

La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia

Mireia Orgilés Amorós, Xavier Méndez Carrillo*, Ana Isabel Rosa Alcázar y Cándido J. Inglés Saura

Universidad de Murcia (España)

Resumen: El objetivo de este artículo es revisar la eficacia de los tratamientos para los trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad por separación en niños y adolescentes. Se analizaron ocho informes científicos correspondientes al periodo 1980 a 2002, que derivaron en 21 estudios independientes. Los participantes fueron 662 sujetos de 7 a 14 años, con una edad media de 10,5 años. Los resultados informaron de que la terapia cognitivo-conductual y la terapia cognitivo-conductual con intervención familiar son tratamientos probablemente eficaces, en base a los criterios de la Comisión de Expertos, de la División 12 "Psicología Clínica", de la Asociación Americana de Psicología (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995). Se describe con mayor detenimiento uno de los programas considerados más eficaces para estos problemas. Finalmente, se indican posibles variables predictoras de la eficacia de los tratamientos junto a algunas conclusiones y perspectivas cara a futuras investigaciones en este campo.

Palabras clave: Ansiedad generalizada; ansiedad por separación; terapia cognitivo-conductual; niños; adolescentes.

Title: Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety and separation anxiety disorders: An analysis of the effectiveness.

Abstract: The purpose of this article is to review the effectiveness of the treatment of generalized anxiety and separation anxiety disorders in children and adolescents. Eight scientific reports from 1980 to 2002 were found and led to 21 independent studies. Six hundred and sixty two subjects, between the ages of 7 and 14, with an average age of 10,5 years, took part. The results revealed that cognitive-behavioral therapy and cognitive behavioral therapy plus family anxiety management are probably efficacious treatments, in base to the criteria of the American Psychological Association's Division 12, Clinical Psychology (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995). One of the most effective programs for the treatment of these problems is described. Finally, some variables which could influence in the effectiveness of the treatments, some conclusions and future directions for research in this area are included.

Key words: Generalized anxiety; cognitive-behavioral therapy; separation anxiety; children; adolescents.

Introducción

Durante la infancia temprana, la ansiedad suele manifestarse como miedo a la separación de los familiares cercanos o de las figuras de apego. El temor ante la ausencia de las personas ligadas afectivamente al niño supone un mecanismo de protección ante los peligros del entorno si su intensidad es moderada (Campbell, 1986). Sin embargo, si la ansiedad es desproporcionada y/o supera a lo esperado para el desarrollo evolutivo del niño, puede constituir una alteración psicopatológica, el *trastorno de ansiedad por separación* (TAS). Su prevalencia es mayor en edades tempranas (Ollendick, y King, 1994) y se estima en torno al 4% en niños y adolescentes jóvenes

(DSM-IV, p. 118). Parece existir un cierto predominio del sexo femenino y de los niveles socioeconómicos bajos siendo la edad media de los niños que padecen este trastorno aproximadamente de 9 años (Echeburúa, 1993).

El TAS es el único trastorno clasificado en la última versión del manual de la *American Psychiatric Association* (DSM-IV-TR, 2000) como propio de la infancia, siendo necesario para su diagnóstico que el niño presente ansiedad excesiva ante la separación de las figuras de apego o del hogar, o ante la anticipación de éstas. Además, la ansiedad debe ir acompañada por una serie de síntomas como malestar excesivo, quejas somáticas, preocupación persistente, negativa a ir al colegio, a estar solo, a dormir si no se está acompañado, etc., que deben persistir al menos durante 4 semanas, iniciarse antes de los 18 años y repercutir de forma negativa en la vida y desarrollo del niño.

* **Dirección para correspondencia:** Xavier Méndez Carrillo. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. 30100 Espinardo (Murcia, España). E-mail: xmendezc@um.es

Al referirnos a la ansiedad por separación, delimitamos el malestar del niño o adolescente a la situación que conlleva la separación del hogar o de las personas cercanas, o a la anticipación de éstas. Sin embargo, cuando la ansiedad no se encuentra vinculada a situaciones, eventos u objetos específicos, nos encontramos ante un *trastorno de ansiedad generalizada* (TAG). La ansiedad excesiva (o generalizada) se puede considerar como una forma crónica de ansiedad, de tipo predominantemente cognitivo y de naturaleza incontrolable, cuyo diagnóstico en la infancia requiere que el niño manifieste esa ansiedad y preocupación excesiva al menos durante 6 meses con referencia a una gran diversidad de situaciones o momentos. La impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, alteraciones del sueño o la tensión muscular son algunos de los síntomas que suelen acompañar al trastorno (DSM-IV-TR, 2000).

El TAG es el trastorno más frecuente en la infancia tras el de ansiedad por separación, afectando al 2,9% de la población infantil (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987), y es el de mayor prevalencia en los niños más mayores y en adolescentes (Ollendick y King, 1994). La edad media de los niños que lo padecen es de 13 años y se da en la misma proporción en ambos sexos (Echeburúa, 1993).

Puesto que los trastornos de ansiedad son alteraciones incapacitantes a corto y largo plazo y repercuten de forma considerable en la vida del niño y en su entorno, surge la necesidad de intervenir a edades tempranas. En la actualidad, la terapia cognitivo-conductual podría considerarse como una alternativa importante a otras técnicas utilizadas tradicionalmente ya que en las revisiones más recientes ha demostrado su eficacia en el tratamiento de múltiples trastornos de ansiedad, incluidos el TAS y el TAG (Barrett, 2000; Ollendick y King, 1998).

En este artículo se pretende examinar el estatus de la terapia cognitivo-conductual aplicada a los problemas de ansiedad generalizada en la infancia y ansiedad por separación. Según los criterios de la Comisión de Expertos, de la Di-

visión 12 "Psicología Clínica", de la Asociación Americana de Psicología (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995), los tratamientos pueden clasificarse en categorías en función de su eficacia probada experimentalmente. Para considerar un tratamiento "probablemente eficaz", éste debe estar protocolizado en forma de manual o descrito con precisión para permitir su réplica, y las características de la muestra deben estar claramente definidas. Además, son necesarios dos estudios que prueben que es superior a una lista de espera o al no tratamiento, o un estudio que pruebe que es superior al placebo o a otro tratamiento psicológico. Un tratamiento "bien establecido" debe cumplir los criterios anteriores, pero son necesarios dos, y no un único estudio, que prueben su superioridad frente al grupo placebo o a otro tratamiento psicológico, y además ser replicado por un equipo de investigación diferente. El tratamiento será "experimental" si sólo existe un estudio que pruebe que es superior a un grupo en lista de espera o al no tratamiento.

Junto a la revisión cualitativa de los tratamientos utilizados en los problemas de ansiedad por separación y ansiedad generalizada en la infancia, se presentan aquellas variables que han resultado ser eficaces tras un estudio de revisión cuantitativo, utilizando la metodología meta-analítica.

La terapia cognitivo-conductual: descripción de los estudios empíricos

Los estudios revisados sobre el tratamiento de la ansiedad por separación y ansiedad generalizada en niños y adolescentes utilizan mayoritariamente programas de terapia cognitivo-conductual, solos o en combinación con intervención familiar. A continuación se describen cada uno de esos trabajos. La Tabla 1 presenta los distintos estudios junto a algunas variables descriptivas de los mismos.

Tabla 1: Estudios revisados sobre tratamiento del trastorno de ansiedad por separación y trastorno de ansiedad generalizada en la infancia y adolescencia

Autor/es	Año	Edad	N	Muestra	Problema/trastorno	Grupos de intervención	Técnica/s más eficaces
Kendall	1994	9-13	47	Clínica	Ansiedad general, evitación y separación	1. TCC 2. Lista de espera	TCC
Barret <i>et al.</i>	1996	7-14	79	Clínica	Ansiedad general y separación, fobia social.	1. TCC 2. TCC + IF 3. Lista de espera	TCC TCC + IF
Kendall <i>et al.</i>	1997	9-13	94	Clínica	Ansiedad general, evitación y separación	1. TCC 2. Lista de espera	TCC
Barret	1998	7-14	60	Clínica	Ansiedad general y separación, fobia social.	1. TCC 2. TCC + IF 3. Lista de espera	TCC TCC + IF
Mendlowitz <i>et al.</i>	1999	5-12	102	Clínica	Ansiedad general, fobia social	1. TCC 2. IF 3. TCC + IF 4. Lista de espera	TCC TCC + IF
Kendall <i>et al.</i>	2001	7-14	173	Clínica	Ansiedad general, evitación y separación	1. TCC (sin comorbilidad) 2. TCC (con comorbilidad) 3. Lista de espera	TCC
Muris <i>et al.</i>	2001	7-14	36	Clínica	Ansiedad general y separación, fobia social.	1. TCC individual 2. TCC grupal	TCC
Shortt <i>et al.</i>	2001	6-10	71	Clínica	Ansiedad general y separación, fobia social.	1. TCC + IF 2. Lista de espera	TCC + IF

TCC: Terapia Cognitivo-conductual; IF: Intervención Familiar.

Kendall (1994) comparó un programa de terapia cognitivo-conductual, que el mismo elaboró y al que denominó “El gato que se las arregla” (*Coping Cat*), con un grupo control en lista de espera, siendo los sujetos asignados de forma aleatoria a las dos condiciones experimentales. La muestra estaba formada por 47 niños, de edades comprendidas entre 9 y 13 años, que cumplían los criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad generalizada (n = 30), trastorno de ansiedad por separación (n = 8) o trastorno de evitación (n = 9).

El grupo de tratamiento activo recibió una media de 17 sesiones semanales de entrenamiento individual de entre 50 y 60 minutos de duración. La 1ª parte de la intervención se centraba en la adquisición de habilidades de afrontamiento y pretendía 4 objetivos: reconocer los síntomas de ansiedad y las reacciones somáticas, modificar los pensamientos ansiosos, desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad, y evaluar el cumplimiento y administración de autorrefuerzo. La 2ª parte del programa consistía en la exposición in vivo a las situaciones que provocaban ansiedad en el niño.

Para la aplicación del programa se utilizó un manual de tratamiento de 85 páginas que recoge los objetivos y el procedimiento de la intervención, un libro de trabajo para el niño con los contenidos de cada sesión, *The Coping Cat Workbook* (Kendall, 1990), y un libro de tareas para casa, *The Coping Cat Notebook*. El grupo control en lista de espera fue evaluado con los mismos instrumentos que el grupo de tratamiento. Comparando ambos grupos en el postest se observó una mejora en los niños que habían recibido intervención terapéutica. Posteriormente, el grupo de control fue tratado con el mismo programa que el grupo experimental.

El estudio de Kendall fue replicado por el mismo autor y su equipo de investigación unos años más tarde, utilizando para ello una nueva muestra de sujetos (Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel, Southam-Gerow, Henin y Warman, 1997). Los participantes fueron 94 niños de 9 a 13 años de edad que fueron diagnosticados, con los criterios del DSM-III-R, de los mismos problemas que en el estudio anterior: trastorno de ansiedad generalizada ($n = 55$), trastorno de ansiedad por separación ($n = 22$) y trastorno de evitación ($n = 17$). La muestra fue asignada aleatoriamente a las dos condiciones que contemplaba el diseño, un grupo de tratamiento y un grupo control en lista de espera.

Kendall aplicó su programa de intervención cognitivo-conductual a los 60 niños de la condición activa de forma individual, a lo largo de aproximadamente 18 sesiones semanales de 60 minutos de duración. El grupo control permaneció en lista de espera durante 8 semanas, momento en que fueron evaluados nuevamente y recibieron tratamiento los que lo desearon. La comparación del grupo de tratamiento y grupo control en el postest indicó una mejoría significativa en los niños que habían recibido tratamiento. El programa de este investigador aparece resumido en la Tabla 2.

El programa cognitivo-conductual de Kendall fue de nuevo examinado por un grupo de investigación independiente de Australia (Barrett, Dadds y Rapee, 1996). Los participantes

en el estudio fueron 79 niños de edades comprendidas entre 7 y 14 años que cumplían los criterios diagnósticos del DSM-III-R para un trastorno de ansiedad generalizada ($n = 30$), trastorno de ansiedad por separación ($n = 30$) o fobia social ($n = 19$). La muestra fue asignada al azar a las tres condiciones experimentales propuestas: 1) terapia cognitivo-conductual, 2) terapia cognitivo-conductual con intervención familiar, y 3) grupo control en lista de espera.

En ambos grupos de tratamiento, de 12 semanas de duración, se utilizó el manual "El koala que se las arregla" (*Coping Koala Group Workbook*), adaptación australiana de Barrett (1995a) del manual de Kendall. El programa incluía procedimientos de reconocimiento de los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas a ésta, reestructuración cognitiva en las situaciones ansiosas, autoinstrucciones de afrontamiento, exposición a estímulos fóbicos y administración de autorrefuerzo. Las primeras 4 sesiones eran de entrenamiento y en ellas se introducían procedimientos de manejo de la ansiedad, mientras que en las 8 sesiones restantes cada niño practicaba las habilidades de afrontamiento aprendidas durante la exposición gradual en vivo a las situaciones temidas.

En el grupo de terapia cognitivo conductual con intervención familiar se utilizó de forma paralela junto al libro anterior el manual "Afrontamiento de la Ansiedad en la Familia" (*Group Family Anxiety Management*), elaborado por Barrett (1995b). De este modo, después de que el niño completara cada sesión de terapia cognitivo-conductual individual recibía con sus padres intervención familiar. Ésta fue diseñada para ser completada en 12 sesiones, dedicándose aproximadamente 30 minutos al tratamiento cognitivo-conductual y 40 minutos a la intervención familiar. El manual utilizado pretendía enseñar a los padres a recompensar el comportamiento valiente de sus hijos y a extinguir la ansiedad excesiva de éstos, por lo que se les entrenó en la aplicación de refuerzo contingente al afrontamiento de las situaciones fóbicas. Además, se instruyó a las familias en el manejo de sus propias preocupaciones emocionales y se les ofreció un breve entrenamiento en habi-

lidades de comunicación y de resolución de problemas, con el objetivo de conseguir el mantenimiento de los logros terapéuticos una vez el tratamiento hubiera finalizado. Ambos tratamientos se mostraron efectivos en la reducción de la ansiedad de los niños frente al grupo control, pero el tratamiento que incluía intervención familiar alcanzó resultados significativamente superiores al que sólo utilizaba terapia cognitivo-conductual.

Tabla 2: Elementos básicos del programa cognitivo-conductual (Kendall, 1990, 1994).

OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas ▪ Detectar los pensamientos del niño en las situaciones que le provocan ansiedad ▪ Desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad ▪ Evaluar su propia actuación y autorreforzarse cuando sea adecuado.
ESTRATEGIAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelado. ▪ Exposición en vivo. ▪ Role-playing. ▪ Relajación. ▪ Autoinstrucciones. ▪ Refuerzo contingente.
APLICACIÓN	Individual
CONTENIDO DE LAS SESIONES	<p>Bloque 1º : sesiones de entrenamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Sesión 1:</i> Toma de contacto entre el terapeuta y el niño, y obtención de información sobre las situaciones que le provocan ansiedad. ▪ <i>Sesión 2:</i> Identificación de los distintos tipos de sentimientos. ▪ <i>Sesión 3:</i> Construcción de una jerarquía de las situaciones que generan ansiedad en el niño para diferenciar su reacción de otro tipo de reacciones e identificar sus propias reacciones somáticas. ▪ <i>Sesión 4:</i> Entrenamiento en relajación mediante una grabación auditiva que se utiliza fuera de las sesiones, y colaboración de uno de los padres para revisar los objetivos del tratamiento e intercambiar información sobre la ansiedad del niño. ▪ <i>Sesión 5:</i> Reconocimiento por parte del niño de las autoverbalizaciones en situaciones elicitoras de ansiedad. <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Sesión 6:</i> Desarrollo de estrategias de afrontamiento a la ansiedad. ▪ <i>Sesión 7:</i> Ejercicios de autoevaluación y autorrefuerzo. ▪ <i>Sesión 8:</i> Revisión de los conceptos y habilidades aprendidas en las sesiones anteriores. <p>Bloque 2º: sesiones de práctica de las habilidades aprendidas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Sesión 9:</i> Práctica de las habilidades aprendidas en situaciones que no le provocan ansiedad y posteriormente exposición a situaciones que le eliciten ansiedad leve, primero de forma imaginal y después en vivo. Para ello, se utilizan técnicas de modelado y de <i>role playing</i>. ▪ <i>Sesiones 10 a 13:</i> Exposición del niño a situaciones reales e imaginativas que le provocan ansiedad elevada, apoyándose en el <i>role-playing</i> y en la administración de refuerzo. ▪ <i>Sesiones 14 y 15:</i> Práctica de las habilidades de afrontamiento en situaciones que provocan mucha ansiedad. Elaboración de un trabajo en el que se explique a otros niños como afrontar la ansiedad. ▪ <i>Sesión 16:</i> Revisión de las estrategias aprendidas e invitación para practicar las habilidades de afrontamiento en la vida diaria.

Posteriormente, Barrett (1998) realizó un estudio en el que de nuevo trataba de demostrar que la intervención familiar mejora los resultados obtenidos con los tratamientos cogni-

tivo-conductuales en los problemas de ansiedad infantil. Participaron 60 niños diagnosticados con el DSM-III-R de trastorno de ansiedad generalizada ($n = 30$), trastorno de ansiedad por separación ($n = 26$) o fobia social ($n = 4$).

El tratamiento tuvo una duración de 12 semanas y se establecieron de nuevo las mismas condiciones experimentales que en el estudio anterior, a las que los sujetos fueron asignados al azar: 1) terapia cognitivo-conductual, 2) terapia cognitivo-conductual con intervención familiar, y 3) grupo control en lista de espera. Se trazaron los mismos objetivos y se utilizaron los mismos manuales. Las dos condiciones de tratamiento mejoraron de forma significativa y la mejoría se mantuvo en el seguimiento, que se llevó a cabo a los 12 meses después del tratamiento. A pesar de que el grupo que recibió intervención familiar manifestó una mejoría mayor en algunas variables, las diferencias entre ambos tratamientos no fueron significativas.

Mendlowitz, Manassis, Bradley, Scapillato, Miezitis y Shaw (1999) examinaron la contribución de la colaboración de los padres en la eficacia terapéutica de un programa de intervención cognitivo conductual para el tratamiento de la ansiedad infantil. Para ello, seleccionaron 102 niños de 9,8 años de edad media que cumplieran los criterios diagnósticos del DSM-IV para al menos un trastorno de ansiedad. Los participantes en el estudio fueron asignados a las cuatro condiciones propuestas en el diseño: 1) terapia cognitivo-conductual con los niños e intervención familiar ($n = 18$), 2) terapia cognitivo-conductual con los niños ($n = 23$), 3) intervención familiar con los padres (padres de 21 niños), y 4) lista de espera ($n = 40$).

El tratamiento consistió en 12 sesiones semanales de una hora y media de duración. Se utilizó un manual no publicado elaborado para el estudio y basado en el manual de Kendall (1990), al que los autores denominaron "Libro de trabajo del oso que se las arregla" (*The Coping Bear Workbook*; Scapillato y Mendlowitz, 1993). En él se recogen las 12 sesiones del programa, cuyos objetivos son: 1) que el niño aprenda a identificar los signos de ansiedad y a

relajarse, 2) modificar sus pensamientos ansiosos mediante autoinstrucciones de afrontamiento, y 3) enseñar al niño a evaluar y reforzar sus esfuerzos por afrontar las situaciones que le generan ansiedad.

Por otro lado, se proporcionó a los grupos en los que participaban los padres un libro elaborado para aprender a entender la ansiedad, cómo reaccionar ante la ansiedad de su hijo y el modo de ayudarlo a afrontar las situaciones temidas. El manual, denominado "Claves para educar a tu hijo ansioso" (*Keys to Parenting Your Anxious Child*; Manassis, 1996), constaba de 12 capítulos estructurados de acuerdo al manual de los niños e incluía estrategias conductuales para los padres. En las condiciones de tratamiento que contemplaban sesiones con los padres se realizaban sesiones en grupo, actividades de resolución de problemas y se asignaban tareas para casa con el propósito de que los padres aprendieran a reforzar el afrontamiento de sus hijos de la ansiedad.

La evaluación posterior a la aplicación del programa mostró su eficacia en el tratamiento de la ansiedad infantil, puesto que se produjo un descenso en los síntomas de ansiedad y depresión en todos los grupos tratados. El grupo control en lista de espera no manifestó cambios significativos. Las familias del grupo de intervención con padres e hijos informaron del uso de estrategias de afrontamiento con mayor frecuencia que el resto de grupos, por lo que los autores sugieren la importancia de implicar a los padres en el tratamiento de los problemas de ansiedad de sus hijos.

Muris y su equipo de investigación (Muris, Mayer, Bartelds, Tierney y Bogie, 2001) pretendieron analizar los efectos del tratamiento cognitivo-conductual en niños con problemas de ansiedad, atendiendo a si su aplicación era individual o en grupo. Otro de sus objetivos fue examinar la sensibilidad al tratamiento de un autoinforme que medía los síntomas diagnósticos de los trastornos de ansiedad definidos en el DSM-IV en la población infantil, "Cuestionario de evaluación de los trastornos emocionales relacionados con la ansiedad infantil" (*The Screen for Child Anxiety Related Emo-*

tional Disorders, SCARED-R; Birmaher, Khetarpal, Brent, Cully, Balach, Kaufman y McKenzie, 1997; Muris, Merckelbach, Schmidt y Mayer, 1999).

Los participantes fueron 36 niños de 10 años de edad media, diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada ($n = 14$), trastorno de ansiedad por separación ($n = 14$), fobia social ($n = 7$) o trastorno obsesivo-compulsivo ($n = 1$). Los niños fueron asignados de forma aleatoria a la condición de tratamiento individual, en la que trabajaban cara a cara con el terapeuta, o tratamiento grupal, que enfatizaba los procesos de apoyo y refuerzo de los miembros del grupo, el feedback, role-playing, etc. Ambos grupos fueron tratados mediante terapia cognitivo-conductual, en concreto con el "Tratamiento cognitivo conductual del koala que se las apaña" (*Coping Koala Cognitive-Behavioral Treatment*), diseñado por Barret (1995). No se encontraron diferencias significativas entre las dos condiciones de tratamiento, ya que la terapia cognitivo-conductual en ambos formatos, grupal e individual, se mostró igualmente efectiva para reducir los síntomas de ansiedad en los niños. Los resultados del estudio parecen validar el SCARED-R como un instrumento útil para la evaluación de la ansiedad infantil.

El mismo año, Kendall y sus colaboradores (Kendall, Brady y Verduin, 2001) aplicaron terapia cognitivo-conductual a un grupo de niños con trastornos de ansiedad con el objetivo de examinar la comorbilidad y su efecto en el tratamiento. Los 173 participantes, de edad media 11 años, presentaban como diagnóstico principal un trastorno de ansiedad por separación ($n = 39$), trastorno de ansiedad generalizada ($n = 101$) o fobia social ($n = 33$), y como trastorno secundario otro trastorno de ansiedad ($n = 86$), un trastorno externalizante ($n = 44$) o no manifestaban comorbilidad ($n = 35$). Los niños se asignaron aleatoriamente a la condición de tratamiento o a una lista de espera.

El tratamiento consistió en de 16 a 20 sesiones semanales de más de una hora de duración de intervención cognitivo-conductual basada en el manual de Kendall (1990). El pro-

grama de tratamiento se mostró igualmente efectivo en la reducción de la ansiedad en los niños con y sin trastornos secundarios. Además, la terapia cognitivo-conductual resultó superior al grupo control en lista de espera.

Shortt, Barrett y Fox (2001), basándose en la eficacia de la intervención familiar demostrada en anteriores trabajos, diseñaron un programa de tratamiento cognitivo-conductual para los problemas de ansiedad infantil basado en la familia, al que denominaron *FRIENDS*.

El programa se elaboró a partir de los materiales y estrategias incluidos en "El libro de trabajo del koala que se las apaña" (*Coping Koala Group Workbook*) de Barrett (1995). Se dispone de dos versiones del mismo elaboradas en función de la edad de aplicación: una para niños de 6 a 11 años de edad, y otra para niños y adolescentes de 12 a 16 años. El nombre del programa responde a un acrónimo formado en base a las estrategias utilizadas: 1) ¿Te sientes preocupado? (F - *Feeling worried?*), 2) Relájate y siéntete bien (R - *Relax and feel good*), 3) Pensamientos internos (I - *Inner thoughts*), 4) Hacer planes (E - *Explore plans*), 5) ¡Buen trabajo, recompénsate a ti mismo! (N - *Nice work, so reward yourself!*), 6) No olvides practicar (D - *Don't forget to practice!*), y 7) Mantén la calma (S - *Stay calm*).

El programa, que incluye técnicas de exposición, relajación, estrategias cognitivas y manejo de contingencias, incorpora un componente de intervención familiar que incluye reestructuración cognitiva para padres, entrenamiento en apoyo a la pareja y anima a las familias a construir una red de apoyo social. Enfatiza el apoyo y el aprendizaje entre iguales, se anima al niño a hacer amigos, a construir una red social y a aprender de las experiencias de los demás. A los padres se les enseña a reconocer su propia ansiedad y se les entrena en estrategias de refuerzo de las conductas de afrontamiento de sus hijos, en técnicas cognitivas para modificar los pensamientos negativos, y en estrategias de comunicación, apoyo a la pareja y resolución de problemas. Para la aplicación del programa los terapeutas disponen de un manual en el que se recogen las actividades que deben realizarse en cada sesión. Además, se proporciona a los ni-

ños un libro de trabajo y a los padres un cuaderno en el que se detallan las estrategias trabajadas en cada sesión.

Con el objetivo de conocer la eficacia del programa, los autores seleccionaron 71 niños con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada ($n = 42$), trastorno de ansiedad por separación ($n = 19$) o fobia social ($n = 10$), que fueron asignados al azar a un grupo de tratamiento o a una condición de lista de espera. La aplicación del programa en el grupo de tratamiento tuvo una duración de 10 sesiones semanales, a las que se añadieron 2 sesiones de repaso una vez finalizada la intervención, que ofrecían al niño la oportunidad de practicar las habilidades aprendidas y generalizarlas a las situaciones cotidianas.

Al principio de cada sesión del programa *FRIENDS* se reunía a los niños y a sus padres durante aproximadamente diez minutos para informarles del contenido de la sesión, revisar las tareas para casa y controlar los avances de cada familia. Seguidamente, el terapeuta comenzaba la intervención con los niños durante 50 o 60 minutos y, al finalizar ésta, las familias de nuevo se reunían con sus hijos para proponer ideas sobre la práctica en casa de las estrategias aprendidas. La sesión finalizaba con la aplicación de las actividades del programa dirigidas a los padres durante un tiempo aproximado de 50 a 60 minutos. Los resultados mostraron que los niños con trastorno de ansiedad que completaron el programa mostraron una mejoría significativamente mayor que los niños del grupo control en lista de espera, manteniéndose los logros en el tiempo. La terapia cognitivo conductual con intervención familiar se mostró nuevamente superior a la condición de no tratamiento.

Resumiendo, podemos decir que el tratamiento cognitivo-conductual, solo o en combinación con la intervención familiar, ha conseguido mejorías terapéuticas significativas en los

problemas de ansiedad infantil. Kendall (1994), Kendall *et al.* (1997), Barrett *et al.* (1996), Barrett (1998), Mendlowitz *et al.* (1999) y Kendall *et al.* (2001) comprobaron cómo la terapia cognitivo-conductual era superior en eficacia frente a grupos control en lista de espera, lo que nos permite considerar la técnica como tratamiento “probablemente eficaz”, según los criterios de la *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1995) de la División 12 “Psicología Clínica”, de la Asociación Americana de Psicología. Aunque el programa de Kendall ha sido replicado por otros equipos de investigación independientes de Estados Unidos y Australia, no alcanza el estatus de “bien establecido” porque ha mostrado su superioridad sobre grupos de lista de espera, pero no sobre otros tratamientos alternativos. Aunque, Mendlowitz *et al.* (1999) probaron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente a otra modalidad terapéutica, la intervención familiar, sería necesario un nuevo estudio procedente de un equipo de investigación diferente para considerar el programa de tratamiento como bien establecido.

La intervención familiar parece que aumenta la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, puesto que ha conseguido mejoras terapéuticas mayores que la sola terapia cognitivo-conductual (Barrett *et al.*, 1996; Barrett, 1998; Mendlowitz *et al.*, 1999; Shortt *et al.*, 2001). La intervención familiar junto al tratamiento cognitivo-conductual adquiere del mismo modo el estatus de terapia “probablemente eficaz”. Como en el caso anterior, se requiere también nuevos informes en los que esta modalidad terapéutica demuestre su eficacia frente a otro tipo de intervención para poder otorgarle un nuevo estatus en base a su eficacia probada. La Tabla 3 presenta las investigaciones analizadas junto con el cumplimiento o no de los criterios de la Task Force.

Tabla 3: Investigaciones analizadas sobre ansiedad de separación y otras ansiedades y cumplimiento de los criterios de la Task Force.

Autor/es	Año	Criterio I/II	Criterio III	Criterio IV	Criterio V	Tratamiento
Kendall	1994	Sí	Sí	Sí	Sí	Probablemente eficaz
Barret <i>et al.</i>	1996	Sí	Sí	Sí	Sí	Probablemente eficaz
Kendall <i>et al.</i>	1997	Sí	Sí	Sí	Sí	Probablemente eficaz
Barret	1998	Sí	Sí	Sí	Sí	Probablemente eficaz
Mendlowitz <i>et al.</i>	1999	Sí	Sí	Sí	No	Probablemente eficaz
Kendall <i>et al.</i>	2001	Sí	Sí	Sí	Sí	Probablemente eficaz
Muris <i>et al.</i>	2001	Sí	Sí	Sí	No	Probablemente eficaz
Shortt <i>et al.</i>	2001	Sí	Sí	Sí	No	Probablemente eficaz

Criterio I: Existen dos estudios que comprueban que el tratamiento es estadísticamente superior a lista de espera u otro tratamiento. **Criterio II:** Existen una serie de experimentos con diseño de caso único que demuestran su eficacia. **Criterio III:** El tratamiento debe estar descrito con precisión para permitir su réplica o utilizar manual de tratamiento. **Criterio IV:** Las características de la muestra están bien descritas. **Criterio V:** Los efectos deben haber sido mostrados por dos investigadores o equipos de investigación independientes.

Variables predictoras de la eficacia desde el meta-análisis

Junto a la revisión cualitativa de los estudios, y con la finalidad de analizar las posibles variables predictoras de la eficacia de los tratamientos, realizamos un estudio meta-analítico sobre las investigaciones que aportaban datos suficientes para calcular el tamaño del efecto, la diferencia media tipificada *d* (Hedges y Olkin, 1985). Dichas medidas fueron calculadas en 21 estudios referentes a trastornos de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada y evitación. Los informes fueron seleccionados a partir de una búsqueda de ensayos controlados que abarcaban del año 1980 al 2002 y que disponían de suficientes datos estadísticos para realizar los cálculos.

Formaron parte de los estudios un total de 662 sujetos, con un tamaño muestral medio de 82,75 (rango: 36-173), y una media de 32 niños por grupo. Los participantes, de edades comprendidas entre 7 y 14 años, se distribuían por igual en ambos géneros (50%).

En todos los artículos revisados se aplicó terapia cognitivo-conductual, sola o en combinación con intervención familiar, comparando su eficacia con grupos control en lista de espera o con otras modalidades terapéuticas. Los tratamientos tuvieron una duración media de 11

semanas, con una distribución aproximada de una hora y media a la semana, y un total de 16 horas de intervención.

El tratamiento psicológico aplicado a los niños y adolescentes resultó eficaz en los trastornos examinados, siendo en todos los casos superior a la condición de grupo control en lista de espera. La terapia cognitivo-conductual, sola o junto a la intervención familiar, se mostró significativamente más eficaz que la intervención familiar, no existiendo diferencias significativas entre las primeras, aunque se observó una tendencia hacia una eficacia mayor de la intervención cognitivo-conductual con intervención familiar frente a la terapia cognitivo-conductual sola.

Respecto a las variables moderadoras que puedan afectar a los resultados, destacamos las siguientes. La adaptación del tratamiento a cada sujeto influye en la eficacia de la intervención, de modo que cuando la terapia no es homogénea, es decir, cuando la duración, distribución y cantidad de la misma están adaptadas a cada niño y/o adolescente, el tamaño del efecto es mayor. En consonancia con el resultado anterior, la modalidad de entrenamiento individual alcanza mayores resultados frente a la grupal, lo que resalta la importancia de adaptar la intervención a las características y particularidades de cada niño. Atendiendo a la duración del tratamiento (número de semanas) se observó que

a mayor duración, mejores resultados se alcanzan.

En cuanto a la selección de la muestra, cuando ésta se recluta a instancias del experimentador, el tamaño del efecto alcanzado es superior al obtenido con muestras remitidas por terceros (médicos, familiares, profesores del niño, etc.). Además, la eficacia del tratamiento es mayor si la muestra se obtiene en colegios que si procede de centros de salud u hospitales. Una explicación de este resultado es que quizás los sujetos reclutados en centros de enseñanza pertenecen a población subclínica.

Por otro lado, los estudios que incorporan sesiones de mantenimiento de los logros con prevención de recaídas, alcanzan mejores resultados frente a los que no efectúan ningún seguimiento de la mejora de la muestra.

Respecto de las variables metodológicas, la mortalidad experimental es una variable moduladora de los resultados de la intervención, de modo que los estudios con tasas más elevadas de abandono alcanzan mayores tamaños del efecto.

Por último, mencionar que la calidad afecta en sentido negativo a los resultados, es decir, que a menor calidad del diseño, mayores tamaños del efecto se observan ya que los estudios de baja calidad no suelen controlar las variables extrañas inflando, por tanto, los resultados de eficacia.

Conclusiones

En base a los resultados de nuestro estudio, podemos concluir que la terapia cognitivo-conductual debería considerarse como el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad por separación y ansiedad generalizada en niños y adolescentes. Este tipo de intervención, sola o en combinación con intervención familiar, se ha mostrado eficaz frente a condiciones de control y otros tratamientos, manteniéndose los logros terapéuticos en el tiempo.

Los programas de tratamiento cognitivo-conductual aplicados en todas las investigaciones revisadas son adaptaciones del original de Kendall (1990), para su utilización en muestras

de otros países o edades diferentes a las que iba dirigido en su origen el programa. Su eficacia ha quedado demostrada en diversos estudios controlados (Kendall, 1994, 1997), en los que ha alcanzado resultados superiores a grupos control en lista de espera. El programa de Kendall es un programa multicomponente que incorpora procedimientos terapéuticos procedentes de diversos enfoques, por ejemplo el modelado, procedimiento derivado de la teoría del aprendizaje social, la exposición in vivo del enfoque neoconductista mediacional, el manejo de contingencias del análisis aplicado de la conducta o las autoinstrucciones de la terapia de conducta cognitiva. Sin embargo, se desconoce cuál es la contribución de cada componente a la eficacia del programa, por lo que se sugiere la necesidad de realizar nuevos estudios que proporcionen datos sobre la influencia de cada técnica en el resultado de la intervención, mediante estrategias como el desmantelamiento del tratamiento.

La intervención familiar empleada en los estudios revisados incluía diversos componentes (reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, modelado, manejo de contingencias, etc.), cuyo efecto diferencial en los resultados de la intervención debería ser objetivo de futuras investigaciones. Además, es preciso conocer si su eficacia difiere en función de las características de las familias o de los propios niños, por lo que serían necesarios nuevos informes que proporcionasen datos más precisos.

Respecto a las variables influyentes en la eficacia de los tratamientos, han sido pocas las que se han revelado como predictoras de los resultados. Los estudios de intervención en ansiedad por separación y ansiedad generalizada en la infancia son recientes y no muy numerosos, por lo que en muchos casos no se dispone de datos suficientes para hallar un mayor número de variables moduladoras de los logros terapéuticos. Son destacables el mayor tamaño del efecto alcanzado por el entrenamiento individual frente al grupal, por los tratamientos individualizados frente a los homogéneos, y por las muestras reclutadas por el propio investigador en el ámbito escolar frente a las proceden-

tes de los centros de salud u hospitales. Además, obtienen mejores resultados las intervenciones que incluyen evaluaciones de seguimiento de los resultados en el tiempo y los de una duración mayor. En cuanto a la calidad de los estudios se considera medio-alta, puesto que al tratarse de estudios muy actuales, son de un alto rigor metodológico.

Como conclusiones finales, resaltar el estatus de tratamiento probablemente eficaz de las técnicas cognitivo-conductuales y técnicas cognitivo-conductuales en combinación con intervención familiar en el tratamiento de la ansiedad de separación y ansiedad generalizada en la infancia. Se destaca además la importancia de realizar nuevos estudios de otros grupos de investigación independientes que repliquen los resultados obtenidos hasta el momento y permitan otorgar en su caso el estatus de trata-

miento bien establecido a ambos procedimientos. Por otro lado, puesto que se desconocen los mecanismos por medio de los cuales se produce el éxito terapéutico de estos programas multicomponente, sería conveniente seguir investigando en este campo.

Del mismo modo, recomendamos que se incorpore un componente explícito de mantenimiento y/o continuación de los tratamientos de los trastornos de ansiedad revisados, componente especialmente importante al tratarse de niños y/o adolescentes con factores de riesgo para la recaída o recurrencia.

Finalmente, destacar que un área relevante a desarrollar en la infancia es la elaboración y aplicación de programas preventivos que fomenten las habilidades de afrontamiento y modifiquen los factores ambientales de riesgo para el desarrollo de estos problemas.

Referencias

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)* (3ª ed., rev.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4ª ed., rev.). Washington, DC: Autor.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. y Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Barrett, P. M. (1995a). *Group coping koala workbook*. Manuscrito no publicado, School of Applied Psychology, Griffith University, Australia.
- Barrett, P. M. (1995b). *Group Family Anxiety Management*. Manuscrito no publicado, School of Applied Psychology, Griffith University, Australia.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioural group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Barrett, P. M. (2000). Treatment of childhood anxiety: developmental aspects. *Clinical Psychology Review*, 20, 479-494.
- Barrett, P. M., Dadds, M. y Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. y McKenzie, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Campbell, S. B. (1986). Developmental issues in childhood anxiety. En R. Gittelman (Ed.), *Anxiety disorders of childhood* (24-57). Nueva York: Guilford Press.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Hedges, L. V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Kendall, P. C. (1990). *Coping cat workbook*. Philadelphia, PA: Temple University.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P. C., Brady, E. U. y Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in childhood disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academic Adolescent Psychiatry*, 40, 787-794.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Manassis, K. (1996). *Keys to Parenting Your Anxious Child*. New York: Barrons Educational Series.
- Mendlowitz, S., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S. y Shaw, B. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 38, 1223-1229.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. y Bogie, N. (2001). The revised versión of the screen for child

- anxiety related emotional disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H. y Mayer, B. (1999). The revised versión of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Ollendick, T. H. y King, N. J. (1994). Diagnosis, assessment and treatment of internalising problems in children: the role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 918-927.
- Ollendick, T. H. y King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 156-167.
- Scapillato, D. y Mendlowitz, S.L.(1993). *The Coping Bear Workbook*. Manuscrito no publicado, Canadá.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M. y Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioural group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 30, 525-535.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychosocial treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

(Artículo recibido: 24-12-2002, aceptado: 22-5-2003)