinámico, el sistémico-relacional, el humanista, el conductual, y el cognitivo-conductual, principalmente. Desde nuestra perspectiva, el modelo cognitivo-conductual permite realizar una evaluación completa y coherente del comportamiento humano, ya que está encaminado a la predicción, explicación y control de la conducta; vislumbra los determinantes de la misma; y define las variables ambientales, personales e históricas, claramente. Además, se han desarrollado desde esta concepción teórica una gamma amplia de técnicas, aplicadas a varios ámbitos tales como el escolar, el organizacional, el clínico, el experimental, el deportivo y el ambiental. Finalmente, desde este enfoque de la evaluación se han diseñado los más recientes instrumentos para evaluar los miedos y fobias en la infancia.

Por lo anterior, la finalidad del presente capítulo es exponer las particularidades de la evaluación infantil, así como las características y técnicas de la evaluación cognitivo-conductual de los miedos y fobias en los niños.

4.1 PARTICULARIDADES DE LA EVALUACIÓN DE MIEDOS Y FOBIAS EN LOS NIÑOS

Los niños representan una población muy amplia para la intervención psicológica. Actualmente, existe diversa investigación tanto teórica como aplicada sobre la manera de analizar y dar solución a los problemas o situaciones de la infancia. Pero recordemos, como lo dice Luciano (1993), antes del siglo veinte, los niños eran vistos como adultos en miniatura, por lo que, los problemas conductuales infantiles no recibían la atención adecuada.

No es el mismo tipo de trabajo que se realiza con un adulto, por lo tanto, no se pueden aplicar las herramientas que están diseñadas para los adultos. El psicólogo debe estar abierto a nuevos conocimientos, principalmente sobre desarrollo infantil.

En lo que respecta a la evaluación de miedos y fobias, una de las principales situaciones que tendrá que esclarecer el psicólogo es si el miedo representa un problema serio o se trata más bien de una cuestión temporal y adaptativa. Por esta razón, se hace necesario considerar diferentes aspectos relacionados con la evaluación infantil, entre los que tenemos: el desarrollo evolutivo, la remisión a consulta, la interacción con variables fisiológicas y las consideraciones éticas.

4.1.1 Desarrollo evolutivo

La edad y el nivel de desarrollo del niño deben tenerse en cuenta en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, pues las etapas evolutivas determinadas por las cogniciones y experiencias, tienen implicaciones a la hora de considerar una conducta como problema, así como en la construcción y selección de los métodos de evaluación.

Particularmente, cuando la intervención psicológica se relaciona con la evaluación de miedos en los niños, es indispensable saber que muchos de esos fenómenos

son transitorios, de intensidad leve y específicos de una edad. Morris y Ratochwill (1987; cit. en Méndez y Antón, 1991), expresan que los miedos “evolutivos” son un componente del desarrollo normal y además “proporcionan a los niños medios de adaptación a variados estresores vitales”. Por tales razones, vamos a clarificar a continuación dos aspectos básicos de los miedos ligados con el desarrollo evolutivo: la gravedad y pronóstico del miedo.

De acuerdo con Barrios, Hartmann y Shigetomi (1981), si bien son comunes, muchos de los miedos en la infancia no son serios. Los reportes basados sobre referencias en estudios de tratamiento, apoyan la noción de que muchos de los miedos no causan indisposición en el niño e irritación de sus padres o maestros como para requerir atención profesional. Además, la frecuencia de la conducta ansiosa y temerosa en los niños parece declinar con el incremento de edad.

4.1.2 Remisión

En la mayoría de los casos, los niños no acuden por su propia iniciativa a la consulta, sino que son referidos por un adulto (padre, madre, maestro, médico). Por esta razón, el motivo de consulta muchas veces está bastante lejos de sus sentimientos y expectativas.

Las percepciones de los adultos, no la conducta ansiosa o temerosa del niño, pueden ser más significativas en la determinación de si el niño es llevado para la atención de un terapeuta de conducta. Esto es, aunque el niño es ansioso o temeroso, él o ella puede no estar motivado o de lo contrario, no dispuesto a participar en el tratamiento. En otros casos, la conducta del niño puede ser apropiada, pero las demandas o expectativas de los adultos para que muestre una conducta audaz, son irrazonables. Cuando esto ocurre, el adulto más que el niño puede ser el receptor apropiado para tratamiento (Barrios, Hartmann y Shigetomi, 1981).

También es importante tener en cuenta, que muchos de los padres y maestros solicitan tratamiento psicológico para un niño con más frecuencia por excesos conductuales, como hiperactividad, agresividad o conducta antisocial, que por retraimiento social u otro trastorno de ansiedad. Los datos revelan que, aparte de los problemas de rendimiento académico, las conductas de los niños que resultan más aversivas para los adultos originan un mayor número de consultas (Méndez y Antón, 1991).

En otro aspecto, Evans y Nelson (1986; cit. en Silva y Moro, 1994) señalan que las quejas sobre la conducta del niño pueden deberse a problemas de la familia que de algún modo están alterando su percepción del niño. Es también necesario tener en cuenta que algunos padres consideran que enviar a su hijo al psicólogo es una especie de castigo por su mala conducta.

4.1.3 Interacción con variables fisiológicas

En muchas ocasiones los niños pueden presentar alteraciones de conducta que no son sino manifestaciones de dolor o molestias físicas. A diferencia de los adultos, que pueden discriminar mejor entre el malestar físico y el psicológico, en la infancia las respuestas fisiológicas o reflejas a los acontecimientos se confunden con los repertorios conductuales (Evans y Nelson, 1986; cit. en Silva y Moro, 1994).

4.1.4 Consideraciones éticas

El psicólogo debe considerar en toda intervención una serie de aspectos éticos. Mind (1975; cit. en Silva y Moro, 1994), enunció una serie de recomendaciones para salvaguardar los derechos de las personas objeto de evaluación:

- ♣ Toda evaluación debe estar justificada, y deben explicarse sus razones a las personas que les afecten.

- ♣ Se deben hacer explícitos los límites de la privacidad. Toda información y conclusiones obtenidas de una evaluación han de tener un carácter confidencial. La información debe transmitirse con cuidado y sólo a las personas que puedan comprenderla y utilizarla correctamente.
- ♣ Es necesario informar a los niños (dependiendo de su edad) y adolescentes sobre el proceso diagnóstico y obtener su consentimiento. Siempre que se adecuó el lenguaje, la mayoría de los niños pueden comprender los objetivos y modos de operar del proceso diagnóstico. Sólo en casos de niños muy pequeños o con importante deterioro intelectual es posible prescindir de este imperativo ético.
- ♣ Se debe cuidar el vínculo interpersonal que conlleva la evaluación. La mayoría de los niños que acuden a consulta se sienten inseguros, buscan apoyo o dependencia y en algunos casos, la primera relación positiva con un adulto es la que tienen con el psicólogo. Por ello es fundamental preparar al niño no sólo para establecer una relación interpersonal estrecha con el psicólogo, sino también para salir de ella.

Una vez que hemos visto de manera general las particularidades de la evaluación infantil, continuaremos en el siguiente apartado con las características de la evaluación cognitivo-conductual y el proceso que se lleva a cabo.

4.2 EVALUACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

En este segundo apartado, trataremos cuatro aspectos relacionados con la evaluación cognitivo-conductual: 1) las características del modelo conductual, 2) el replanteamiento cognitivo que se hace, 3) las principales críticas formuladas a esta nueva concepción evaluativa, y 4) el proceso de evaluación en problemas de miedos y fobias en los niños.

4.2.1 El modelo conductual

El modelo conductual es la base teórica en la que está fundamentado principalmente el enfoque cognitivo-conductual. Las características básicas de este modelo son las siguientes (Kazdin, 1983; Berstein y Nietzel, 1988; Rodríguez, Méndez y Antón, 1997):

1. El comportamiento se entiende como aprendizaje, es decir, la consecuencia de la actividad de la persona en relación al medio ambiente. Por lo que la intervención se orienta hacia la modificación de comportamientos observables y no al cambio de estructuras mentales hipotéticas.
2. Se sostiene que las diferencias entre la conducta considerada como normal y anormal, no son cualitativas, sino que responden más bien a un continuo, y por lo tanto, es posible aplicar los mismos principios de aprendizaje a todas las conductas.
3. Se reconoce la importancia de los eventos pasados en los reportes de las personas en el entendido que sólo participan como formas particulares de aprendizaje.
4. La evaluación clínica y las funciones de tratamiento están íntimamente integradas. Las conductas manifiestas no se perciben como síntomas de algún proceso intrapsíquico, de tal forma que el “diagnóstico” del problema subyacente del cliente no es necesario.
5. Se evalúa la eficacia de la intervención en función de los cambios objetivos producidos en la conducta, su mantenimiento en el tiempo y el grado de generalización alcanzado en la vida del niño o del adolescente.
6. La evaluación clínica y las funciones del tratamiento están íntimamente ligadas con los resultados de la investigación experimental realizada con seres humanos y animales.

7. Los métodos y procedimientos de la ciencia experimental se emplean como los medios principales para ampliar el conocimiento acerca de la conducta y su evaluación, desarrollo y modificación.

Dichas características, dan forma a la noción de evaluación, diagnóstico y tratamiento conductual. Así, se entenderá dentro de un contexto clínico, que la evaluación conductual no es una valoración de un solo golpe que se ejecute antes de que se inicie el tratamiento. Mejor dicho, es un proceso continuo que ocurre antes, durante y después del tratamiento. La evaluación conductual es importante porque informa sobre la selección inicial de estrategias de tratamiento, proporciona un medio de realimentación concerniente a la eficacia de las estrategias de tratamiento a medida que se ponen en marcha durante el proceso, permite una valoración de la efectividad general del mismo una vez que se ha terminado y destaca factores situacionales que pueden conducir a la recurrencia de la conducta problemática (Peterson y Sobell 1994; cit. en Phares y Trull, 2000).

En concreto, en el modelo conductual en su versión radical, se emprende el estudio científico del sujeto mediante un análisis molecular y mecanicista de las respuestas manifiestas y los estímulos que las mantienen (Fernández-Ballesteros, 1998).

Para lograr ese objetivo, Phares y Trull (2000) señalan, que se propone el *análisis funcional* de Skinner (1953), que implica la realización de análisis exactos sobre los estímulos que preceden a la conducta y sobre las consecuencias que le siguen. La tesis principal es que las conductas se aprenden y mantienen debido a las consecuencias que le siguen. Así, para cambiar una conducta indeseable, el clínico debe 1) identificar las condiciones estímulo que le precipitan y 2) determinar los reforzamientos que le siguen. Una vez que se evalúan antecedentes y consecuentes, el clínico está en una posición que le permite modificar la conducta por medio de la manipulación de los estímulos y reforzamientos implicados.

4.2.2 La evaluación cognitivo-conductual

Ahora bien, como vimos en el capítulo uno, en el modelo conductual se hace un replanteamiento de las variables a analizar, se incorporan las variables del organismo (o la persona) aceptando variables encubiertas (cognitivas) en la explicación de la conducta y considerando el ambiente en su dimensión perceptiva (Fernández-Ballesteros,1998). Dichas variables organísmicas incluyen las características físicas, fisiológicas o cognoscitivas del individuo (Phares y Trull, 2000).

En esta línea, son Kanfer y Phillips (1980), quienes proponen un modelo de análisis para el comportamiento individual donde se incluyen las variables del organismo. Este modelo es una reformulación tanto del planteamiento de Skinner “E-R-C” y de la ecuación conductual sugerida por Lindsey (1964 a) que incluye cuatro componentes: “estímulo E, respuesta R, relación de contingencia K y consecuencia C”. Así, la formulación de Kanfer y Phillips queda planteada de la siguiente forma:

E= estímulo o condiciones antecedentes que originan la conducta problemática

O= variables organísmicas relacionadas con la conducta problemática

R= respuesta o conducta problemática

K= relación de contingencia entre la respuesta y las consecuencias

C= consecuencias de la conducta problemática (Kanfer y Phillips, 1980).

De esta manera, mientras que en la alternativa conductual radical la conducta (esencialmente motora) se considera una función de condiciones ambientales, el modelo cognitivo-conductual supone en su explicación la intervención de factores personales y ambientales.

En este sentido, las diferencias que tendrá la evaluación cognitivo-conductual con respecto a la evaluación conductual serán las siguientes (Mash y Terdal, 1981; Luciano, 1993):

1. La evaluación se desplaza de la observación sistemática de conductas objetivo, a la evaluación de estrategias más generales de solución de problemas por medio de tests (justificando su uso por ser más rápidos que la observación sistemática).
2. El nivel cognitivo ejercerá un papel predominante en la explicación del comportamiento alterado, y en la evaluación conductual la conducta problema se interpretará como función del tipo de interacciones habidas en el pasado, teniendo en cuenta las características biológicas del organismo en interacción.
3. El sistema cognitivo, resumirá sus datos a tres niveles (conductual, cognitivo y fisiológico), mientras que en la evaluación conductual resumirá sus datos a nivel conductual (incluso cuando mide conductas calificadas como de autocontrol, o de solución de problemas, o pensar) y a nivel biológico general.

4.2.3 Principales críticas a la evaluación cognitivo-conductual

Algunos investigadores expresaron que este tipo de evaluación abandonaba la piedra angular y característica cardinal de la evaluación conductual, es decir, la conducta observable y medible. Lo que generó por una parte, mayor investigación sobre las variables cognitivas, y por otra, una mayor justificación de las explicaciones conductuales sobre los aspectos cognitivos. A raíz de esto último, se han vertido fuertes críticas a la evaluación cognitivo-conductual. Fernández-Ballesteros (1994) señala tres de ellas:

1. No se critica y rechaza que la percepción que un sujeto tiene de una situación es importante, pero dicha condición del sujeto (de la persona) es evaluada según

sus respuestas ante la situación y, lo más importante, es que esa forma de percibir es, desde luego, una forma de responder que ha sido aprendida en el pasado y que ha estado, y aún está, a su vez, bajo el control de los estímulos externos.

2. La introducción de cualquier variable requiere –en ciencia- una definición operativa pormenorizada. Así, cuando se habla de cognición, se incluyen aspectos psicológicos tan diversos como “tener” creencias irracionales, errores de pensamiento, atribución del control interno, sistema del yo débil, etc., siendo que todos esos términos difieren entre sí.

3. No se mencionan los principios que rigen en los fenómenos que se implican. Por ejemplo, no sabemos si las creencias irracionales o los errores de pensamiento son eventos aprendidos y, en este caso, qué principios rigen en ellos o, más bien, son entidades con base genotípica o tal vez “inmaterial”.

En nuestra opinión, aunque en el modelo conductual se hace referencia de que la cognición puede ser evaluada como conducta observable, consideramos que todavía no se crea la tecnología para la modificación de la conducta cognoscitiva, y por ello, es pertinente la evaluación cognitivo-conductual que se está apoyando en las investigaciones realizadas tanto de los modelos cognitivos como de las teorías del aprendizaje social. Es evidente que existen cuestiones que necesitan ser claramente definidas en este enfoque, sin embargo es un nuevo esfuerzo que genera interrogantes, y, esto a su vez, permite que la investigación del comportamiento humano continúe avanzando.

Una vez que hemos conocido las características de la evaluación cognitivo-conductual, pasaremos ahora a describir el proceso de evaluación.

4.2.4 Proceso de evaluación en los problemas de miedos y fobias en los niños

Como se mencionó anteriormente, la evaluación está en estrecha interdependencia con el tratamiento. Por tal motivo, podemos identificar tres fases de la evaluación: antes, durante y después del tratamiento.

El presente trabajo se sitúa en la primera fase, en la que los objetivos a cumplir, de acuerdo con Rodríguez, Méndez y Antón (1997), son:

1. Formular hipótesis explicativas contrastables acerca de las conductas-problema y deducir predicciones verificables.
2. Seleccionar las conductas-clave a modificar.
3. Seleccionar las variables relevantes que se han de manipular.

Para cubrir estos objetivos se sigue un proceso de indagación y análisis de diferentes elementos, mismos que enseguida describiremos, enfocándolos en los problemas de miedos y fobias en los niños.

Especificar la demanda y el problema

Normalmente, el evaluador formula una pregunta abierta sobre el problema que ha motivado la consulta psicológica. Para conseguir que la persona describa qué hace, qué dice, qué siente o qué piensa cuando está “nervioso”, el evaluador realiza preguntas del tipo “¿Qué quiere decir exactamente con...?”, o le pide que narre la última vez que sintió el malestar. Una estrategia que se emplea comúnmente es solicitar al cliente que aclare su afirmación con un ejemplo (Méndez y Macià, 1994).

Ollendick y Francis (1988), mencionan que al iniciar la búsqueda de información, el niño puede estar ansioso, miedoso o asustado por la situación de entrevista, por

lo que las preguntas que se le hagan deben ser específicas y fáciles de entender, para que se incite al niño a responder. Por ejemplo, en vez de preguntarle ¿cómo te sientes?, podríamos preguntarle ¿qué tipo de cosas hacen que tú te asustes?.

Delimitar la topografía de la conducta

Una vez delimitadas las respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas que constituyen el problema de ansiedad, se evalúan sus parámetros de frecuencia, intensidad y duración en relación con las distintas situaciones en las que ocurren, lo cual permitirá valorar si estamos ante comportamientos que podamos considerar problemas por “exceso” o por “déficit” (Llavona, 1998).

Identificar las condiciones que mantienen la conducta

Obtenida la información sobre la topografía de las conductas problema de ansiedad, se recogen datos sobre las condiciones que las mantienen. En las fobias específicas y en las fobias sociales los estímulos desencadenantes de las respuestas de ansiedad se identifican más rápidamente; en la ansiedad generalizada es más laborioso. Las preguntas sobre los antecedentes se dirigen a precisar las situaciones en las que se presentan las respuestas de ansiedad: lugares, momentos, personas presentes, etc. También se recaba información sobre los estímulos que disminuyen la ansiedad. Por otra parte, es importante hacer notar que algunos trastornos orgánicos producen alteraciones fisiológicas similares a las respuestas psicofisiológicas de los problemas de ansiedad. El entrevistador debe, pues, considerar la existencia de trastornos orgánicos como hipoglucemia, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, etc. No obstante, con frecuencia el sujeto previamente ha acudido a especialistas médicos como endocrinólogos o cardiólogos, que han descartado o diagnosticado estos problemas biológicos (Méndez y Macià, 1994).

De acuerdo con Rodríguez, Méndez y Antón (1997), también es importante el estudio sistemático de las cogniciones mediadoras de las conductas problema. Algunas de las que más frecuentemente actúan como antecedentes son las:

A) Atribuciones. La atribución se refiere a explicaciones y percepciones sobre la causa de determinados sucesos (“Esto me pasa porque...”). Ya hemos comentado la importancia de la percepción de la situación por parte del sujeto y cómo ésta explica una porción nada despreciable de la varianza del comportamiento. Dentro de la percepción del estímulo englobaríamos los procesos a través de los cuales el sujeto explica su mundo o califica las situaciones. Las creencias falsas que tiene el sujeto pueden ejercer un papel importante en algunos trastornos de ansiedad (“Todo ocurre porque...”).

B) Autoinstrucciones. El diálogo interno o lo que el sujeto se dice a sí mismo frente a determinados estímulos ambientales puede determinar la conducta-problema (“Van a pensar de mí que...”) y esto va a influir en las estrategias cognitivas que el sujeto utiliza para la realización de la tarea.

C) Expectativas. La conducta problema puede estar en ocasiones más controlada por las consecuencias anticipadas que por las consecuencias externas actuales (“Seguro que no me hará caso...”).

Aunque en los problemas de ansiedad el énfasis se coloca en los antecedentes, hay que indagar también sobre los consecuentes. Para Bandura (1986; cit. en Rodríguez, Méndez y Antón, 1997), las consecuencias determinan la conducta a través de su valor informativo y motivacional. Generalmente, las consecuencias de la respuesta influyen en la conducta antecedente creando expectativas de similares resultados en ocasiones futuras, siendo tres los sistemas que regulan las consecuencias de las conductas-problema: los refuerzos externos, el refuerzo vicario y los autorrefuerzos.

Un análisis cuidadoso de las variables antecedentes y consecuentes, nos puede indicar si el niño carece de habilidades para afrontar el objeto o la situación, o bien, la conducta está siendo mantenida por las consecuencias que se reciben.

En la primera situación, un niño puede evitar constantemente a niños de su edad, porque no se le ha enseñado como iniciar una conversación, o como responder ante una situación conflictiva, por ejemplo. La segunda situación, veámosla con uno de los temores más frecuentes: a la oscuridad; éste puede ser un miedo que está siendo reforzado cuando los padres aceptan que el pequeño duerma con ellos. Muchos de los miedos pueden mantenerse por la compasión que se genera en el entorno y la atención conseguida, en donde todo el mundo da vueltas alrededor del niño.

Historia del problema

Otro foco de interés, que es objeto de investigación cuando ya se ha detectado la existencia de un problema, es el conocimiento de la historia de ese problema, para lo cual ha de preguntarse sobre el momento y las circunstancias de su aparición, sobre su desarrollo y sobre el curso que haya seguido su evolución hasta la situación actual (Llavona, 1998).

Según Carrobles, Costa, Del Ser y Bartolomé (1986; cit. en Rodríguez, Méndez y Antón, 1997), no se necesita una exploración pormenorizada de los determinantes históricos por varias razones:

- Los hechos pasados no son observables, ni verificables; por tanto, cualquier relación causal que se pretendiera establecer sería exclusivamente a nivel hipotético.

- Las condiciones que mantienen en el presente la conducta problema pueden ser bastante diferentes a las que originaron el problema.

- Sólo es posible intervenir sobre los determinantes actuales de la conducta-problema.

Estas tres razones, son indispensables de tener en cuenta al evaluar este factor, pero esto no quiere decir que no se evalúen, dentro de una perspectiva cognitivo-conductual, las condiciones históricas.

Evaluar el deterioro funcional

Ezpeleta (2001) menciona, que una vez que el miedo se ha instaurado, las respuestas motoras-conductuales como la evitación del estímulo temido, son probablemente las que más interferencia ocasionan en la vida del niño (por ejemplo, no querer ir al colegio, no querer ir solo por la calle por miedo a los perros, etc.) Por lo que en este paso se evalúa las cosas que se pueden dejar de hacer por padecer determinado temor. La interferencia puede alcanzar a otros miembros de la familia, por ejemplo, si el niño tiene miedo a la oscuridad, pide dormir con los padres y estos lo hacen; o si tiene miedo a las alturas, la familia puede cancelar paseos a parques de diversiones o al cerro, o simplemente para cruzar un puente.

En algunos casos, como en ciertas fobias específicas, el deterioro funcional puede ser mínimo, porque es un objeto o situación con la que no se está en contacto cotidiano.

Para la obtención de información y evaluación de estos aspectos en los problemas de miedos y fobias en los niños, se han diseñado diversos instrumentos, mismos que a continuación expondremos.

4.3 TÉCNICAS DE EVALUACIÓN PARA MIEDOS Y FOBIAS EN LA INFANCIA

En esta tercera sección nos enfocaremos en las técnicas utilizadas para obtener información concerniente a los aspectos motores, cognitivos y fisiológicos de los miedos y fobias en la infancia. Cada uno de esos componentes puede ser medido por un instrumento específico, aunque, actualmente se están elaborando autoinformes que incluyen los tres sistemas de respuesta. No obstante, un problema que siempre va a estar presente, independientemente del instrumento utilizado, es el que señala Yates (1975):

“estás medidas no siempre concuerdan entre sí como indicadores de la intensidad del temor (pg. 173)”.

Por tal razón, el evaluador deberá estar conciente de eso y a partir del análisis inicial de la situación problema enfocarse en el componente más determinante.

Antes de describir las técnicas, mencionamos que la evaluación de los problemas en la infancia se realiza fundamentalmente a partir de dos fuentes de información: los padres (habitualmente la madre) y el niño. Esto representa una complicación adicional en la evaluación, ya que, independientemente del método de evaluación utilizado (entrevistas, cuestionarios, etc.), el grado de acuerdo entre ambas fuentes suele ser bajo (Ezpeleta, 2001).

Habiendo tomado en cuenta lo anterior, pasaremos a describir las principales técnicas utilizadas en los problemas de miedo y ansiedad, éstas son: la entrevista, los autoinformes, la observación y los registros psicofisiológicos.

4.3.1 Entrevista

García (1983; cit. en Fernández-Ballesteros, 1998), señala que la entrevista debe considerarse no sólo como el instrumento de evaluación o exploración psicológica que precede a cualquier modalidad de intervención o de toma de decisiones, sino que es el sistema de interacción mediante el cual se realiza todo el proceso de evaluación-intervención.

Generalmente, a partir de la entrevista, se inicia la recogida de datos que nos permiten evaluar si existe un problema de miedo o ansiedad, cómo se caracteriza y cuál es la magnitud del mismo. Ollendick y Francis (1988) diseñaron un formato de entrevista semi-estructurada que consta de 10 preguntas. Dicha entrevista está dirigida para ser aplicada a niños entre edades comprendidas de los 9 a los 15 años (ver anexo1).

Solloa (2001), menciona que la entrevista clínica tiene la ventaja de que el trastorno puede ser visto desde la perspectiva de los padres y del propio niño. A pesar de que se ha encontrado que el grado de concordancia entre el diagnóstico de los padres y el niño no es igual, sí es de moderado a bueno y tiende a mejorar a medida que los niños son mayores.

No detallamos más en los aspectos que se evalúan en la entrevista, pues son similares a los que se trataron en el apartado anterior, con respecto al proceso de evaluación de miedos y fobias en los niños.

4.3.2 Autoinformes

Un autoinforme supone un mensaje verbal que un sujeto emite sobre cualquier tipo de manifestación propia. Así, los autoinformes dan cuenta de diferentes manifestaciones o actividades psicológicas que, a su vez, hacen referencia a distintos momentos o situaciones de la vida del sujeto. Cuando una serie de autoinformes estructurados aparecen recopilados o integrados en un listado, suele adoptar el nombre de cuestionario o inventario (también denominado “repertorio”, “listado” o “escala”) (Fernández-Ballesteros, 1998).

Los autoinformes en los niños, de las respuestas motoras de miedo y ansiedad, generalmente son obtenidos a través de escalas de respuestas ante una variedad de estímulos potencialmente elicitadores de miedo y ansiedad o de descripciones

sobre la conducta exhibida cuando se exponen a estímulos específicos (Barrios, Hartmann y Shigetomi, 1981).

Enseguida, Méndez y Macià (1994), describen de manera general los principales autoinformes para evaluar los miedos infantiles, aplicables a los niños y adolescentes de cuatro a dieciocho años:

- ⊖ “Inventario General de Miedos para Niños” (Fear Survey Schedule for Children, FSS-FC), de Scherer y Nakamura (1968). Consta de 80 ítems y de una escala de cinco puntos. Posteriormente se publicaron dos revisiones, en las que la escala se redujo a tres puntos.
- ⊖ “Inventario General de Miedos Infantiles” (Children’s Fear Survey Schedule, CFSS), de Ryall y Dietiker (1979), con 48 ítems.
- ⊖ “Inventario General de Miedos para Niños Revisado” (Revised Fear Survey Schedule for Children, FSSC-R), de Ollendick (1983), con 80 ítems.
- ⊖ “Examen de Miedos Louisville para Niños” (Louisville Fear Survey for Children, LFSC), de Miller, Barrett, Hampe y Noble (1972), incluye 81 ítems y una escala de tres puntos.
- ⊖ “Inventario de Miedos Escolares” (Méndez, 1991), consta de 50 ítems, en una escala de cinco. Está diseñado para ser contestado por el niño o los adultos cercanos a éste (ver anexo 2).
- ⊖ “Inventario de Miedos” (IM) existen dos versiones; una de 103 ítems (Pelechano, 1981) (ver anexo 3) y otra de 100 (Pelechano, 1984), ambas con una escala de tres puntos.

Echeburúa (1997), menciona que el Inventario de Miedos (Pelechano, 1981) está pensado para ser cumplimentado por los padres de niños de 4 a 9 años. Los padres tienen que dar una respuesta a cada uno de ellos sobre la presencia y, en su caso, la intensidad del miedo experimentado por el niño. Por otro lado, en Pelechano (1984) se ha conseguido aislar dos grandes grupos de miedos, en gran medida independientes entre sí:

- a) Un grupo de miedos sociales, inducidos socialmente, que pueden ser relativamente fáciles de extinguir.
- b) Un grupo de miedos “preparados” filogenéticamente, que corren el riesgo de convertirse en fobias y/o miedos clínicos y cuya extinción resulta más difícil que en el caso anterior.

Una limitación es que la aplicación de este inventario se ha llevado a cabo más con la población general, a fin de identificar a los niños miedosos, que con pacientes fóbicos infantiles.

Además de los autoinformes que proporcionan datos sobre factores conductuales, emocionales o ambientales, también existen los que consideran las variables cognoscitivas.

Autoinformes sobre cognición

Los procedimientos de evaluación para obtener los autoinformes sobre cognición han sido verbales y escritos. Por ejemplo, entre las mediciones de lápiz y papel, tenemos: la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (aplicada en situaciones de ansiedad social), elaborada por Watson y Friend (1969). Como su nombre lo dice, este cuestionario que se contesta con verdadero o falso está diseñado para evaluar la preocupación de los sujetos por el efecto que pueden causar en otros (por ejemplo, se mencionan ideas como “Por lo general me inquieta el tipo de

impresión que doy”). Otra medición de ansiedad social basada en la evaluación cognoscitiva es la que idearon Glass, Merluzzi, Biever y Larsen (1982), quienes para determinar sus reactivos les pidieron a algunos individuos que hicieran una lista de lo que pensaban cuando se imaginaban a sí mismos en diferentes situaciones sociales. En esta medición los sujetos estiman la frecuencia de varias ideas propias tanto positivas (“Esta es una buena oportunidad”) como negativas (“Espero no hacer el ridículo”) (Weiner, 1992).

Otro procedimiento, similar al último descrito, es el que se conoce como “pruebas de autoafirmaciones”. En niños se administran después de la participación de éste en una situación simulada o real que produce el temor. Tal prueba consiste en una lista de autoafirmaciones a las cuales el niño es instruido para indicar cuales pensamientos él o ella estuvieron pensando durante la tarea. Aunque este medio de evaluar las cogniciones en los niños ha sido recomendado, hay pocos ejemplos de pruebas de autoafirmaciones para niños fóbicos en este tiempo (Ollendick y Francis, 1988).

Existe otro instrumento para evaluar la ansiedad de los niños, a partir de sus cogniciones, para ser aplicado de forma escrita:

- “Cuestionario de Ansiedad Infantil” (Child Anxiety Scale), original de Gillis, J.S., adaptación española de Gómez Fernández (1980). Aplicación a niños de 6 a 8 años de edad (ver anexo 4).

El CAS es un instrumento que puede ser administrado colectiva e individualmente. Emplea un formato muy elemental, de fácil aplicación, corrección e interpretación. Consta de 20 ítems, y el tiempo de aplicación es de 20 a 30 minutos, incluidas las instrucciones. Los factores que se evalúan en el niño son: “emocionalmente poco estable”, “excitable”, “tímido”, “aprensivo” y “tenso” (Gillis, 1980). Pero como lo indican Barrios, Hartmann y Shigetomi (1981), los instrumentos que vienen de una orientación no conductual (en este caso como el CAS), carecen de la especificidad

situacional, idealmente una característica de los procedimientos de evaluación conductual.

En autoinformes de cognición verbales con niños, Solloa (2001) menciona que el procedimiento consiste en trabajar con lo que el niño se dice sobre sí mismo, como de otras personas y situaciones. Se analizan principalmente ideas perfeccionistas y exigentes, la autoevaluación negativa y la tendencia a enfocar la atención en lo que los demás piensan de él. Se utilizan, por ejemplo, caricaturas con lenguaje mudo y se pide al niño que diga lo que el personaje de la caricatura pueda estar pensando en relación con lo que está haciendo; se le retroalimenta y se le ayuda a disminuir los pensamientos negativos, ayudándole a pensar positivamente.

Con adultos, es muy común utilizar los procedimientos de imaginación, que ayudan al cliente a hacer discriminaciones, que normalmente son difíciles de hacer en un consultorio. En estas técnicas se le pide al cliente que cierre sus ojos e imagine vívidamente alguna situación, pasada o futura como si él estuviera actualmente ahí. Una vez que el cliente pueda hacer esto, el terapeuta puede hacerle preguntas acerca de aspectos de los estímulos de la situación simulada, o sobre los pensamientos del cliente en la situación o la conducta probable del cliente (Hersen y Bellack, 1976).

Podemos decir, de acuerdo con Solloa (2001), que los autoinformes o autorreportes tienen la ventaja de ser económicos en tiempo y gastos, pero son limitados en diferentes aspectos. Algunos no capturan la fobia o miedo específico del niño, y las escalas pueden confundir a niños pequeños diferencias entre “nunca preocupado”, “rara vez preocupado”, “a veces preocupado”, “siempre preocupado”, pueden ser formatos de respuesta muy complicados para los niños pequeños.

Por otra parte, desafortunadamente poca investigación con una orientación conductual ha sido dirigida hacia la evaluación de las cogniciones de los niños. Además, los instrumentos existentes de evaluación imaginativa en adultos, son relativamente poco confiables para el uso con niños. Para un uso efectivo de esta técnica se tendría que asumir que el niño puede generar imágenes apropiadas (Barrios, Hartmann y Shigetomi, 1981).

A pesar de que los cuestionarios e inventarios carecen de la necesaria especificidad situacional y de respuesta, son, sin duda, los instrumentos de evaluación más utilizados en la práctica clínica para determinar la intensidad de los síntomas, por un lado, y para cuantificar los cambios habidos tras una intervención terapéutica (Echeburúa, 1997).

4.3.3 La observación

La observación es la estrategia fundamental del método científico. Observar supone una conducta deliberada del observador (frente a la observación cotidiana y casual), cuyos objetivos van en la línea de recoger datos en base a los cuales poder formular o verificar hipótesis (Fernández-Ballesteros, 1998).

La observación puede llevarse a cabo en situaciones naturales, es decir, en el medio en que se desenvuelve el sujeto, y en situaciones artificiales, como la clínica o el laboratorio.

4.3.3.1 Observación en situaciones naturales

Méndez y Maciá (1994) mencionan, que siempre que sea posible, debe emplearse en la evaluación conductual de los problemas de ansiedad la observación de la conducta del sujeto en situaciones naturales. Sin embargo, este tipo de observación plantea varios problemas que limitan su uso. Una de las características de los trastornos de ansiedad es la evitación, por lo que resulta

difícil observar la conducta del sujeto enfrentándose a los estímulos en situaciones naturales, como el fóbico social que evita los encuentros sociales. En algunos problemas como en la fobia escolar las presiones sociales que se ejercen sobre el sujeto para que se exponga a los estímulos temidos son muy intensas, facilitando así la observación de la conducta del escolar en el aula.

La reactividad es otro problema de la observación. El grado de reactividad está en función del grado en el cual el sistema de observación modifica el ambiente natural; es decir, la reactividad sería una función de la novedad que introduce la observación. Esto podría subsanarse, entonces, esperando un período de tiempo determinado hasta la habituación del sujeto a la situación de observación. Sin embargo, hay un amplio número de investigaciones que avalan la hipótesis de que la reactividad – al igual que la habituación- es una propiedad de los organismos vivos que se ven afectados por la presencia de estímulos novedosos con un incremento en su activación (Fernández-Ballesteros, 1998).

Para reducir el efecto de la reactividad, Méndez y Maciá (1994), proponen efectuar la observación sin informar al sujeto, por medio de observadores desconocidos y/u observando los resultados de la conducta, como los registros del cuentakilómetros del coche del agorafóbico.

4.3.3.2 Observación en situaciones artificiales

Para la observación en situaciones artificiales de las respuestas de escape y evitación, en los problemas de ansiedad, se han creado los llamados “Test de evitación conductual”, mejor conocidos como BAT, por la versión en inglés “Behavioral Avoidance Test o Behavioral Approach Test”; y las Pruebas de Ejecución Simulada (PES).

Test de evitación conductual (BAT)

Méndez y Macià (1994), señalan que el “Test de evitación conductual” (BAT) fue originalmente construido por Lang y Lazovik (1963) para evaluar el miedo a las serpientes. Esta prueba se puede efectuar con dos tipos de procedimiento:

a) Aproximación activa. El sujeto se acerca cada vez más al estímulo temido, por ejemplo una serpiente, y/o lleva a cabo interacciones físicas progresivamente mayores, como tocarla, cogerla, enrollársela por el cuerpo.

b) Exposición pasiva. El sujeto permanece en el mismo sitio mientras se aproxima el estímulo fóbico, por ejemplo se le va acercando gradualmente una urna de cristal con una serpiente, o mientras se le presenta el estímulo fóbico, de modo que evoque respuestas de ansiedad de intensidad cada vez mayor o de una intensidad elevada desde el principio, por ejemplo, se coloca junto a él una serpiente y se cronometra el tiempo que transcurre hasta que abandona el lugar.

Méndez y Macià, continúan señalando, que en los BAT se suele utilizar variables físicas como:

- La distancia del animal temido en las zoofobias, del suelo en las acrofobias, de un lugar seguro como la casa del sujeto o la consulta psicológica en las agorafobias.
- El tiempo, segundos o minutos, a oscuras en las fobias a la oscuridad, encerrados en un lugar pequeño en las claustrofobias, lejos de un lugar seguro en las agorafobias. A veces también se cronometra el tiempo de latencia, es decir, el transcurrido desde el final de la instrucción hasta el inicio de la conducta de aproximación/exposición.
- La intensidad de la luz en las fobias a la oscuridad, del ruido en las fobias al viento.

La forma habitual de presentar los estímulos es en vivo. Sin embargo, cuando resulta difícil y/o problemático se recurre a ciertos simulacros como luces estroboscópicas destellantes en las fobias a las tormentas o a una representación de los mismos.

Aunque los BAT, permanecen como el mecanismo primario de evaluación del miedo y ansiedad en los niños, la técnica tiene problemas que pueden limitar su utilidad, entre los que se encuentran los siguientes (Ollendick y Francis, 1988; Barrios, Hartmann y Shigetomi, 1981):

- Los procedimientos e instrucciones no están estandarizados. Cada investigador diseña una versión única de lo medido, con un número diferente de tareas y tipo y modo de instrucciones.

- Las pruebas también difieren mucho en sus instrucciones. Algunos BATs proveen información concerniente a las características de los objetos temidos, mientras otros simplemente indican al niño que realice las tareas. El proveer información objetiva o real, puede facilitar la ejecución del niño quien está evitando por ignorancia y no por miedo.

- La investigación sobre la influencia de las características demandadas y las variaciones proceduales sobre la ejecución del BAT ha sido conducida con adultos más que con niños, por lo que hay pocos datos disponibles sobre la confiabilidad y validez de tales pruebas con los niños. Consecuentemente, no es claro a qué grado estos factores metodológicos afecten la ejecución del niño en el BAT.

- Los BAT proveen un rango restringido de estímulos elicidores de miedo en un medio ambiente seguro. La exhibición apropiada de conducta en el laboratorio no asegura una ejecución similar en un escenario natural. La investigación necesita establecer el nivel de escenario y generalización temporal en la ejecución del BAT en niños.

Pruebas de Ejecución Simulada (PES)

Principalmente, estas pruebas se utilizan para evaluar la ejecución de la persona en los problemas de ansiedad social. Por ejemplo, en el miedo a hablar en público, la situación simulada habitual consiste en que el sujeto dé una charla de varios minutos sobre un tema ante un auditorio. Los observadores registran las respuestas y/o realizan estimaciones sobre las mismas. La charla se puede grabar en vídeo, permitiendo posteriormente realizar observaciones repetidas. Una variante de las PES, en este mismo tipo de situaciones de ansiedad, son las pruebas de representación de papeles (*role-playing tests*), que permiten la creación de múltiples situaciones ficticias en las que el sujeto interactúa con personas u objetos que representan papeles requeridos por la situación representada. El formato habitual es el siguiente:

- a) Descripción de la situación concreta por un narrador.
- b) Frase-estímulo dirigida por un colaborador al sujeto.
- c) Respuesta del sujeto (Méndez y Macià, 1994).

También dentro de las PES tenemos los *tests situacionales* en los que las respuestas se evalúan usando escalas de estimación. Por ejemplo, en la Escala de Observación de Ansiedad en Preescolares, Glennon y Weisz (1978; cit. en Barrios, Hartmann y Shigetomi, 1981), estimaron la tasa de ocurrencia de 30 indicadores conductuales (quejas físicas, lloros, susurros, chupar o masticar objetos, tocarse los genitales, etc.) mientras los niños ejecutaban varias tareas en la presencia o ausencia de sus madres.

Por último, Méndez y Macià (1994) indican que el principal problema de las PES es su validez externa, especialmente la de las pruebas de representación de papeles estandarizadas. Es preferible representar situaciones que el sujeto considere problemáticas.

4.3.4 Registros psicofisiológicos

El contexto psicológico del registro es el que concede a la variable fisiológica registrada y analizada el valor de índice psicofisiológico, esto es, la capacidad de convertirse en indicador de procesos psicológicos o conductuales. Por consiguiente, los registros psicofisiológicos sólo son tales si se producen en un contexto de estudio psicológico. La manipulación psicológica es la que, en definitiva, permite utilizar el dato fisiológico como variable dependiente conductual. Sólo en este contexto la respuesta fisiológica se puede considerar parte de la conducta, según el triple sistema de respuesta propuesto por Lang en 1968: el motor, el subjetivo y el fisiológico. Descontextualizado, el registro fisiológico sólo tiene significado fisiológico, nunca psicológico (Vila, 1994).

Ahora bien, las técnicas de registros psicofisiológicos logran una versión amplificada realizada mediante dispositivos eléctricos o mecánicos que dan lugar a registros automáticos de lo observado y a su análisis estadístico. De manera general se puede decir que el registro de las respuestas fisiológicas pasa por cinco fases:

- *Detección* de la señal proveniente del organismo.
- *Transformación* de la señal del organismo en señales eléctricas.
- *Amplificación* de las mismas.
- *Registro* propiamente dicho.
- *Conversión* de la señal registrada en formas que facilitan su análisis y, en ocasiones, propiamente análisis estadístico (Fernández-Ballesteros, 1998).

Para el empleo de estos registros, el evaluador necesita tener una considerable experiencia en el diseño de la evaluación psicofisiológica y en la selección y uso de electrodos apropiados, transductores y el equipo de registro. También deberá tener una sólida formación en la complejidad de la psicofisiología, o pueden darse

resultados engañosos o conclusiones erróneas que tengan que ser descartadas (Barrios, Hartmann y Shigetomi, 1981).

Aunque hay muy poca investigación del responder fisiológico de los niños ante situaciones que producen miedo, las medidas más comúnmente usadas para medir este componente son aquellas que evalúan la respuesta cardiovascular y la electrodermal (Ollendick y Francis, 1988).

La tasa cardiaca puede ser continuamente monitoreada antes y durante la presentación de estímulos de miedo. Estímulos provocadores de ansiedad pueden ser presentados en vivo, en fantasía, por medio de imágenes, proyecciones visuales o registros de audio (Barrios, Hartmann y Shigetomi, 1981).

Por otro lado, las respuestas electrodérmicas, especialmente las fluctuaciones espontáneas en el nivel de conductancia de la piel, son las más utilizadas después de la tasa cardiaca. Otras respuestas psicofisiológicas empleadas son la respuesta electromiográfica, la presión sanguínea, la tasa del pulso, la respiración y respuestas electroencefalográficas (Méndez y Macià, 1994).

A lo largo de los capítulos del presente trabajo, hemos estudiado los diferentes tipos de miedos y fobias que se presentan en la infancia; el surgimiento de la aproximación cognitivo-conductual y la forma de evaluación desde esa perspectiva. En nuestro siguiente capítulo realizaremos una conjunción de los elementos anteriores y verteremos una propuesta para abordar la evaluación los miedos y fobias más comunes en la infancia.

CAPITULO CINCO

PROPUESTA DE EVALUACIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL DE MIEDOS Y FOBIAS EN LA INFANCIA

Cuando un niño es remitido a intervención psicológica por manifestar conductas de miedo o fobia, el psicólogo se enfrenta ante el reto de realizar un diagnóstico y pronóstico lo más preciso de la situación problemática, antes de tomar la decisión de dar o no tratamiento. Para ello, se ve en la necesidad de efectuar una primera evaluación de la conducta-problema y del contexto en el que se despliega.

De esta manera, los objetivos de esta evaluación inicial son los siguientes:

1. Definir si la conducta del niño representa: a) una conducta-problema que necesita ser tratada por el deterioro funcional que está ocasionando; b) una cuestión temporal y adaptativa; o c) es un indicativo de problemas en el funcionamiento familiar.

2. Formular hipótesis explicativas acerca de las conductas-problema y deducir predicciones verificables.

3. Seleccionar las conductas clave a modificar.

4. Seleccionar las variables relevantes que se han de manipular.

Para cumplir esos objetivos, se tienen que contemplar tres aspectos fundamentales, que serán expuestos a continuación:

A) Conocimiento de la manera en que se entiende el desencadenamiento y/o mantenimiento de los miedos y fobias, desde el enfoque cognitivo-conductual.

B) Conocimiento del proceso de evaluación que se sigue cuando un niño es remitido a consulta psicológica por problemas de miedos o fobias.

C) Conocimiento de los instrumentos de evaluación de los miedos y fobias, diseñados para niños.

En cuanto al punto **A**, se ha diseñado un diagrama de flujo (A.1) que expone los conceptos de *miedo y ansiedad*, marcando las diferencias entre ambos de acuerdo a las variables estimulares y de respuesta que los caracterizan. Posteriormente se divide el diagrama, distinguiendo las características de los miedos “normales” con respecto a las fobias. Consecuentemente se especifica la *manifestación del temor* en sus tres sistemas de respuesta de la conducta. Y el último aspecto, tiene que ver con el *desencadenamiento y/o mantenimiento de las conductas de miedo o fobia*, relacionadas por un lado con el desarrollo evolutivo del niño, y por otro, con el aprendizaje en sus tres modalidades, que a su vez puede estar mediado por las variables cognitivas.

El punto **B** está expuesto en el diagrama de flujo (B.1), en el que se muestran los elementos a tomar en cuenta durante el proceso de evaluación.

El diagrama inicia con la *especificación del motivo de consulta* por el que el niño es remitido. En este punto estamos hablando no sólo del niño como único cliente, también, el adulto o adultos juegan un papel fundamental. Son éstos los que acompañan a consulta, conocen la situación problemática y/o los que determinan que el niño debe ser remitido al psicólogo. Por tal motivo, es importante evaluar las percepciones, demandas y expectativas de los adultos en cuanto al problema, es decir, ¿por qué para ellos el comportamiento del niño es un problema?, ¿por qué se ha considerado que necesita atención psicológica? ¿a quién(es) beneficiaría que la conducta del niño cambiara? y ¿de qué manera sería este beneficio?.

Es importante considerar este primer elemento en la evaluación de los miedos y fobias en la infancia, porque en ocasiones, el terapeuta de conducta puede dar todo el crédito a los comentarios de los adultos de que el niño necesita intervención psicológica, mientras que el comportamiento del niño puede ser adecuado a las circunstancias, y más bien, los adultos sean los receptores apropiados para el tratamiento.

Por ejemplo, socialmente hay niños que están menos dispuestos a iniciar interacciones con otras personas, o no hablan mucho, o no se muestran arriesgados y atrevidos para realizar cosas nuevas; y eso no signifique que su conducta sea problemática, pero quizá no son conductas deseables para los padres. En realidad, interviene fuertemente el factor cultural y social para definir una conducta como deseable o como un problema de miedo o ansiedad.

Cumplido ese primer paso, se continúa con la *delimitación de la o las conductas problemáticas*. Es importante aclarar que las principales fuente de información serán tanto los adultos como el niño, no obstante, no debe dejarse de lado que la confiabilidad entre ambas fuentes puede ser mínima, más cuando la conducta se presenta en la escuela, o bien, si la conducta es pasada. Se han sugerido tres instrumentos de evaluación para abarcar este aspecto, a saber: “Formato de entrevista (Ollendick y Francis, 1988)”; “Inventario de Miedos (Pelechano, 1981)” y el “Inventario de Miedos Escolares (Méndez, 1991)”.

Consecuentemente, se *identifican las características físicas, cognitivas y psicológicas del desarrollo evolutivo del niño*. En el capítulo tres, revisamos que los miedos son fenómenos comunes en la infancia por la relación que tienen con el desarrollo del niño, principalmente en los periodos de nuevos aprendizajes. Es decir, son fenómeno naturales e inevitables que el niño necesita aprender a controlar, a dominar sus emociones y que esto dé como resultado sentimientos de independencia, de éxito y de que es capaz de afrontarlo. De esta manera, muchos

miedos desaparecen de manera espontánea una vez superado el periodo evolutivo.

Una vez evaluados esos tres primeros puntos, se inicia con la búsqueda de información de distintos aspectos relacionados con la o las conductas–problema, y que se pueden indagar en diferentes momentos del proceso de evaluación, pero para su mayor entendimiento se han colocado de manera lineal en el diagrama.

Para *delimitar la topografía de la conducta*, es importante establecer una buena relación con el niño, y de esta manera, poder recoger información sobre las situaciones que le crean ansiedad o le provocan miedo, y sobre cómo responde a esto. Se evalúa la frecuencia, intensidad y duración de la conducta, de acuerdo a los tres sistemas de respuesta: conductual, cognitivo y fisiológico.

Entre los instrumentos de evaluación sugeridos para el sistema de respuesta conductual, tenemos:

- La observación en situaciones naturales

Se puede utilizar en miedos cuya ocurrencia sea elevada o donde exista una razón médica o escolar para afrontar el miedo. Por ejemplo, en el miedo a la oscuridad, en los miedos médicos y los escolares.

- Las pruebas de evitación conductual

Se pueden utilizar en miedos que tengan que evaluarse aspectos físicos como: distancia, tiempo de permanencia y respuestas motoras, en general.

En las pruebas de tipo activo: el niño se aproxima al estímulo fóbico. Se pueden utilizar en las fobias a los animales.

En las pruebas de tipo pasivo: se aproxima el estímulo fóbico al niño. Se pueden utilizar en las fobias a los animales, a los lugares cerrados, a los ruidos fuertes, a la oscuridad.

- Las escalas de estimación

En todos los tipos de fobias es importante medir la intensidad del miedo. Con niños, en las escalas de estimación se tienen que simplificar las escalas numéricas, por ejemplo del 1 al 10; o bien, utilizar análogos visuales, como los dibujos o el símbolo del semáforo.

Entre los instrumentos de evaluación sugeridos para el sistema de respuesta cognitivo tenemos:

- Lista de autoafirmaciones

Pueden ser aplicadas después de realizar una prueba de evitación conductual, en la que al niño se le instruye para elegir los pensamientos que él o ella estuvieron pensando antes, durante o después de realizar la prueba (ver anexo 5).

Entre los instrumentos de evaluación sugeridos para el sistema de respuesta fisiológico, tenemos:

- Las pruebas de evitación conductual

En este tipo de pruebas, las reacciones psicofisiológicas observables pueden ser evaluadas. Tales como los temblores musculares, la sudoración de las manos, o el sonrojo del rostro.

Sin embargo, no es muy recomendable el empleo de los registros psicofisiológicos en los niños porque pueden provocar más ansiedad y, en algunos casos, es difícil mantener al niño en una posición quieta.

Identificar las condiciones que mantienen la conducta, implica la evaluación de los antecedentes y consecuentes de la misma, que giran alrededor de: las variables cognitivas, las variables fisiológicas y el estilo educativo de los padres.

Cuando hablamos de variables cognitivas hacemos referencia a los pensamientos (en forma de autoinstrucciones, expectativas y atribuciones) e imágenes relacionados con la situación fóbica.

Dentro de las variables fisiológicas, tenemos que considerar que la conducta puede estar alterada por alguna enfermedad física, en la que el niño difícilmente distinga entre el malestar físico y el psicológico.

Por otra parte, el estilo educativo de los padres influye sobremanera para que un miedo surja o se mantenga. Tres son las características educativas que suelen darse:

1. Algunos padres muestran respuestas exageradas, ya sea de sobreprotección o de enojo y dureza ante la manifestación de miedo del niño. Cuando son de sobreprotección, ceden a las demandas de sus hijos y minimizan la independencia de la que es capaz el niño. Cuando son de enojo y dureza lastiman la autoestima y hacen que sea más difícil su afrontamiento con el miedo. Como ambas posiciones, sobrepasan la situación real, le dan al miedo el carácter de algo válido y verdadero, fomentando que se mantenga.

2. Otra forma es cuando los padres transmiten temores, que pueden estar encaminados a la protección física del niño como el de no acercarse a extraños, o el temor a que sufra un abuso sexual; pero otros pueden estar relacionados con los propios del adulto que siente miedo y lo transmite, por ejemplo, al abandono de los seres queridos, a la falta de economía, a la violencia que existe en el país, a la soledad, etc. Es bueno prevenir pero no al grado de generar desconfianza de su entorno y de sí mismo. Desafortunadamente un niño imita y se contagia fácilmente de los temores de los padres, viviéndolos como temores propios, y aprendiendo a crecer con miedo.

3. En repetidas ocasiones el miedo se convierte en una herramienta de educación para los padres quienes, sin darse cuenta de lo que sucede, utilizan lo que le da miedo al niño para amenazarlo cuando su comportamiento es inadecuado.

Otra de las tareas del proceso de evaluación consiste en *especificar la historia del problema*, es decir, el momento y circunstancias de aparición de la conducta-problema, así como los cambios que se han tenido hasta el momento actual. Y un último aspecto implica la *evaluación del deterioro funcional* que está ocasionando la conducta en las diversas áreas de desarrollo del niño.

El análisis de la información recabada de los aspectos anteriores, permitirá cumplir los objetivos de la evaluación inicial. Primeramente, definir el carácter de la demanda, de acuerdo a tres niveles:

- 1) Si la conducta del niño es indicativa de problemas en el funcionamiento familiar.
- 2) Si la conducta del niño es problemática porque está generando un deterioro funcional en sus diversas áreas de desarrollo.
- 3) Si la conducta del niño es temporal y adaptativa, porque está relacionada con las características propias del desarrollo infantil.

Por consiguiente se podrá decidir si otro problema más que el miedo o la ansiedad pudieran ser tratados o ambos, y a partir de ello, formular hipótesis sobre las conductas-problema, seleccionar las conductas clave a modificar y seleccionar las variables relevantes que se han de manipular.

Finalmente en el punto **C**, remitimos al lector al capítulo cuatro del presente trabajo, referente a los instrumentos de evaluación de miedos y fobias, diseñados para su aplicación con la población infantil. En esta misma línea, hacemos mención que son pocos los autoinformes o inventarios diseñados para la

evaluación en niños, principalmente por la edad de comienzo de los diferentes tipos de fobias. Así, tenemos que generalmente :

La *fobia social* se presenta entre los 15 y los 20 años, Sin embargo, existe la posibilidad de que se presente a edades más tempranas, pero no se considere esto último por ser muy común que las personas olviden la edad de comienzo en este tipo de fobia. Scholing y Emmelkamp (1990; cit. en Caballo, 1995) argumentan que el inicio de la adolescencia significa el comienzo de las relaciones interpersonales especialmente importantes con los iguales, pudiera ser que debido a esta prominencia de las relaciones sociales, el sujeto se acordase especialmente de esos años en lo que respecta a las mismas. Pero podría suceder también que frecuentemente el problema estuviese presente mucho antes de que el sujeto pudiera considerarse a sí mismo como una “persona social”.

Por el rango de edad en que se presenta este tipo de fobia, no existen inventarios para evaluarla niños pequeños. Para personas de 15 años en adelante, puede emplearse la “Escala de Fobia Social (Mattick y Clarke, 1998)” (ver anexo 6), que consta de 20 ítems, valorados de 0 a 4. Esta escala pretende evaluar el miedo a ser observado por otros, en particular el llevar a cabo ciertas actividades como hablar, escribir, firmar, comer o trabajar en público. Está pensada para ser aplicada conjuntamente con la siguiente escala: “Escala de Ansiedad ante la Interacción Social (Mattick y Clarke, 1998)” (ver anexo 7), que consta de 19 ítems, valorados de 0 a 4, e intenta evaluar la ansiedad experimentada al interactuar con otras personas.

Las *fobias específicas* pueden presentarse en cualquier momento de la vida de un ser humano. Sosa y Capafóns (1995), señalan que la edad de comienzo de las fobias específicas es entre los 9 y 16 años con un rango que va desde los 3 a los 67 años, aunque hay evidencia que sugiere que la edad de comienzo difiere con el tipo de fobia manifestada.

Existen diversos inventarios específicos acordes con el tipo de estímulos elicidores de miedo. Sólo que en esta ocasión sugerimos el empleo del “Inventario de Miedos “(Pelechano, 1981), que es el instrumento básico para distinguir el tipo de miedo o fobia. Consta de 103 ítems y puede ser aplicado al niño o a los padres.

La *fobia escolar* puede presentarse, como su nombre lo dice, en los años escolares que van desde los 3 años hasta los 15, porque después de estos años la fobia adquiere otro tipo de características como las de la fobia social, la fobia específica o la agorafobia.

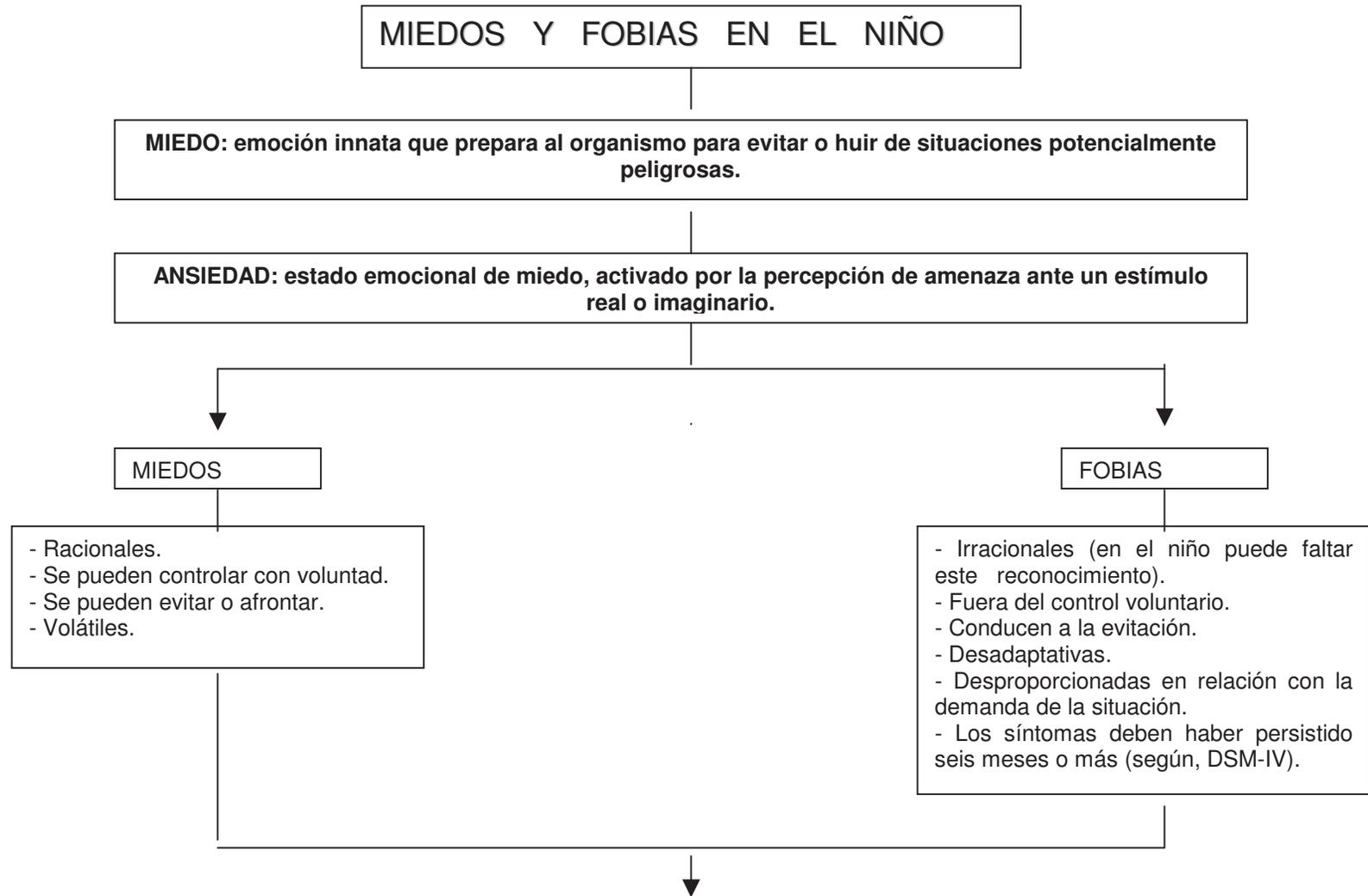
Para este tipo de fobia es muy útil el empleo del “Inventario de Miedos Escolares” (Méndez, 1991), que consta de 50 ítems en una escala de cinco, y que puede ser contestado por el niño o por un adulto cercano a éste.

La *agorafobia* es rara en la infancia. De acuerdo con Echeburúa (1997), por lo regular se presenta al final de la adolescencia. Los dos períodos críticos de comienzo—algo más tardíos que en el resto de las fobias—por un lado, son al final de la adolescencia y, por otro lado, en torno a los 20-30 años. Sin embargo, frecuentemente se consulta entre 5 y 10 años después de iniciado el problema.

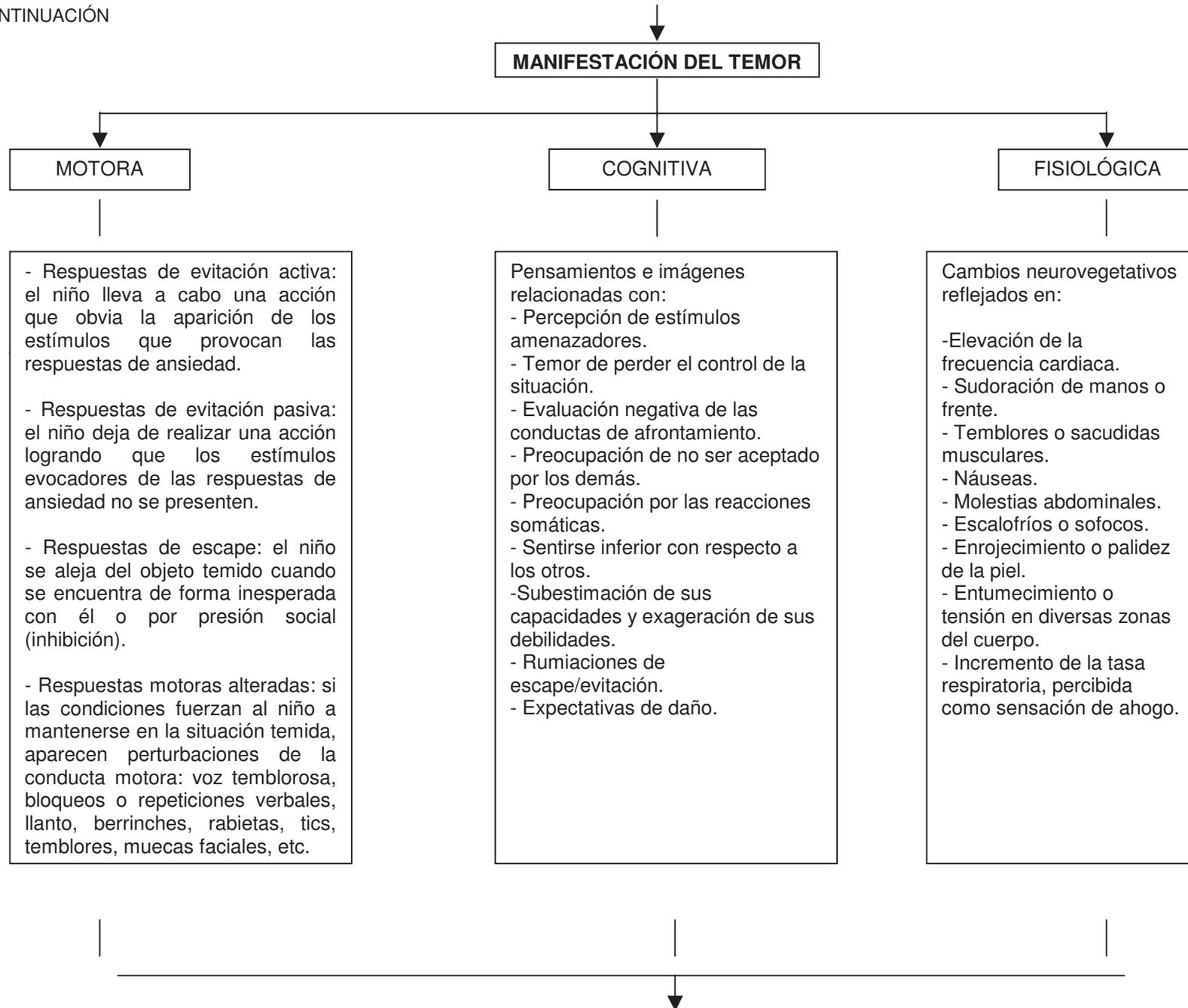
Por ser un problema de ansiedad que por lo regular se presenta en la población adulta, no existen inventarios específicos para evaluar la agorafobia en niños.

Teniendo en cuenta los tres aspectos inicialmente planteados (A, B y C), el psicólogo cuenta con un panorama específico sobre la evaluación de miedos y fobias en la infancia, desde la perspectiva cognitivo-conductual.

DIAGRAMA A.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS MIEDOS Y FOBIAS EN LA INFANCIA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL



...CONTINUACIÓN



...CONTINUACIÓN

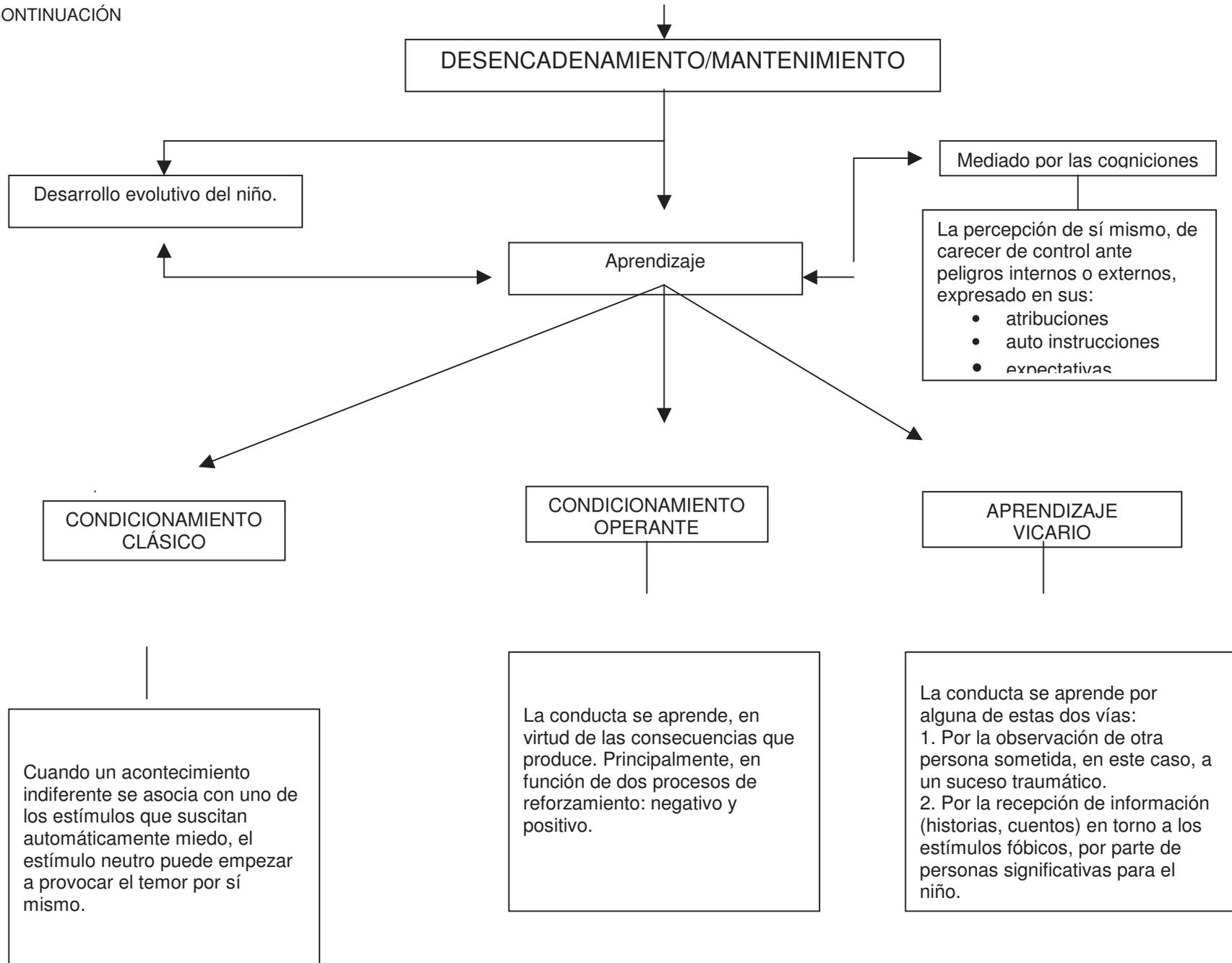
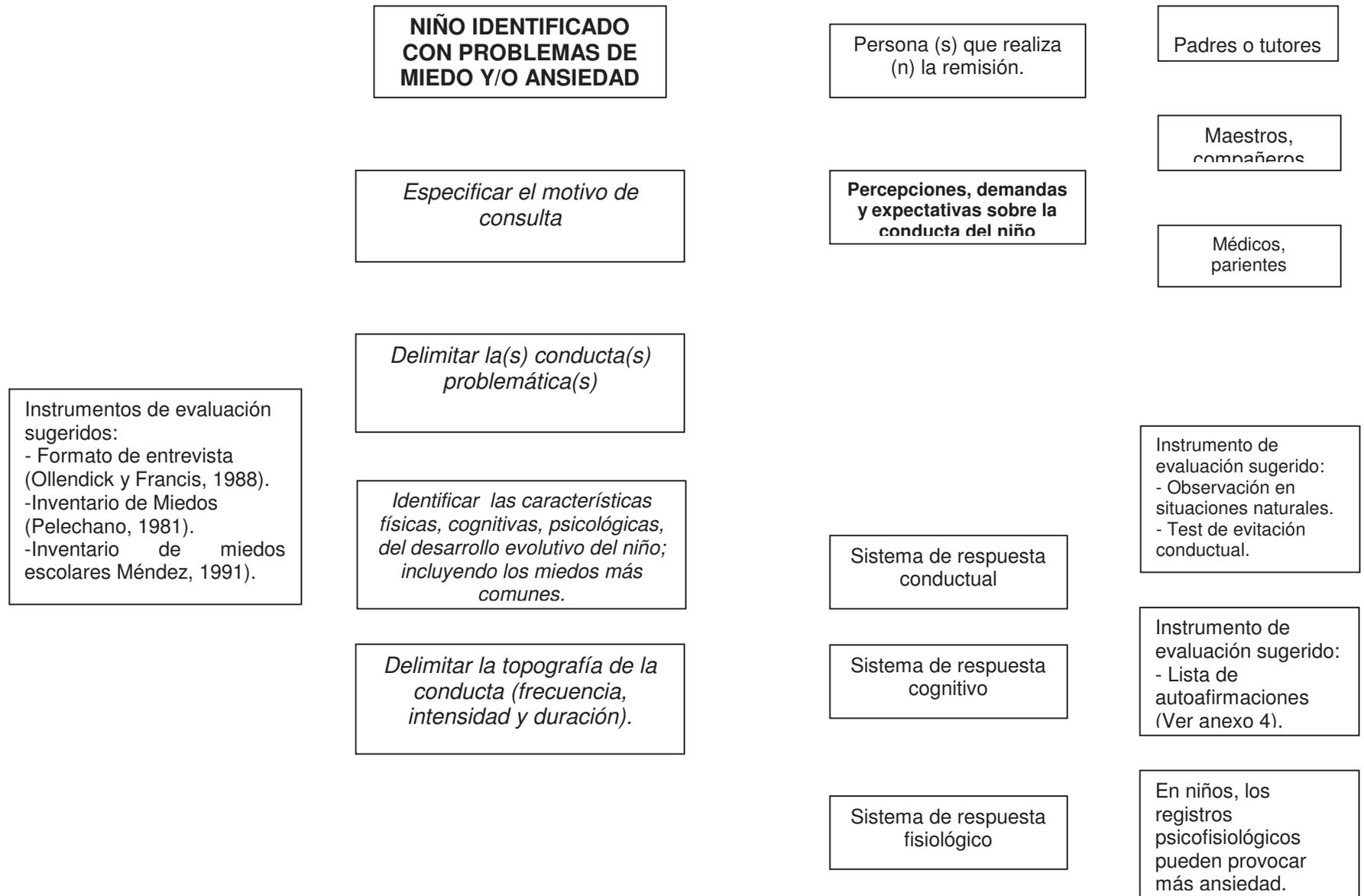
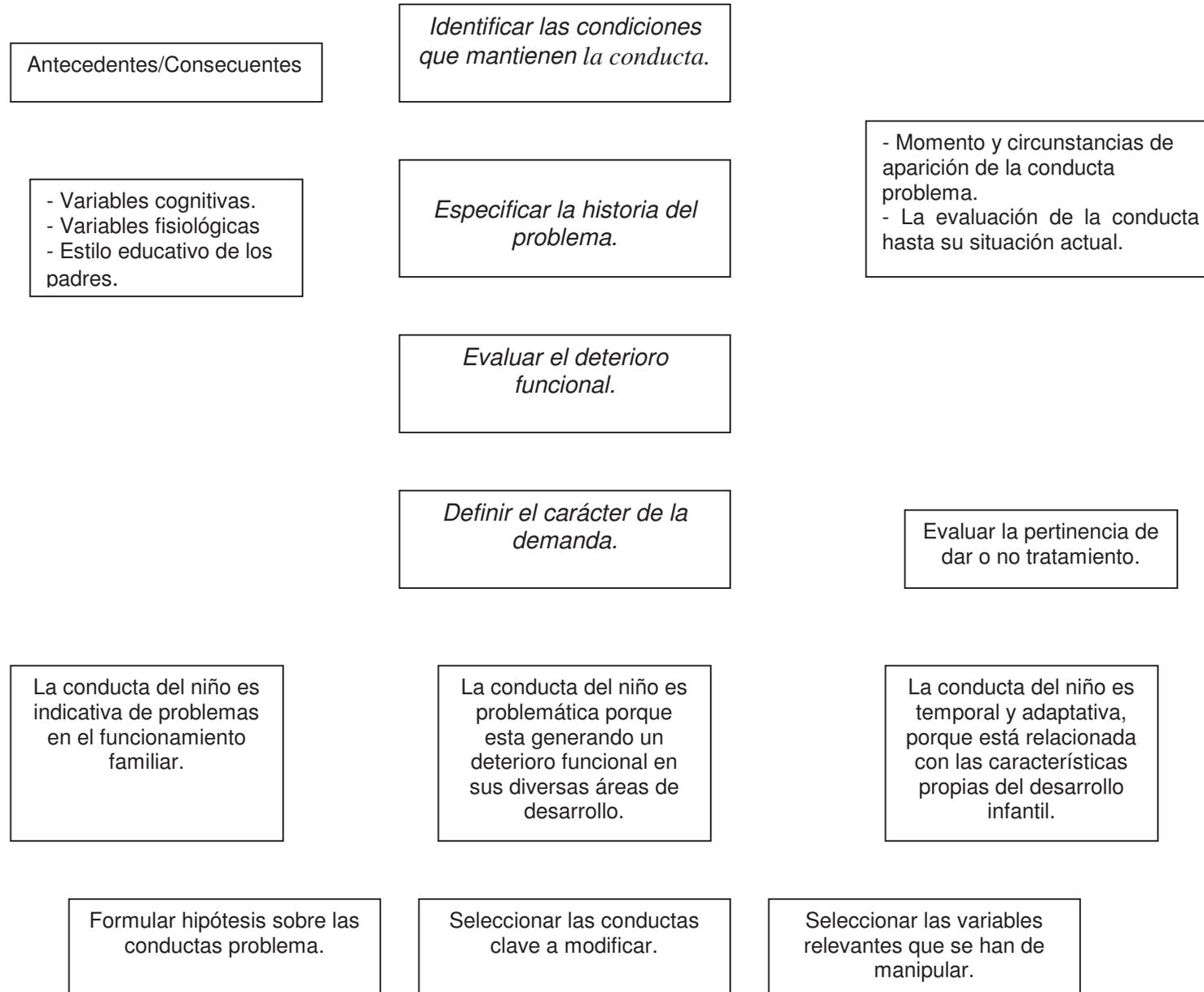


DIAGRAMA B 1. PROCESO DE EVALUACIÓN DE MIEDOS Y FOBIAS EN LOS NIÑOS



CONTINUACION...



CONCLUSIONES

La investigación sobre la evaluación de los miedos y fobias en los niños desde un enfoque cognitivo-conductual, aún está en una etapa reciente, tanto por el desarrollo teórico-aplicado que esta aproximación psicológica ha tenido como por los escasos trabajos realizados sobre la evaluación de esos fenómenos en la infancia. Es en cuanto a estos dos aspectos en los que enfocaremos nuestras conclusiones.

Primeramente, como estudiamos en el capítulo uno, el reconocimiento del papel que juegan las variables cognitivas en la modificación de la conducta humana representó un gran avance en la Psicología porque en los planteamientos conductistas radicales se estaba dejando de lado una de las partes del ser humano que le da individualidad. A pesar de que autores como Zarzosa (2003), señalan que la introducción de este tipo de variables en el modelo conductual son simples agregados para acallar las voces que dicen que no hay una teoría sólida que de respuesta a la conducta compleja; vemos que es en la práctica clínica donde se comprueba la importancia que tienen las variables cognitivas y la necesidad de estudiarlas metodológica y sistemáticamente.

Ahora bien, autores como Thyer (1992; cit. en Caballo, Aparicio y Catena, 1995) defienden la postura de que en el modelo conductual radical sí se toma en cuenta el aspecto cognitivo, es decir, los pensamientos, recuerdos y percepciones de la persona; sin embargo, consideramos que a pesar de que se tomen en cuenta aún no se precisa la manera de abordarlos, o bien, se hace referencia a que pueden ser modificados por medio del diálogo o por preguntas que confronten las creencias de la persona. Por consiguiente, llega el punto donde no se puede negar que hay investigación para abordar las variables cognitivas. Investigación que por una parte surge de posiciones diferentes al modelo conductista, y por otra, desde el propio conductismo, pero que ambas van conformando lo que en la actualidad conocemos como el enfoque cognitivo-conductual, que está caracterizado por la

importancia que se le da a lo que piensan y perciben las personas sobre sí mismas y/o los acontecimientos que les circundan, así como a los efectos directos o indirectos que esto tiene en cómo se comportan.

No ha sido un proceso sencillo la conformación de este enfoque. En un principio se dijo y aún se dice (ver Fernández-Ballesteros, 1994), que se rompe con la piedra angular del modelo conductual: la observación y la experimentación; no obstante, si este enfoque está insertado en el modelo conductual, es porque busca la validación y el rigor metodológico en sus investigaciones.

Por otra parte, sabemos que las bases teórico-conceptuales que lo fundamentan aún tienen puntos que superar, por ejemplo, el acuerdo de qué se entiende por cognición, cómo se evalúan las diferentes variables cognitivas, cuál es el grado de eficacia terapéutica, por señalar algunas. Sin embargo, actualmente se está realizando diversa investigación (ver Caro, 1997) para esclarecer esos y otros puntos.

Con respecto al trabajo que se ha realizado con niños desde este enfoque, principalmente en el área de evaluación, tenemos que ha sido muy escasa. Como lo vimos en el capítulo dos, los esfuerzos se han encauzado más a los problemas de agresividad e hiperactividad. En uno de los trabajos más significativos sobre evaluación en intervenciones cognitivo-conductuales con niños (ver Kendall y Hollon, 1981), podemos notar que la investigación se ha encaminado más a las áreas de: *cognición social*, es decir, el entendimiento del mundo social y las relaciones interpersonales del niño, en situaciones de habilidades de comunicación, discriminación de emociones, identificación de sentimientos; en *solución de problemas*, por ejemplo, el conflicto entre compañeros o con una figura de autoridad; y sobre *las atribuciones* del niño.

La evaluación de tipo cognitivo-conductual en niños con problemas de miedos y fobias es escasa, en parte porque se ha trabajado más con adultos que con niños,

y también por la complejidad que existe para unir de forma coherente el conocimiento que se tiene sobre los aspectos evolutivos propios de la infancia con los conocimientos de las técnicas de evaluación y modificación de conducta.

Como revisamos en el capítulo tres, el miedo es considerado una emoción innata del ser humano, necesaria para su adaptación y sobrevivencia en el medio ambiente. Pero este carácter innato está inextricablemente ligado al desarrollo evolutivo, de tal manera que muchos de los miedos en la infancia se presentan y desaparecen de una manera espontánea, porque están cumpliendo una función adaptativa, que requiere que el niño aprenda a manejarlos. Esto dificulta la distinción que puede haber entre un miedo adaptativo y uno aprendido, que puede permanecer hasta la edad adulta, o en otro caso, que ese miedo se convierta en fobia. Aunque, como lo señala Sandín (1996) se sabe que existe una estrecha relación entre el miedo como emoción adaptativa y el miedo aprendido, desafortunadamente, aún no hay la investigación que esclarezca dicha relación, facilite el pronóstico del miedo y permita una evaluación precisa.

Para superar esas limitantes, generalmente se ha tomado como referencia la clasificación diagnóstica de las fobias, ofrecida en el DSM-IV, un manual diagnóstico que se origina del modelo médico-psicodinámico, pero que en esta última versión toma características más conductuales. El empleo de este sistema clasificatorio tiene la ventaja de que se puede distinguir de manera general los tipos y características de las fobias. Pero entre sus desventajas tenemos que no indica el tratamiento que se debe seguir. Y es aquí cuando nos topamos con las ventajas de la evaluación de tipo cognitivo-conductual, en el que cada problema se trata de manera individualizada, pues son diferentes las variables implicadas, así como diferente es el grado de participación que tienen dentro de una situación. Es por ello que a partir de la evaluación inicial del problema se desprende el tratamiento a seguir, una de las principales características de este tipo de evaluación. Ejemplificando lo anterior, en la clasificación diagnóstica según el DSM-IV, se evalúa si el niño es o no ansioso, y en la evaluación de tipo cognitivo-

conductual se evalúa el entorno, las variables que potencialmente lo están controlando y se puede definir los elementos que se tienen que modificar. Por otra parte, en el DSM-IV se establece un tiempo de seis meses para comprobar que un miedo es una fobia o un miedo adaptativo que remitirá espontáneamente con el paso del tiempo, siendo que esto implica aplazar el tratamiento y olvidar también el sufrimiento del niño y las repercusiones negativas ocasionadas por el miedo.

El capítulo cuatro nos permitió analizar las ventajas antes mencionadas sobre la evaluación cognitivo-conductual y también descubrir que las técnicas de evaluación para los niños con miedos y fobias que seguirán manteniéndose como herramientas básicas, son las propias de la evaluación conductual, es decir, la observación en sus diferentes formas y la entrevista. Aunque son los autoinformes los instrumentos que están predominando, los cuales han surgido de la visión que plantea el enfoque cognitivo-conductual sobre la conducta. En cuanto a los registros psicofisiológicos, estos son los menos empleados por ser costosos, por generar más ansiedad en los niños a la hora de aplicarlos, y porque es difícil mantener al niño casi inmóvil para registrar las respuestas.

Por otra parte, como señala Echeburúa (1997), la evaluación a partir de procedimientos cognitivos-mediacionales son aplicables sólo en niños de mayor edad y aún no se ha logrado definir cuáles procedimientos son más efectivos de acuerdo a la edad del niño. Esto no quiere decir que no se esté investigando sobre la evaluación cognitiva en niños más pequeños, sí se está creando, por ejemplo se emplean dibujos, imágenes, símbolos, pero aún son procedimientos cuyos resultados están sujetos a evaluación.

A partir del estudio de los cuatro capítulos antes mencionados, se elaboró una propuesta de evaluación de los miedos y las fobias en la infancia desde el enfoque cognitivo-conductual. Dicha propuesta proporciona una concepción de la naturaleza del miedo y la ansiedad; señala también el orden a seguir en la evaluación; además de indicar las herramientas de evaluación adecuadas a las

características particulares de cada miedo o fobia y a las edades en las que comúnmente suelen manifestarse. La importancia de esta propuesta de evaluación radica en que no solo presenta los instrumentos psicométricos que pueden emplearse, sino que representa una visión global del fenómeno de desencadenamiento y mantenimiento del miedo y ansiedad en los niños, dándonos también pauta para la labor de prevención y tratamiento. Por otro lado, es importante notar que hacemos referencia a pocos instrumentos de evaluación escrita, dado que son escasos en la literatura psicológica de nuestro país y también porque la investigación con respecto a la evaluación con un enfoque cognitivo-conductual, está corriendo a la par de la investigación teórica-empírica sobre miedos y fobias en la infancia.

Finalmente, alentamos a los psicólogos no olvidar que los niños son personas que sienten, que piensan y que merecen de parte nuestra una buena preparación y la atención adecuada. Esto implica descubrir qué hay más allá del miedo del niño, y no nos referimos a entes inobservables o inexplicables, sino a un análisis profundo y delicado de la relación del niño con su entorno. O tal vez descubrir si hay miedo atrás de otros problemas. El conocimiento nos dará un mayor entendimiento, pero sería vano tenerlo si perdemos la esencia de un niño o una niña.

BIBLIOGRAFÍA

- AUBERT, J. L. Y DOUBOVY, C. (1993). *¡Mamá tengo miedo! Guía para madres ansiosas*. España: Gedisa.
- BADOS, L. A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide.
- BARRIOS, B.A., HARTMANN, D.P. Y SHIGETOMI, C. (1981). *Fears and anxieties in Children*. En: Goldstein, G. y Hersen, M. (dirs.) *Handbook of Psychological Assessment*. New York: Guilford Press.
- BEE, H. (1978). *El desarrollo del niño*. México: Harla.
- BERSTEIN, D. Y NIETZEL, M. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw Hill.
- BRASWELL, L. Y KENDALL, P. (2001). *Cognitive-Behavioral Therapy with Youth*. En: K. S. Dobson. *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press.
- BUELA-CASAL, G. Y CARROBLES, J. (1996). *Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud*. En: Buela-Casal, G., Caballo, V. Y Sierra, J. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo XXI.
- BUENDIA, J. Y MIRA, J. (1993). *Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo*. Universidad de Murcia.
- CABALLO, V.E.; APARICIO, C. F. Y CATENA, A. (1995). *Fundamentos conceptuales del modelo conductual en psicopatología y terapia*. En: V. Caballo; G. Buela-Casal, y J. Carrobles (dirs.) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Vol. 1. Madrid: Siglo XXI.
- CABALLO, V. E. (1995). *Fobia social*. En: V. Caballo; G. Buela-Casal, y J. Carrobles (dirs.) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Vol. 1. Madrid: Siglo XXI.
- CARO, G. I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- CARPINTERO, H. (1998). *Historia de las ideas psicológicas*. Madrid: Pirámide.

- CARROBLES, J. A. (1996). *Estrés y trastornos psicofisiológicos*. En: V. Caballo; G. Buela-Casal, y J. Carrobles (dirs.) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- CAUTELA, J.R. Y GRODEN, J. (1985). *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.
- CLARK, D.M. Y FAIRBUN, C.G. (eds.) (1999) *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. New York: Oxford.
- DAVIDSON, G. C. Y NEALE, J. M. (1983). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa.
- DELGADO, S. F. (1983). *La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas*. México: Trillas.
- DIAZ-GONZALEZ, A. Y RODRIGUEZ, C. (2003). *Perspectivas sobre el cognoscitivismo en psicología*. México: UNAM.
- DOBSON, K. S. (ed.) (2001) *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press.
- DOBSON, K. Y FRANCHE, R. (1991). *La práctica de la terapia cognitiva*. En: V. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- DOWD, E. T. (1997). *La evolución de las psicoterapias cognitivas*. En: I. Caro, *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- DSM- IV-TR. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- ECHEBURÚA, O. E. (1996). "Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad", en: G. Buela-Casal y V. E. Caballo (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- ECHEBURÚA, O. E. (1997). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- ECHEBURÚA, O. E. (ed.) (1998). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- ELLIS, A. (1997). *Reflexiones sobre la terapia racional-emotiva*. En: M. Mahoney. *Psicoterapias cognitivas y constructivistas*. España: Desclée de Brouwer.
- EZPELETA, A.L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.

- FEIXAS, G. Y MIRÓ, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1994). *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1998). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Pirámide.
- FIRST, M.B.; FRANCES, A. Y PINCUS, H.A. (1996). *DSM- IV. Manual de diagnóstico diferencial*. Barcelona: Masson.
- FODOR, E. Y MORÁN, M. (1999). *Todo un mundo por descubrir*. Madrid: Pirámide.
- GARCÍA, S. Y GARCIA, M. (2000). *Cuando los miedos paralizan*. España: Mira.
- GARCIA, V.L., MOYA, S. J. Y RODRÍGUEZ, D. S. (1992). *Historia de la Psicología I. Introducción*. Madrid: Siglo XXI.
- GARCIA, V.L. Y MOYA, S. J. (1993). *Historia de la Psicología II. Teorías y sistemas psicológicos contemporáneos*. Madrid: Siglo XXI.
- GELFAND, D. M. Y HARTMANN, D. P. (1989). *Análisis y terapia de la conducta infantil*. Madrid: Pirámide.
- GILLIS, J. S. (1980). *Cuestionario de ansiedad infantil*. Adaptación española: Gómez, F. D. Madrid: TEA.
- HERSEN, M. Y BELLACK, A. (eds.) (1976). *Behavioral Assesment. A Practical Handbook*. New York: Pergmon Press.
- INOSTROZA, C. Y QUIJADA, Y. (1998). *Aprendizaje de miedos en la infancia y pre-adolescencia*. <http://www.apsique.com>
- JALENQUES, L.; LACHAL, C. Y COUDERT, A-J. (1994). *Los cuadros de ansiedad en el niño*. España: Masson.
- JHONSON, J.; RASBURY, W. Y SIEGEL, L. (1992). *Métodos de tratamiento infantil*. México: Limusa.
- JORQUERA, A. (1990). *Terapias psicológicas*. En: J. Vallejo y C. Gastó (eds.) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat.
- KANFER, F. H. Y PHILLIPS, J. S. (1980). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México: Trillas.

- KAZDIN, A. E. (1983). *Historia de la modificación de la conducta*. España: Desclée de Brouwer.
- KAZDIN, A. E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- KELLER Y SCHOENFELD (1979). *Fundamentos de Psicología*. Barcelona: Fontanella.
- KENDALL, P. Y HOLLON, S. (1981). *Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*. New York: Academic Press.
- KENDALL, P.C. Y NORTON-FORD, J.D. (1988). *Psicología Clínica*. México: Limusa.
- KING, N.J.; HAMILTON, D.I. Y OLLENDICK, T.H. (1994). *Children's phobias: A behavioural perspective*. Nueva Yor: Wiley.
- LANDA, D. P. (2000). *Algunas consideraciones sobre el Qué y el Cómo de la Psicología Conductual Aplicada*. www.unam.iztacala.com
- LAZARUS, R.S. Y FOLKMAN, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.
- LLAVONA, L. M. (1998). *La entrevista conductual*. En: J. Labrador, J. Cruzado y M. Muñoz. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- LUCIANO, M.C. (1993). *Una aproximación conceptual y metodológica a las alteraciones conductuales en la infancia*. España: Universidad de Granada.
- MAHONEY, M. J. (1983). *Cognición y modificación de la conducta*. México: Trillas.
- MASH, E.J. Y TERDAL, L.G. (1981). *Behavioral Assessment of Childhood Disturbance*. En: Goldstein, G. y Hersen, M. (dirs.) *Handbook of Psychological Assessment*. New York: Guilford Press.
- MARKS, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales. 1. Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca.
- MARKS, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales. 2. Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca.
- MEICHENBAUM, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

- MEICHENBAUM, D. (1988). *Terapias cognitivas conductuales*. En: Linn, J.S. Psicoterapias contemporáneas. Modelos y Métodos. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- MÉNDEZ, F.X. Y ANTÓN, D.M. (coord.) (1991). *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos*. Madrid: Pirámide.
- MÉNDEZ, C.F. Y MACIÁ, A.D. (1994). *Evaluación de los problemas de ansiedad*. En: Fernández-Ballesteros, R. Evaluación conductual hoy. Madrid: Pirámide.
- MERCADO, D. S. (2003). *El cognitivismo*. En: A. Díaz-González y C. Rodríguez. Perspectivas sobre el cognoscitivismo en psicología. México: UNAM.
- OLLENDICK, T. H. Y FRANCIS, G. (1988). "Behavioral assessment and treatment of childhood phobias". *Behavior Modification*, 12, 165-204.
- PALLARES, C. F. (2003). *Desarrollo emocional en el niño. Desde una perspectiva psicogenética*. Tesis Maestría. UNAM-Iztacala.
- PARKS, C. W. Y HOLLON, S. D. (1993). *Evaluación cognitiva*. En: A. S. Bellack y M. Hersen. Manual Práctico de Evaluación de Conducta., Bilbao: Desclée de Brouwer.
- PARMELEE, D. X. (ed.) (1998). *Psiquiatría del niño y el adolescente*. España: Harcourt Brace.
- PHARES, J. Y TRULL, T. (2000). *Evaluación conductual*. En: Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno.
- QUATTROCCHI, M. S. (1999). *Un ser humano. La importancia de los primeros tres años de vida*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- R.E.M.E (2003). *Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo*. www.reme.uji.es
- RIDRUEJO, P., MEDINA, L. Y SÁNCHEZ, R. (1996). *Psicología médica*. Madrid: McGraw Hill.
- ROBINS, C. J. Y HAYES, A.M. (1997). *Una valoración de la Terapia Cognitiva*. En: M. Mahoney. Psicoterapias cognitivas y constructivistas. España: Desclée de Brouwer.
- RODRÍGUEZ, O.J., MENDEZ, C.F. Y ANTÓN, M.D. (1997). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- ROSS, A.O. (1997). *Terapia de la conducta infantil*. México: Limusa.

- SÁNCHEZ-BARRANCO, A. (1996). *Historia de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- SANDÍN, B. (1996). *Miedos y fobias en la infancia y adolescencia*. En: Buendía, J.(1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- SANDIN, B. Y CHOROT, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Benlloch, B. Sandin y F. Ramos. (eds), *Manual de psicopatología* (Vol. 2). Madrid: McGraw Hill.
- SASSAROLI , S. Y LORENZINI, R. (2000). *Miedos y fobias*. España: Paidós.
- SATTLER, J. (1996). *Evaluación infantil*. México: Manual Moderno.
- SELIGMAN, M. (1971). "Phobias and preparedness", *Behavior Therapy*, 2, pp. 307-320.
- SILVA, F. Y MORO, M. (1994). *Evaluación conductual en niños y adolescentes*. En: Fernández-Ballesteros, R. *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- SOLLOA, G. L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño*. México: Trillas.
- SOSA, D. Y CAPAFÓNS, J. (1995) *Fobia específica*. En: V. Caballo; G. Buela-Casal, y J. Carrobes (dirs.) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Vol. 1. Madrid: Siglo XXI.
- SWENSON, L. C. (1984) *Teorías del aprendizaje*. Buenos Aires: Paidós.
- TOMAS, J. (editor). (2001). *Psicosomática, bulimia, obesidad y otros trastornos de la conducta en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Alertes.
- VAZQUEZ, C. Y CAMERON, C. (1997). *Taxonomía cognitiva, psicopatología y psicoterapias cognitivas*. En: I. Caro, *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- VILA, C. J. (1994). *Registros psicofisiológicos*. En: R. Fernández-Ballesteros, *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.
- WATSON, E. Y LOWREY, G. (1989). *Crecimiento y desarrollo del niño*. México: Trillas.
- WEINER, B. (1992). *Métodos en psicología clínica*. México: Limusa.

- WICKS-NELSON E ISRAEL, A. (2001) *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: Prentice-Hall.
- WILSON, R. R. (2001). *No al pánico*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- WOLMAN, B. (1979). *El niño ante el temor, el miedo y el terror*. México: Lasser Press.
- YATES, A. J. (1975). *Terapia del comportamiento*. México: Trillas.
- ZARZOSA, L. G. (1991). "Problemas del eclecticismo: un caso". *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 8, No. 1 y 2, pp. 109-115
- ZARZOSA, L. G. (2003). *El cognoscitividad en Psicología*. En: A. Díaz-González y C. Rodríguez. *Perspectivas sobre el cognoscitividad en psicología*. México: UNAM.

ANEXO 1

ENTREVISTA AL NIÑO (Ollendick y Francis, 1988).

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Nombre de los padres: _____

Entrevistador: _____

1. ¿Qué tipo de cosas te ponen nervioso (ansioso, asustado, espantado)?
2. ¿Cuánto tiempo tiene que tú te sientes de esta forma?
 - a) ¿Qué piensas que causó esto o condujo a esto?
 - b) ¿Te has encontrado mejor o peor en los últimos tres meses? (Nota: usar algún evento para ayudar al niño a conceptualizar el tiempo).
3. ¿De qué manera la ansiedad/miedo interfiere con lo que tú haces? ¿Cómo afecta esto a lo que tu haces cada día?
4. ¿Actualmente qué te preocupa acerca de que te sientes de esta forma?
5. ¿Qué hacen tus padres, usualmente, cuando les dices que te sientes de esa forma?
6. ¿Son nerviosos o ansioso algunos de los miembros de tu familia? Si es así, describe (qué cosas lo provocan, cuánto tiempo, qué hace él o ella con respecto a esto)?
7. ¿Qué ha sido en el pasado? ¿Tiene hermanos o hermana que nunca hayan tenido miedo o ansiedad como tú?
8. ¿Qué me dices acerca de tu mamá o tu papá? ¿Son ellos miedosos o ansiosos? Si es así, ¿a qué le tienen miedo?, ¿desde hace cuánto tiempo? ¿qué hacen ellos acerca de eso?
9. ¿Cuándo estás asustado, qué tipo de cosas haces para que tengas menos miedo? ¿qué te ayuda? ¿qué cosas no haces?
10. ¿Hay algo más que tú quisieras decirme acerca de cómo te sientes?

ANEXO 2

«Inventario de Miedos Escolares» (IME) (Méndez)

Alumno(a): Edad:
 Centro docente: Curso:
 Contestado por: Niño Padre Madre Profesor Otro
 Fecha: P. T. M. A.

Instrucciones: Debajo hay una lista de experiencias o situaciones relacionadas con el colegio que pudieran ser que te produjeran temor, malestar o desagrado. Por favor, rodea con un círculo el número que tú crees corresponder mejor en la actualidad al grado de tu miedo, según la siguiente escala:

- 0 = Nada
- 1 = Un poco
- 2 = Regular
- 3 = Mucho
- 4 = Muchísimo

Ítem	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
1. Vestirme para ir al colegio	0	1	2	3	4
2. Estar a punto de salir de casa para ir al colegio	0	1	2	3	4
3. Ir andando o en un vehículo (autobús escolar, coche, moto, etc.) al colegio	0	1	2	3	4
4. Separarme de mis padres para ir al colegio	0	1	2	3	4
5. Asistir a las clases (en general)	0	1	2	3	4
6. Formular una pregunta en clase	0	1	2	3	4
7. Leer en voz alta en clase	0	1	2	3	4
8. Ser preguntado por el/la profesor/a en clase	0	1	2	3	4
9. Habla en clase o a un grupo	0	1	2	3	4
10. Salir a la pizarra	0	1	2	3	4
11. Tocar un instrumento musical en clase	0	1	2	3	4
12. Cantar delante de la clase o de un grupo	0	1	2	3	4
13. Saltar los aparatos de gimnasia	0	1	2	3	4
14. Tener que competir físicamente (correr, trepar, etc.) con compañeros	0	1	2	3	4
15. Estropear las láminas de dibujo	0	1	2	3	4
16. Pronunciar en otros idiomas (inglés, catalán, etc.) delante de la clase	0	1	2	3	4
17. Asistir a la clase de _____ (indicala)	0	1	2	3	4
18. Trabajar en la biblioteca del colegio	0	1	2	3	4
19. Jugar, charlar, etc., en el	0	1	2	3	4

... ANEXO 2

Ítem	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
22. Comer en el comedor escolar	0	1	2	3	4
23. Estudiar y hacer los deberes en el colegio	0	1	2	3	4
24. Dormir en un internado	0	1	2	3	4
25. Tener que esperar para ser recogido del colegio	0	1	2	3	4
26. Hacer un examen escrito	0	1	2	3	4
27. Realizar un examen oral	0	1	2	3	4
28. Ser sorprendido copiándome en un examen	0	1	2	3	4
29. Suspender un examen	0	1	2	3	4
30. Sacar malas notas	0	1	2	3	4
31. Repetir curso	0	1	2	3	4
32. Cambiar de colegio	0	1	2	3	4
33. Permanecer en presencia de un/a profesor/a determinado/a	0	1	2	3	4
34. Ser llamado inesperadamente por el/la profesor/a	0	1	2	3	4
35. Ser reprendido o castigado en el colegio	0	1	2	3	4
36. Ser enviado al/a la director/a o al/a la jefe/a de estudios	0	1	2	3	4
37. Ser avisados mis padres por el personal del colegio	0	1	2	3	4
38. Sufrir una novatada en el colegio	0	1	2	3	4
39. Estar con ciertos compañeros	0	1	2	3	4
40. Ser objeto de bromas y chistes en el colegio	0	1	2	3	4
41. Ser criticado en el colegio	0	1	2	3	4
42. Ser molestado (insultos, amenazas, etc.) en el colegio	0	1	2	3	4
43. Pelearme en el colegio	0	1	2	3	4
44. Caer enfermo en el colegio	0	1	2	3	4
45. Sentir náuseas (y vomitar) en el colegio	0	1	2	3	4
46. Tener dolores de estómago en el colegio	0	1	2	3	4
47. Marearme (y desmayarme) en el colegio	0	1	2	3	4
48. Padecer dolores de cabeza en el colegio	0	1	2	3	4
49. Experimentar algún tipo de malestar físico en el colegio _____ (indicalo)	0	1	2	3	4
50. Otros miedos relacionados con el colegio: _____	0	1	2	3	4

Comprueba, por favor, si has contestado todas las preguntas. Muchas gracias por tu colaboración.



... ANEXO 3

Ítem	Mucho	Algo	Nada
39. Ser castigado por Dios			
40. Amenazas de chicos mayores que él			
41. Perder el cariño de las personas que más quiere			
42. Los túneles y pasadizos			
43. Ser atacado por animales			
44. Cometer errores			
45. Presenciar peleas en la calle			
46. Personas feas			
47. Reuniones con gente desconocida			
48. Estar solo en un lugar extraño			
49. Perder juguetes u objetos muy queridos			
50. El mar			
51. Caerse			
52. Los truenos			
53. Viajar en avión			
54. Ver personas muertas			
55. Los hospitales y clínicas			
56. Entrar en una reunión donde ya está la gente sentada			
57. Ver animales muertos			
58. Ver maltratar a otra persona			
59. Las habitaciones pequeñas y cerradas aunque sean conocidas			
60. Cruzar las calles			
61. Los ladrones			
62. Las ranas			
63. Estar enfermo			
64. Las serpientes			
65. Las arañas			
66. Los ruidos fuertes			
67. Los comentarios			
68. Que le griten			
69. Los fantasmas			
70. La muerte de los padres			
71. El ascensor			
72. Estar solo en casa			
73. Tomar medicinas			
74. Verse sangrar una herida			
75. Los perros			
76. Estar en lugares altos			
77. Que le pongan inyecciones			
78. Que le saquen sangre de las venas			
79. Que le critiquen, que hablen mal de él			
80. Las cucarachas			
81. Las brujas			
82. Ser sometido a operaciones quirúrgicas			
83. La muerte			
84. La escuela			
85. La suciedad			
86. Que lo consideren tonto			
87. Ser observado			
88. Las personas desconocidas			
89. Sentirse rechazado			

... ANEXO 3

Ítem	Mucho	Algo	Nada
90. Los ancianos			
91. La muerte de hermanos			
92. Mirar hacia abajo desde lugares altos			
93. Viajar en coche			
94. La policía			
95. Los cuchillos			
96. Viajar en tren			
97. Los caballos			
98. Los practicantes			
99. Las tormentas			
100. Ser observado mientras trabaja			
101. Enfermedad de los padres			
102. Muerte de amigos			
103. Cuentos e historias de miedo			

Observaciones:

Nº 174

ANEXO 4 C A S - Hoja de Respuestas

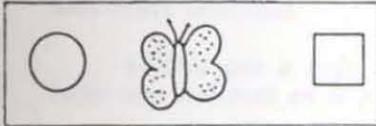
Nombre y apellidos: _____ Edad : _____ Años _____ Meses _____ Sexo: V M

Colegio: _____ Curso: _____ Ciudad: _____

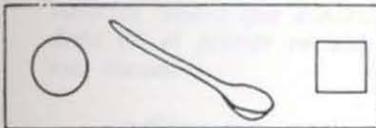
Profesión padre: _____ Profesión madre: _____

EMPIEZA AQUI

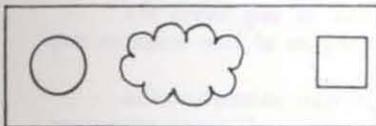
1



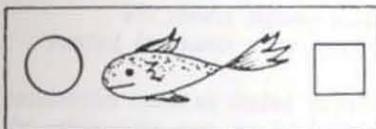
2



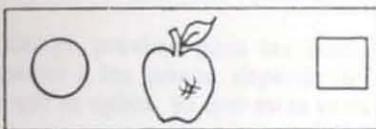
3



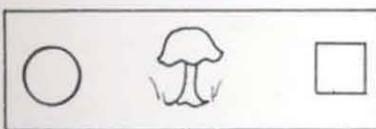
4



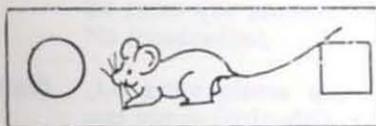
5



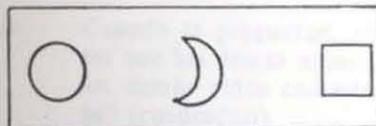
6



7



8



9



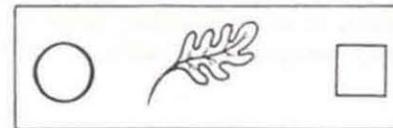
10



11



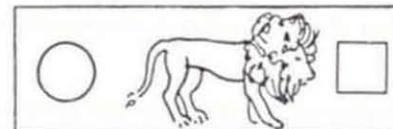
12



13



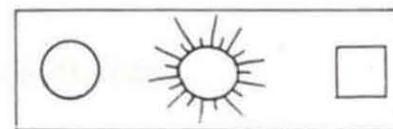
14



15



16



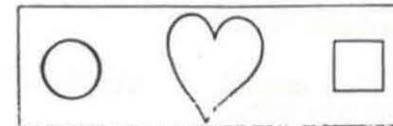
17



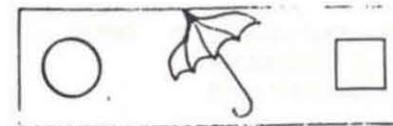
18



19



20



Puntuación direct

Puntuación centi

... ANEXO 4

— INSTRUCCIONES ESPECIFICAS

«Buenos días, buenas tardes, me llamo y tengo interés en haceros unas cuantas preguntas para conocer vuestras opiniones y preocupaciones. Os ruego que contestéis a mis preguntas, poniendo una X en el lugar que os voy a explicar (SE LES EXPLICA EN LA FORMA ANTERIORMENTE INDICADA).

«Fijaos que a cada lado del recuadro hay un redondel y un cuadradito y en el medio un dibujo: una mariposa en el primero, una cuchara en el segundo..., y así sucesivamente.

«Ahora, recordad lo que tenéis que hacer. Yo os voy a hacer una pregunta, y cada uno de vosotros tendrá que contestar poniendo una X en el redondel o en el cuadradito. Bien, poned el dedo en el primer recuadro, tapando la mariposa. Esta es la pregunta que deberéis contestar en este recuadro.

«¿Crees que te salen bien la mayoría de las cosas que intentas? Sí (redondel); No (cuadradito).

«Si crees que te salen bien las cosas que intentas, pondrás una X en el redondel, y si crees que te salen mal la mayoría de las cosas que intentas, pondrás una X en el cuadradito.

«Continuemos adelante, y procurad ir contestando según hemos venido explicando. Procurad aseguraos antes de contestar; si es preciso, pensad antes un poquito.

«Si tenéis alguna duda, o no estáis completamente seguros sobre lo que tenéis que hacer, levantad la mano y os ayudaré».

Se resolverán cuantas dudas vayan surgiendo, y, si alguno no entendiera la pregunta, se le volvería a repetir. Ha de procurarse que, en la formulación de la pregunta, ambas alternativas se pronuncien con la misma tonalidad, evitando efectos de posibles sesgos en una u otra dirección.

El tiempo previsto para las instrucciones es aproximadamente de quince minutos. La duración de la aplicación, superior a los quince, depende de la edad de los respectivos sujetos, de su nivel de comprensión, y del número a los que se aplica, ya que estas variables influyen para que haya que repetir más o menos veces las preguntas.

— ELEMENTOS DEL CAS

- | | | | |
|---------------|---|--------------|--|
| 1. (mariposa) | ¿Crees que te salen bien la mayoría de las cosas que intentas? Sí (redondel); No (cuadradito). | 7. (ratón) | ¿Puedes hacer las cosas mejor que la mayoría de los niños (redondel), o lo hacen más niños las hacen mejor que tú? (cuadradito). |
| 2. (cuchara) | ¿La gente piensa que normalmente eres bueno (redondel), o que eres malo? (cuadradito). | 8. (luna) | ¿Crees que te pasan muchas cosas malas (redondel), o pocas? (cuadradito). |
| 3. (nube) | Cuando te preguntan, ¿contestas antes que los demás niños (redondel), o los demás niños contestan antes que tú? (cuadradito). | 9. (botella) | ¿Estás contento y alegre casi siempre (redondel), o casi nunca? (cuadradito). |
| 4. (pez) | ¿Tienes buena suerte (redondel), o mala suerte? (cuadradito). | 10. (avión) | ¿Te parece que las cosas son demasiado difíciles (redondel), o demasiado fáciles? (cuadradito). |
| 5. (manzana) | ¿Piensas que solamente caes bien a unos pocos (redondel), o a todo el mundo? (cuadradito). | 11. (libro) | ¿Piensas que estás demasiado tiempo sentado en el colegio (redondel), o no? (cuadradito). |
| 6. (seta) | ¿Algunas veces te han dicho que hablas demasiado (redondel), o no? (cuadradito). | 12. (hoja) | ¿Sueles terminar tus deberes a tiempo (redondel), o necesitas más tiempo para terminarlos? (cuadradito). |

... ANEXO 4

- | | | | |
|---------------|--|----------------|--|
| 13. (lechuza) | ¿Los demás niños son siempre buenos contigo (redondel), o algunas veces te molestan? (cuadradito). | 17. (mano) | ¿Piensas que la gente a veces habla mal de ti (redondel), o que no es así? (cuadradito). |
| 14. (león) | ¿Los otros niños pueden hacer las cosas mejor que tú (redondel), o peor que tú? (cuadradito). | 18. (bandera) | ¿Crees que haces bien casi todas las cosas (redondel), o sólo algunas? (cuadradito). |
| 15. (tarta) | ¿Sientes miedo cuando está oscuro (redondel), o no? (cuadradito). | 19. (corazón) | ¿Tienes siempre sueños agradables (redondel), o casi siempre son de miedo? (cuadradito). |
| 16. (sol) | ¿Tienes muchos problemas (redondel), o pocos problemas? (cuadradito). | 20. (paraguas) | Cuando te haces una herida, ¿te asustas o te mareas (redondel), o no te preocupas? (cuadradito). |

ANEXO 5

LISTA DE AUTOAFIRMACIONES

Como señala Echeburúa (1997), los pensamientos generados pueden guiar la conducta e incluso las emociones del niño. Si están distorsionados, pueden dar lugar a pensamientos negativistas que están muy a menudo presentes en los niños aquejados de miedo o ansiedad. Es decir, las preocupaciones de un niño pueden derivar del modo, no siempre correcto, en que percibe la realidad y de los recursos que cree disponibles para afrontarla.

En este sentido, la percepción que se tiene de la amenaza influye en el origen y/o mantenimiento de un miedo o una fobia. Son tres los elementos que configuran dicha percepción, a saber: el control, la aceptación y la competencia.

Control: La amenaza se percibe más grande o fuerte que las propias capacidades y habilidades. La persona piensa que no tiene el control para manejarla.

Aceptación: La amenaza tiene que ver con la tendencia a enfocar la atención en lo que los demás pueden pensar de uno. Pensar que los otros tienen ideas negativas o de desaprobación hacia nosotros.

Competencia: La amenaza surge porque estamos en constante competencia con los demás y con nosotros mismos. Se tienen ideas perfeccionistas, y en consecuencia, se evitan las situaciones por el miedo a fallar.

A continuación proponemos una lista de autoafirmaciones relacionadas con los tres aspectos anteriores, que puede ser aplicada a niños entre 8 y 15 años, después de haber ejecutado una prueba de situación simulada de su temor. Se aplica después de haber presentado la prueba y se instruye para elegir los pensamientos que él o ella estuvieron pensando.

Nota: Las frases que inician con una viñeta blanca se relacionan con pensamientos negativos, y las de viñeta oscura con los pensamientos positivos.

CONTROL

- Va a ser terrible.
- No voy a poder hacerlo.
- No voy a aguantar el dolor.
- Me va a doler.
- Va a pasar algo malo.
- Me va a salir el demonio.
- Me va a lastimar.
- No voy a poder hablar bien.
- Me voy a caer.
- Mis piernas no se van a mover.

...ANEXO 5

- Voy a vomitarme si lo hago.
- No puedo defenderme.
- Me van a temblar las manos.
- Jamás mejoraré.
- Esta es una buena oportunidad.
- Voy a ver qué puedo hacer para mejorar.
- Yo puedo hacerlo.
- Yo hago las cosas bien.

ACEPTACIÓN

- Voy a hacer el ridículo.
- Todos hablan de mí.
- Todos me miran.
- Me van a criticar.
- Lo que yo digo nunca interesa.
- Debo hacer algo para caerles bien a todos.
- No les va a gustar a los demás lo que yo diga o haga.
- Se van a burlar de mí.
- Algo malo tengo.
- Nadie quiere ser mi amigo.
- Todos me vigilan a donde quiera que vaya.
- Los demás ven mis defectos.
- Hago las cosas lo mejor que puedo.
- Me gusta lo que hago.

COMPETENCIA

- Siempre lo hago mal.
- No hago las cosas bien.
- Soy malo.
- No sirvo para nada.
- No debo fallar.
- Todo lo hago mal.
- Mis amigos son mejores que yo.
- Los demás valen más que yo.
- Nunca hago nada bien.
- Todos lo hacen mejor que yo.
- Soy un tonto.
- Tengo cualidades que son apreciadas.
- Fallé pero no importa.
- Todos fallamos alguna vez.

ANEXO 6

Escala de Fobia Social de Mattick y Clarke (1998)

Nombre: Fecha:

A continuación aparece una serie de frases que tienen que ver con lo que usted siente, piensa o hace cuando están presentes otras personas. Lea atentamente cada frase y luego indique en qué grado cree que esa frase es verdadera en su caso. Para ello, rodee tras cada frase el número que considere más adecuado. El significado de los números viene dado por la siguiente escala:

	0	1	2	3	4
	Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. Me siento inquieto/a si tengo que escribir delante de otras personas					0 1 2 3 4
2. Me siento cohibido/a cuando he de utilizar los aseos públicos					0 1 2 3 4
3. Puedo darme cuenta de repente de mi propia voz y de que los demás están escuchándome					0 1 2 3 4
4. Me pone nervioso/a que los demás me miren cuando camino por la calle					0 1 2 3 4
5. Tengo miedo a poder ponerme rojo/a cuando estoy con otros					0 1 2 3 4
6. Me siento cohibido/a si tengo que entrar en una habitación donde los demás ya están sentados					0 1 2 3 4
7. Me preocupa poder temblar cuando soy mirado/a por otros					0 1 2 3 4
8. Me pondría nervioso/a si tuviera que sentarme enfrente de otras personas en el autobús o en el tren					0 1 2 3 4
9. Me da pánico que los demás puedan verme mareado/a, enfermo/a o con sensación de desmayo					0 1 2 3 4
10. Me resulta difícil beber algo si estoy con un grupo de gente					0 1 2 3 4
11. Me sentiría turbado/a si tuviera que comer delante de un extraño en un restaurante					0 1 2 3 4
12. Me preocupa que los demás piensen que mi comportamiento es raro					0 1 2 3 4
13. Me pondría nervioso/a si tuviera que llevar una bandeja a través de una cafetería llena de gente					0 1 2 3 4

... ANEXO 6

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 14. Me preocupa poder perder el control de mí mismo/a delante de otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Me preocupa que pueda hacer algo que atraiga la atención de los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Cuando estoy en un ascensor, me pongo nervioso/a si la gente me mira | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Siento que llamo la atención cuando estoy en una cola | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Me pongo nervioso/a cuando hablo delante de otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Me preocupa que mi cabeza tiemble o asienta delante de los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Me siento torpe y tenso/a si sé que los demás me están mirando | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
-

ANEXO 7

Escala de Ansiedad ante la Interacción Social. de Mattick y Clarke (1998)

Nombre: Fecha:

A continuación aparecen una serie de frases que tienen que ver con lo que usted siente, piensa o hace al relacionarse con otras personas. Lea atentamente cada frase y luego indique en qué grado cree que esa frase es verdadera en su caso. Para ello, rodee tras cada frase el número que considere más adecuado. El significado de los números viene dado por la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Muchísimo

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Me pongo nervioso/a si he de hablar con alguien de autoridad (profesor, jefe, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me resulta difícil establecer contacto visual con otros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Me pongo nervioso/a si tengo que hablar de mi mismo/a o de mis sentimientos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Me resulta difícil relacionarme cómodamente con la gente con la que trabajo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Me pongo nervioso/a si me encuentro con un conocido en la calle | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Cuando me relaciono con otras personas, me siento incómodo/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Me siento tenso/a si estoy solo/a con otra persona | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Tengo facilidad para conocer gente en fiestas, etc. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Me resulta difícil hablar con otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me resulta fácil pensar en cosas de las que poder hablar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Me preocupa cómo expresarme cuando me muestro turbado/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me resulta difícil expresar mi desacuerdo con el punto de vista de otra persona | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me resulta difícil hablar con personas atractivas de mi sexo preferido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Me preocupa no saber qué decir en situaciones sociales | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

... ANEXO 7

15. Me pone nervioso/a relacionarme con personas que no conozco bien	0	1	2	3	4
16. Siento que diré algo embarazoso cuando hablo	0	1	2	3	4
17. Cuando me relaciono en un grupo, me preocupa que no me hagan caso	0	1	2	3	4
18. Estoy nervioso/a cuando me relaciono en un grupo	0	1	2	3	4
19. No estoy seguro/a de si saludar a alguien a quien conozco muy poco	0	1	2	3	4
