

Modificación de conducta con niños y adolescentes: ámbitos recientes de aplicación y desarrollos futuros

Inmaculada MORENO GARCÍA
Universidad de Sevilla

Resumen

En este artículo, se analiza el estado actual de la modificación de conducta con niños y adolescentes a partir de tres áreas de investigación: 1) características específicas de los tratamientos conductuales en estas edades; 2) contextos recientes de aplicación y, 3) desarrollos futuros. El análisis de la bibliografía de los últimos años revela que las técnicas conductuales han extendido su ámbito de aplicación. Además de los trastornos infantiles y juveniles clásicamente tratados, los procedimientos conductuales abordan, en el contexto de programas de prevención, problemas relacionados con la salud en general de niños y adolescentes.

Palabras clave: Técnicas conductuales, niños, adolescentes, características específicas, aplicaciones, desarrollos futuros.

Abstract

In this article, the present state on behavioural modification of children and adolescents is analyzed from the viewpoint of the following areas of research: 1) Specific characteristics of behavioural therapeutics upon these ages, 2) Recent contexts of application, and 3) Future developments. The bibliographic review of the last years shows that behavioural techniques have widened their field of application. In addition to the classically treated infantile and juvenile disorders, the behavioural methods consider general health problems of children and adolescents, under the scope of preventive programs.

Key words: Behavioural techniques, children, adolescents, specific characteristics, applications, future developments.

Aspectos específicos de los tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia

Desde las primeras investigaciones ya históricas sobre miedos infantiles

(Watson y Rayner, 1920; Jones, 1924) y enuresis (Mowrer y Mowrer, 1938), las técnicas de modificación de conducta se han empleado extensamente para resolver un universo amplio de trastornos infantiles y juveniles. Si en los años 50 y

60, los procedimientos operantes probaron su efectividad con niños con deficiencias cognitivas y en situaciones ambientales en las que era posible ejercer un amplio control de las variables intervinientes, la evolución de los modelos teóricos del aprendizaje y el auge posterior de la psicología cognoscitiva han repercutido ampliando las técnicas de tratamiento y el universo de niños que pueden ser sometidos a tratamiento conductual.

De este modo, la puesta en práctica de los procedimientos conductuales en la infancia y adolescencia ha revelado ciertas aspectos específicos, más allá de la naturaleza y raíces teóricas y experimentales de los mismos, que por lo demás son mayoritariamente idénticos a los empleados con sujetos adultos.

Según la bibliografía estas características particulares afectan a cuestiones tan diversas como las siguientes: *Quien es realmente el cliente en los tratamientos conductuales con niños* (Kendall y Morris, 1991), *Intervención de coterapeutas paraprofesionales en dichos tratamientos, Preocupación e interés por los aspectos éticos implicados en las distintas intervenciones terapéuticas*, (Gelfand y Hartmann, 1989). Junto a éstos, desde otras perspectivas se incorporan aspectos relacionados con el desarrollo evolutivo (Méndez y Maciá, 1990) y diferencias culturales (Tharp, 1991).

Kazdin en 1983 se preguntaba acerca de quien es realmente el cliente y el paciente en los tratamientos conductuales que se aplican en la infancia y adolescencia, haciendo referencia, de este modo, a la discrepancia que habitualmente se observa entre la/s persona/s que solicita/n ayuda terapéutica y el sujeto que en último caso es el objetivo de la misma.

Kendall y Morris (1991) retoman la cuestión señalando que a diferencia de lo que ocurre en las terapias con adultos, en el caso de las intervenciones con niños y jóvenes, no son los propios sujetos quienes demandan la asistencia clínica, por el contrario, terceras personas, padres, tutores, profesores, médicos, etc, solicitan tal ayuda terapéutica.

Este asunto se relaciona con otro tema también considerado por los investigadores, como es el referido a si en realidad el motivo de la consulta constituye un problema de conducta infantil o si por el contrario, la solicitud responde más bien a necesidades y demandas de ayuda de los adultos para controlar eficazmente el comportamiento del niño. En este sentido conviene no olvidar que según Pelechano (1980), los padres promueven mayoritariamente asistencia clínica para problemas como hiperactividad, agresividad, oposición, impulsividad, etc.

Para resolver en parte esta cuestión, en la bibliografía se ha planteado la conveniencia de considerar ciertos criterios a partir de los cuales adoptar una decisión final. Entre éstos se indica, atender a varias solicitudes de demanda de la intervención que procedan de distintas personas, observar y comparar el comportamiento del niño con el de su grupo normativo, apreciar si existen cambios dramáticos en la conducta infantil actual respecto al comportamiento anterior (Sulzer-Azaroff y Roy, 1988) y recoger información sobre la severidad, amplitud, cronicidad y comienzo de las conductas problemas (Kazdin, 1983).

Asimismo, los programas conductuales administrados a niños y adolescentes se caracterizan por la intervención de coterapeutas.

Como se sabe, la actuación de paraprofesionales no es exclusiva de la modificación de conducta en la infancia, por el contrario, responde a una tradición que contempla la intervención de personal voluntario y en período de formación en los servicios de salud mental (Graziano y Katz, 1982). No obstante, en el campo infantil ha adquirido gran desarrollo apoyado en gran medida por los principios que rigen el enfoque conductual. Tal como señalan Berckowitz y Graziano, (1972) se admite que las conductas inadaptadas de los niños han sido adquiridas en el medio natural y su mantenimiento depende de la modificación de los factores y variables ambientales implicadas.

Por tanto, se estima conveniente que los propios agentes naturales de cambio de la conducta infantil se conviertan en coterapeutas una vez entrenados en los principios y métodos de actuación conductuales, haciendo posible que la intervención tenga lugar en el entorno en el que los problemas aparecen. Además, esta participación repercute positivamente facilitando la consolidación y generalización de los cambios conductuales posteriores (Calvo, 1981) y reduciendo los costes económicos y humanos.

Cuando se ha defendido la conveniencia de adiestrar a padres, se han añadido a las ventajas anteriores, objetivos profilácticos. Así, se argumenta que el aprendizaje por parte de los progenitores de principios y técnicas conductuales genera efectos más allá del niño objeto de la intervención, incidiendo sobre toda la dinámica familiar. Es decir, los padres aprenderán a tolerar más los comportamientos de sus hijos y en consecuencia, se reducirá el nivel de estrés familiar. (Toro, 1984).

Tradicionalmente intervienen como coterapeutas, padres (Berkowitz y Graziano, 1972; O'Dell, 1974; Miller y Prinz, 1990), profesores (Del Pino, 1981; Witt y Martens, 1983) y estudiantes. Según Graziano y Katz (1982), los padres han sido entrenados para resolver problemas agrupados en síndromes complejos como esquizofrenia, autismo, etc, desórdenes psicofisiológicos y del lenguaje, negativismo, oposición, agresividad, miedos infantiles y en problemas de conducta comunes que aparecen en el hogar.

Aunque en menor medida también los compañeros, estudiantes, amigos, etc reciben entrenamiento conductual, sirva de ejemplo el trabajo de Kohler y Strain (1990) que a modo de revisión analiza los resultados y perspectivas futuras de esta categoría de coterapeutas.

Por otro lado, en la actualidad según Gelfand y Hartmann (1989) se aprecia una mayor preocupación e interés por los aspectos éticos implicados en las distintas intervenciones terapéuticas, que tienen como objetivo alterar el comportamiento de niños y adolescentes. Ello a juicio de los autores, resulta de la propia evolución que ha sufrido el enfoque conductual aplicado en las edades que comentamos.

Los planteamientos éticos surgen en torno a dos problemas, la decisión sobre la bondad de las conductas infantiles que conviene mantener o en su caso, los cambios conductuales que hay que planificar, y la naturaleza de los procedimientos que han de administrarse para lograr las modificaciones comportamentales previstas. En otros términos, la cuestión se plantea acerca de cual ha de ser el objeto y foco del tratamiento (Kazdin, 1983) así como, el modo de llevarlo a efecto.

En general se admite que la determinación final sobre ambas cuestiones no debe quedar en manos de padres o tutores, por el contrario, ha de ser el terapeuta quien adopte la decisión más conveniente, siempre con el objetivo último de garantizar la adaptación psicológica del niño.

En este sentido, Mash y Terdal (1981) plantean algunas directrices para identificar los comportamientos infantiles que han de ser objeto de programas de modificación. Entre estas destacan el hecho de que la conducta elegida sea esencial para el desarrollo del niño, constituya un componente relevante para lograr su adaptación en el medio natural en el que se desenvuelve. También dicha conducta debe permitir la incorporación de contingencias naturales de reforzamiento, intrínsecas en el medio natural.

En cuanto a la naturaleza del tratamiento a administrar, se entiende que éste ha de incorporar aquellos procedimientos que resulten además de escasamente intrusivos, eficaces para resolver el problema específico de conducta que se trate.

Por otro lado, desde distintas perspectivas se defiende que la modificación de conducta con niños debe ir más allá de los principios conductuales clásicos, de modo que recoja aportaciones de otras áreas, entre ellas de la psicología evolutiva. En este tema coinciden Harris y Ferrari (1983) y Méndez y Maciá (1990).

Desde este punto de vista, las contribuciones de la psicología del desarrollo ayudan a identificar los comportamientos normales y desviados de las distintas etapas evolutivas. De este modo, los terapeutas conductuales disponen de resultados e información para decidir la realización de la intervención terapéuti-

ca previamente solicitada. Así pues, de acuerdo con Kazdin (1983), las consideraciones evolutivas tienen gran importancia en el diagnóstico y determinación de los desórdenes observados en la infancia.

De otra parte, tales aportaciones también desempeñan un papel destacado en la selección de los procedimientos que han de configurar el tratamiento, ello porque antes de su administración conviene realizar un análisis de las habilidades conductuales que se estiman necesarias para la puesta en práctica de ciertas técnicas terapéuticas.

En otro sentido, hemos de señalar que si bien en la actualidad la aplicación de los procedimientos conductuales con niños y adolescentes se encuentra consolidada (Méndez y Maciá, 1990), no es menos cierto que su desarrollo no ha seguido el mismo ritmo que se aprecia cuando estos métodos se han empleado con sujetos adultos.

Al menos dos razones parecen justificar esta circunstancia, a saber, la acuciante necesidad de asistencia social requerida para los adultos ha favorecido el auge y desarrollo de las técnicas conductuales en tales edades, así como, la mayor accesibilidad de éstos para intervenir en trabajos experimentales y de investigación ha permitido probar la efectividad de dichas técnicas y sus posibles aplicaciones.

En el ámbito infantil por el contrario, la puesta en práctica de los procedimientos comportamentales se ha visto relegada por diversas cuestiones, entre ellas la escasa valoración que los adultos han otorgado a algunos problemas infantiles. Sirva de ejemplo lo ocurrido con la investigación sobre miedos, detenida

durante algunas décadas al entender que se trataba de fenómenos sin importancia, fácilmente comprensibles desde la óptica de la edad adulta. (Moreno, Párraga y Rodríguez, 1987).

Asimismo, quienes trabajan en el contexto infantil y juvenil han constatado las enormes dificultades que surgen para acceder a niños de modo que éstos participen en investigaciones. Como se sabe, el modificador de conducta tiene que obtener la aprobación de la familia, tutores o responsables de la institución escolar y si es posible el consentimiento del propio niño, antes de iniciar cualquier trabajo en el que se requiera la intervención de sujetos con estas edades. (Sulzer-Azaroff y Pollack, 1982).

Áreas de aplicación y objetivos actuales de las técnicas conductuales en la infancia y adolescencia

El análisis de la bibliografía aparecida en los últimos años sobre modificación de conducta en edades infantiles y juveniles avala la tendencia que había sido apuntada por Forenhan, Middlebrook, Steffe y Rogers (1984) en el sentido de apreciar una ampliación de los trastornos abordados mediante estos procedimientos.

A partir de las publicaciones en forma de artículo que han aparecido sobre el tema en *Psychological Abstracts* e *Index Medicus*, en el período comprendido entre 1982 y 1990, conjuntamente con las referencias citadas en los respectivos trabajos analizados, hemos podido observar cómo las técnicas conductuales se emplean no sólo en el tratamiento de las alteraciones tradicionales (enuresis, fobias, agresiones, etc),

por el contrario, se administran para resolver problemas relacionados con la salud infantil en general, como obesidad, asma, insomnio, etc.

Por otro lado, los objetivos que guían la puesta en práctica de los procedimientos conductuales no son solamente terapéuticos sino que en la actualidad se diseñan programas con fines preventivos, dirigidos en último extremo a la promoción de la salud en estas etapas (Méndez y Maciá, 1990).

De este modo, se han planteado intervenciones basadas en métodos cognitivos-conductuales (Rolf, 1985), que se desarrollan según Kirschenbaum y Ordan (1984) en los niveles de prevención primaria y secundaria, siendo sus fines últimos favorecer la salud infantil y juvenil mediante por un lado, el aprendizaje de habilidades y recursos conductuales que permitan a los sujetos tolerar y hacer frente a situaciones y acontecimientos nocivos y por otro, aminorando los déficits y problemas adaptativos mediante la alteración de aquellos hábitos conductuales que perjudican la salud personal.

Siguiendo la bibliografía consultada en relación al ámbito infantil (Doleys y Bruno, 1982; Morris y Kratchowill, 1983; Méndez y Maciá, 1990) y al campo de adultos (Buceta, 1990), los trabajos analizados se han agrupado según su contenido y temática en las siguientes áreas: *Control del estrés, Promoción de comportamientos que favorecen la salud infantil, Tratamiento y prevención de conductas que perjudican la salud, Intervención sobre desórdenes psicósomáticos e Intervención en trastornos vinculados a situaciones de riesgo social.* (Moreno y Blanco, en prensa).

Control del estrés

En el campo de la infancia y adolescencia el abordaje del estrés se ha orientado hacia la preparación específica de los niños para hacer frente a situaciones que tanto las investigaciones normativas como los estudios clínicos han revelado como estresantes y nocivas para los sujetos.

Habitualmente, los trabajos se orientan hacia las experiencias de hospitalización e intervención quirúrgica por un lado, y hacia el tratamiento dental por otro.

Desde los primeros estudios publicados sobre el tema (Mellish, 1969), numerosas investigaciones han proporcionado datos que muestran los beneficios consecuentes a la preparación psicológica de los niños previa a la hospitalización. Según Polaino-Lorente y Lizasoain (1990), los efectos de la preparación se aprecian en distintos niveles como son, la reducción de los temores y ansiedades asociados a tal acontecimiento, una mayor adaptación del niño al mismo, y también en el mejor ajuste psicológico tras el período de la hospitalización.

De acuerdo con Elkins y Roberts (1983) las actuaciones emprendidas con esta finalidad se pueden diferenciar según si el objetivo de la intervención son los padres o el propio niño que va a ser hospitalizado. En este último caso, las estrategias adoptadas han sido diversas entre ellas: *Proporcionar información* al sujeto sobre la institución hospitalaria, la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido, y los procedimientos pre y post-operatorios implicados, (Cullen, Mesa, Martínez y Blanco, 1990). *Estimular las expresiones emocionales* asociadas al

acontecimiento, *favorecer una relación de confianza* con el personal sanitario con el que va a relacionarse y, más recientemente, entrenar a los niños en *estrategias y habilidades de afrontamiento* en relación a esta situación específica (Peterson y Shigetomi, 1981).

Desde el trabajo de Melamed y Siegel (1979), en el que quedó demostrada la eficacia del Modelado para reducir ansiedades y miedos infantiles vinculados a la hospitalización, estudios posteriores han avalado los resultados iniciales, en algunos casos una vez introducidas ciertas variaciones en el método tradicional. Así se ha empleado con éxito, Modelado Múltiple (Elkins y Roberts, 1985) y Modelado Participativo (Faust, Olson y Rodríguez, 1991).

Por otro lado, igual que ocurría en el ámbito de los sujetos adultos, a comienzos de los años 80 surge la necesidad de adiestrar a niños y adolescentes en habilidades y estrategias que le permitan enfrentarse saludablemente a situaciones que resultan perjudiciales, y en ocasiones inevitables. Estos planteamientos son expuestos por Barrios y Shigetomi (1980), en el contexto de iniciativas profilácticas respecto a ansiedades y miedos.

Tales argumentos enlazan con el interés que muestran algunos investigadores sobre los recursos que los propios niños adoptan para soportar situaciones desagradables en los ámbitos naturales (Graziano, DeGiovanni y García, 1979). En relación al tema, Mooney (1985) concluye que las respuestas de autocontrol representan la estrategia más habitual empleada por los niños para tolerar sus temores nocturnos. De este modo, queda de relieve el papel destacado que el autocontrol desempeña en

cuanto estrategia adaptativa en la prevención de miedos infantiles (Moreno, Blanco y Rodríguez, 1991).

El tratamiento dental también viene siendo objeto de preparación específica (Schwartz, Albino y Tedesco, 1983). Desde las investigaciones de Melamed y colaboradores (Melamed, Weinstein, Hawes y Katin-Borland, 1975), trabajos posteriores (Klorman, Hilpert, Michael, LaGana y Sveen, 1980) han obtenido resultados satisfactorios empleando para tal fin Modelado Simbólico.

Junto a la técnica de Modelado también se les proporciona a los niños información sobre la intervención dental al tiempo que se intenta familiarizarles con el material a utilizar durante la misma. Ambos procedimientos fueron aplicados por Olabarria, Escudero y Villanovas (1980) con un doble objetivo, reducir las ansiedades vinculadas al tratamiento estomatológico y estimular la colaboración del niño durante el desarrollo de la actuación clínica.

Promoción de comportamientos que favorecen la salud infantil

Según el análisis de la bibliografía reciente los progresos en el área de la salud infantil y juvenil se centran en gran medida en favorecer conductas relacionadas con el bienestar personal. Así, las actuaciones planificadas con esta finalidad se han dirigido hacia tres ámbitos específicos: fomento de la adherencia a las instrucciones y tratamientos médicos por parte de niños hemofílicos y diabéticos fundamentalmente, salud buco-dental y seguridad vial.

Los procedimientos conductuales se emplean para asegurar el seguimiento de

las prescripciones médicas por los niños afectados y por sus padres.

Cuando el objetivo son los propios individuos, se ha administrado reforzamiento social y sistema de puntos otorgados por los padres en el caso de niños diabéticos, (Carney, Schechter y Davis, 1983). Con sujetos hemofílicos se han empleado contratos de contingencias (Greenan-Fowler, Powell y Varni, 1987), modelado, ensayo conductual, *feedback* y reforzamiento social (Gilbert y Varni, 1988). En todos los casos los resultados fueron satisfactorios una vez concluido el tratamiento y durante períodos de seguimiento de cuatro meses aproximadamente.

Cuando los padres de hijos hemofílicos han recibido tratamiento conductual se ha empleado con resultados favorables, modelado, *biofeedback* y reforzamiento social (Sergis y Varni, 1983). Sin embargo, los esfuerzos porque los progenitores sigan las recomendaciones médicas van más allá de los problemas antes comentados, pues también se recomienda esta actuación para mejorar el estado nutricional de los niños (Sallis, 1985) y en consecuencia, evitar los problemas y déficits alimenticios frecuentes en las primeras edades (Finney, 1986).

A juicio de Polaino-Lorente (1987), la intervención psicológica con niños diabéticos, independientemente del método conductual empleado, debiera tener varios frentes de actuación, a saber, entrenamiento en autoadministración de la insulina y en autocontrol de la glucemia, prevención de las posibles crisis hipoglucémicas e identificación de los acontecimientos ambientales que pueden provocar conflictos familiares relacionados.

Por otro lado, las iniciativas encaminadas a favorecer la salud buco-dental en las edades que nos ocupan, se caracterizan por varios aspectos como son, el objetivo final que pretenden, el marco o contexto físico y espacial en el que se desarrollan y el método de intervención adoptado.

Respecto a la primera cuestión añadir que según Flanders (1987), los programas preventivos deben realizarse fundamentalmente en el ámbito escolar. Sin embargo, Fernández y Gil (1988) señalan que cuando se ha actuado en esta situación no se ha producido generalización de los comportamientos de cepillado aprendidos por los niños, al propio hogar.

En cuanto al objetivo último de las actuaciones preventivas, indicar que junto a los trabajos que pretenden instaurar y fomentar en estas edades, hábitos y habilidades adecuadas de higiene buco-dental, se realizan investigaciones encaminadas a fomentar comportamientos que aseguren la colaboración del niño en el desarrollo del tratamiento dental, y a largo plazo, mantengan y confirmen las visitas al dentista (Allen y Stokes, 1987).

Las estrategias adoptadas para estimular hábitos de higiene dental se pueden dividir a su vez, en métodos educativos y conductuales. Los primeros consisten en proporcionar a los niños información sobre los riesgos asociados a las enfermedades buco-dentales, las habilidades preventivas e instrucciones sobre comportamientos y prácticas saludables. Más recientes son los trabajos que prueban la eficacia de procedimientos conductuales entre los que destacan *feedback*, reforzamiento social y material

(Dahlquist, Gil y Hodges, 1985; Fernández y Gil, 1988 y Fernández y Del Coz, 1990) y práctica reforzada (Allen y Stokes, 1987).

Por último, la prevención de accidentes de tráfico y el fomento de repertorios conductuales que garanticen la seguridad vial de niños y adolescentes constituyen otro de los ámbitos de interés. Así, se han diseñado programas preventivos para incrementar la seguridad del niño en el automóvil (Maciá y Méndez, 1987; Roberts y Broadbent, 1989), mejorar su conducta como peatón (Guyer, Talbot y Pless, 1985), y en situaciones de peligro vial (Del Barrio, 1990).

Tratamiento y prevención de conductas que perjudican la salud

En general, los trabajos desarrollados sobre esta cuestión se han centrado en torno a los hábitos de fumar, abuso de alcohol y drogas.

Respecto al consumo de tabaco los planteamientos que guían las intervenciones consisten, bien adiestrar a los jóvenes en habilidades sociales, estrategias de resolución de problemas y toma de decisiones personales, etc (Schinke y Blythe, 1981) desarrolladas en la escuela (Biglan, Glasgow, Thompson, Severson, Lichtenstein, Weissman, Faller y Gallison, 1987), o bien fomentar iniciativas con repercusiones sobre el entorno físico y social en el que se desenvuelven los niños, (Perry y Silvis, 1987; Strecher, Bauman, Boat y Fowler, 1989).

En cuanto al abuso de alcohol y drogas destaca el trabajo de Davidge y Forman (1988) quienes indican que los tratamientos más eficaces incluyen procedimientos comportamentales, entrenamiento en ha-

bilidades sociales y terapia familiar. No obstante, toda conclusión definitiva debe considerar a su juicio, los sesgos y limitaciones apreciadas en los diferentes estudios publicados, puesto que se observan problemas metodológicos diversos entre los que destacan, ausencia de grupo control y datos de seguimiento, etc.

En todo caso, siguiendo a Battjes y Bell (1985), los esfuerzos preventivos en este campo, tendrán más éxito cuanto más precozmente se programen las iniciativas para enseñar habilidades sociales a niños y jóvenes.

Intervención sobre desórdenes psicosomáticos

Este apartado hace referencia a las actuaciones que se diseñan para resolver problemas como obesidad, migrañas y asma, entre otros.

Durante los últimos años han aparecido un buen número de trabajos que desde distintas perspectivas se interesan por el tratamiento y prevención de la obesidad en la infancia y adolescencia.

Algunas de las aportaciones más relevantes señalan que la prevención del problema ha de iniciarse con la detección precoz del incremento de peso y con su abordaje terapéutico (Garrow, 1990).

En el terreno del tratamiento, el éxito de las diferentes iniciativas se ve influido por distintas variables entre las que destacan: funcionamiento familiar y nivel de apoyo que el niño encuentra en la familia para iniciar y desarrollar la terapia, (Frankle, 1985), nivel socioeconómico familiar, peso de los padres y satisfacción marital, (Israel, Silverman y Solotar, 1986), creencias individuales respecto a las posibilidades de control

del peso, y a los problemas médicos asociados (Uzark, Becker, Dielman, Rocchini y Katch, 1988), y modo de participación paterna en los programas terapéuticos (Kirschenbaum, Harris y Tomarken, 1984; Israel, Silverman y Solotar, 1984; Graves, Meyers y Clark, 1988; Israel, Solotar y Zimand, 1990).

La aplicación de procedimientos conductuales tanto con fines de control y reducción de peso, como para modificar hábitos alimenticios nocivos y mantener las dietas nutritivas apropiadas, asegurando la adherencia a las recomendaciones médicas (Israel, Silverman y Solotar, 1988), es una realidad que se ve avalada por los datos de Epstein y Wing (1987) y Caterson (1990). Concretamente, los primeros autores señalan tras una revisión sobre el tema, que el abordaje comportamental es más eficaz que la condición de ausencia de tratamiento o los tratamientos placebo.

Caterson (1990) indica además, que la administración de estos métodos se hace necesaria dado que las estrategias terapéuticas tradicionales (restricción dietética, ejercicios físicos, cambios nutritivos, etc) consiguen tan sólo éxitos temporales, limitación que es subsanada con los métodos conductuales que unen a su eficacia el mantenimiento de los resultados al finalizar el tratamiento. Sin embargo, no todo son ventajas por contra, estos procedimientos no logran resultados llamativos, motivo por el cual conviene adoptar un planteamiento multidimensional en el que se contemple la administración conjunta de técnicas comportamentales, ejercicios físicos y restricción de calorías.

En cuanto a las estrategias específicas empleadas destacan fundamental-

mente, control de estímulos, reforzamiento positivo, contratos de contingencias y modelado. (Epstein, Valoski, Koeske y Wing, 1986; Israel, Silverman y Solotar, 1986; Katch, Becque, Marks, Moorehead y Rocchini, 1988).

Por último señalar que según Epstein, McCurley, Wing y Valoski (1990) los éxitos asociados a los tratamientos conductuales tienen como predictores los siguientes índices: auto-observación por parte del niño (entre 6 y 12 años), modificación en los hábitos de comer y cambio en el sobrepeso inicial de los padres.

Por lo que se refiere al abordaje conductual de las migrañas y dolores de cabeza en edades comprendidas entre 8 y 17 años, los programas diseñados incluyen de forma general, entrenamiento en relajación muscular y *biofeedback* (Waranch y Keenan, 1985; Duckro y Cantwell-Simmons, 1989; Guarnieri y Blanchars, 1990), observándose reducciones en la frecuencia e intensidad del dolor.

En ocasiones ambos procedimientos han sido combinados con discriminación conductual de los síntomas asociados (Fentress, Masek, Mehegan y Benson, 1986) e imaginación mental (Womack, Smith y Chen, 1988).

En todo caso, la bibliografía aporta conclusiones a tener en cuenta en el futuro, por un lado, según los resultados obtenidos por Duckro *et al.*, (1989), tras la revisión bibliográfica realizada entre 1984-1988, las terapias conductuales resultan efectivas para reducir el dolor de cabeza crónico en niños y adolescentes, en concreto es necesaria la relajación muscular acompañada o no de *biofeedback*. En esta última cuestión también coinciden Fentress *et al.*, (1986).

Por otro lado, si bien los resultados obtenidos por Guarnieri y Blanchars (1990), revelan que los procedimientos comportamentales son eficaces tanto si se administran en el entorno médico como en el hogar, lo cierto es según los propios autores existe una tendencia a ser más efectivos si se aplican de forma intensiva en la primera situación indicada.

Una aportación añadida al tema, procede del trabajo de Guilber, Firestone, McGrath y Goodman (1990). Según las conclusiones, los sujetos de mayor edad son quienes más persisten en la continuación del régimen terapéutico, y aquellos que padecen menos dolores de cabeza se adhieren más fácilmente al mismo.

Por último, recogemos las sugerencias de Waranch y Keenan (1985) al plantear la necesidad de realizar estudios longitudinales para probar que la intervención terapéutica en edades tempranas consigue resolver el dolor de cabeza y evitar su desarrollo en etapas posteriores.

En cuanto al tratamiento del asma infantil, pese a ser abordado en general mediante la administración de medicamentos, las técnicas conductuales empleadas hasta el momento han obtenido resultados satisfactorios. Así, se administran relajación y *biofeedback* encaminadas al problema específico y asertividad para resolver trastornos relacionados con el asma, sobre todo cuando se observan déficits en habilidades sociales, absentismo escolar, etc (King, Murphy y Rmenyi, 1984).

Dahl, Gustafsson y Melin (1990) aplicaron durante 4 semanas a 20 niños con asma severo, un programa conductual que incluía discriminación de síntomas relacionados, autoadministración de los procedimientos y control de contingencias ambientales. Como resultado se observaron además de

reducciones en la frecuencia de los síntomas de asma, otros beneficios entre ellos, reducciones en las dosis del medicamento habitual y en el absentismo escolar.

Intervención en trastornos vinculados a situaciones de riesgo social

Bajo esta denominación se han incluido los trabajos que en el área comportamental se desarrollan, con objetivos diversos y un denominador común, esto es, los problemas de niños y adolescentes consecuentes a acontecimientos como divorcios, abusos sexuales, abandonos y negligencias por parte de padres, tutores, etc.

La bibliografía sobre el tema atiende a varios aspectos entre ellos, los factores y variables que explican la ocurrencia de los hechos, el contenido de las actuaciones terapéuticas y profilácticas, y finalmente, sus destinatarios, adultos, padres, agresores y/o niños de forma exclusiva o conjunta.

En este sentido, Willianson, Borduin y Howe (1991) han investigado los factores relacionados con el abandono y abusos físicos y sexuales en la infancia y adolescencia. Según los datos finales, el abandono se relaciona más con problemas sociales y de estrés familiar, mientras el abuso físico aparece vinculado a trastornos y anomalías emocionales.

En cuanto a los programas de intervención varias aportaciones podemos extraer de los estudios analizados. Por un lado, las actuaciones han de apoyarse en un planteamiento multimodal que incluya aquellos procedimientos (Koverola, Elliot y Wolfe, 1984) que se han mostrado eficaces para mejorar el comportamiento parental implicado (Justice y Justice, 1982). Al mis-

mo tiempo deben dirigirse tanto hacia el adulto agresor como hacia el niño que sufre la agresión (Dixen y Jenkins, 1981; Azar y Siegel, 1990).

A estos planteamientos generales se añaden aspectos algo más específicos. Por ejemplo, Azar, Fantuzzo y Twentyman (1984) han planteado las directrices que han de seguir las intervenciones conductuales en este contexto, a saber, identificación precisa de las respuestas y comportamientos implicados desde los dos extremos del problema, análisis de las relaciones entre factores ambientales y ocurrencia del mismo, etc.

En otro sentido se definen los objetivos de las intervenciones terapéuticas tanto para padres como niños. Así Koverola, Elliot y Wolfe (1984) señalan que los tratamientos deben basarse en el entrenamiento de los padres en control de comportamientos irascibles, estrategias de resolución de problemas y déficits en habilidades conductuales y sociales básicas. Conviene que estas actuaciones se inserten en un contexto de apoyo social que proceda de la comunidad (Wolfe y Manion, 1984), al tiempo que se acompañen de modificaciones que afecten a los hábitos higiénicos, de alimentación, seguridad en el hogar, etc (Lutzker, 1990).

Respecto a los niños, Howing, Wodarski, Kurtz y Gaudin (1990) indican que los programas preventivos han de plantearse a partir del estado evolutivo y situacional de los niños maltratados y dirigirse fundamentalmente hacia el entrenamiento de habilidades sociales. Este debe incluir como elementos básicos, aprendizaje en comunicación interpersonal, estrategias de resolución de problemas, autocontrol, asertividad y manejo y control del estrés. Asimismo, dicho

entrenamiento ha de programarse atendiendo a secuencias de comportamientos fácilmente identificables, que por lo demás han de gozar de valor intrínseco para el propio niño o personas con significación para él (ej. padres, maestros).

Uno de los trabajos que han evaluado la eficacia de programas específicos para evitar el abuso sexual ha sido realizado por Wurtele (1990). Los resultados finales revelan que los niños pertenecientes al grupo experimental que habían recibido entrenamiento en habilidades de seguridad personal, mostraban mayor conocimiento en relación al grupo control sobre la situación de abuso sexual y niveles más elevados de habilidades personales. En este contexto también se inserta el trabajo reciente de Willett, Ayoud y Robinson (1991) que evalúa los efectos de un programa preventivo con varios objetivos, a saber, mejorar las habilidades conductuales de los padres, el funcionamiento y dinámica familiar y su inclusión en la comunidad social.

En relación con las intervenciones para minimizar los efectos psicológicos del divorcio, Stolberg y Garrison (1985) y Pedro-Carroll, Cowen, Hightower y Guare (1986), han probado la eficacia de sendos programas dirigidos hacia padres y niños afectados. Según los resultados, se apreciaron mejoras en los niveles de autoestima, adaptación social y habilidades de resolución de problemas, etc.

Desarrollos futuros de la modificación de conducta con niños y adolescentes

Dos décadas atrás, Craighead, Wilcoxon-Craighead y Meyer (1978) establecían las direcciones que la modificación de conducta había de seguir en el futuro.

Sus planteamientos se pueden agrupar en tres apartados o categorías de cuestiones pendientes, a saber: *Configuración de los tratamientos conductuales, Evaluación de la eficacia de las intervenciones y Objetivos finales de las mismas.*

Respecto al contenido, características, etc, de los tratamientos destacan como temas a investigar, la inserción del desarrollo evolutivo en el diseño de las intervenciones clínicas, individualización de dichas actuaciones a partir de variables como sexo y habilidades evolutivas del niño que recibe el tratamiento, así como, la conveniencia de elaborar programas multimodales que resulten de la combinación de distintas técnicas, sin olvidar la mejora y evaluación del entrenamiento que reciben los paraprofesionales.

En cuanto a las necesidades de evaluación, los autores señalan que conviene insistir tanto en la valoración de la efectividad de los programas terapéuticos diseñados, como en el mantenimiento y generalización de los cambios conductuales posteriores.

La tercera línea de trabajo ha encontrado amplio eco entre los investigadores en los últimos años, pues como hemos mencionado en páginas anteriores se diseñan programas de intervención no ya sólo para resolver un problema específico, además se pretende el entrenamiento en habilidades de afrontamiento generales y de resolución de problemas.

La bibliografía reciente muestra cómo los modificadores de conducta han estudiado estas tendencias y direcciones insistiendo efectivamente, en la evaluación de las intervenciones. Sirva de ejemplo el trabajo de Kazdin (1991) quien señala que esta cuestión no puede plantearse como un

concepto unitario, por el contrario, la eficacia de los tratamientos ha de analizarse a partir de distintos criterios como son: Efectividad de distintas técnicas y terapias alternativas, Efectos de las intervenciones en función de los problemas clínicos a los que han sido aplicados, así como según las muestras de pacientes tratados e incluso los diferentes tipos de terapeutas que han intervenido. En concreto, el autor resume la cuestión en los siguientes términos: *Qué tratamiento específico se evalúa, respecto a qué persona concreta, que padece qué problema y bajo qué conjunto de circunstancias.* (pág. 786).

En la actualidad, la evaluación de los resultados de los distintos acercamientos terapéuticos alcanza gran desarrollo debido sobre todo a la aplicación del metaanálisis. Según Kazdin (1991) algunas de las conclusiones obtenidas por este procedimiento indican que la terapia conductual se muestra más efectiva que la ausencia de tratamiento, así como, cuando existen diferencias entre terapias de distinta naturaleza, los éxitos se relacionan con las técnicas conductuales. También se ha encontrado que los resultados satisfactorios en el ámbito infantil coinciden en gran medida con los extraídos en investigaciones con adultos. Finalmente, la valoración de distintas estrategias dentro de un enfoque común, ha revelado que no existe incompatibilidad entre ellas para su posible combinación terapéutica.

En cuanto a las conclusiones de los estudios sobre generalización de los efectos terapéuticos, Drabman, Hammer y Rosenbaum (1979) revisaban los trabajos publicados entre 1960-1977, y plantean que la generalización debe evaluarse a través del tiempo, situaciones, comportamientos y sujetos. Unos años más

tarde Scott, Tarnowski, Simonian, Elliot y Drabman, (1991) tras la revisión efectuada en el período comprendido entre 1978-1989 señalan que la mayoría de los estudios publicados sobre tratamiento conductual aportan datos sobre generalización de resultados. Específicamente, las categorías más empleadas fueron a través del tiempo y situaciones.

En todo caso, las perspectivas futuras de la modificación de conducta con niños y adolescentes parecen seguir algunas de las líneas de trabajo propuestas por Drabman *et al.*, (1979); Baer (1989), Gelfand y Hartmann (1989) y Kendall y Morris (1991). Entre ellas destacan:

- * Desarrollo de programas de intervención conductuales específicos para problemas concretos. Evaluación de los resultados según el trastorno específico tratado.
- * Comparación y evaluación de la efectividad de la terapia individual frente a la terapia familiar, así como de los tratamientos conductuales *versus* los farmacológicos.
- * Investigación sobre las variables que mediatizan la relación niño-terapeuta y sus influencia en los resultados de la intervención.
- * Desarrollo de programas preventivos encaminados a entrenar en habilidades de afrontamiento a niños y jóvenes en situación de alto riesgo social, y para prevenir supuestos acontecimientos estresantes tales como divorcios y tensión familiar.
- * Realización de nuevos y más numeros trabajos sobre generalización de resultados atendiendo a consideraciones metodológicas tales como inclusión de grupos control, períodos de

seguimiento, diseños de línea base múltiple, medición cualitativa y cuantitativa de resultados atendiendo tanto a la significación estadística como clínica, sin olvidar el criterio de validez social de los mismos.

- * Evaluación de la percepción y aceptabilidad por parte de niños y adolescentes de los tratamientos conductuales.

Conclusiones

El estudio de la bibliografía reciente ha revelado que la modificación de conducta ha extendido su campo de actuación tanto respecto a los trastornos abordados como a los objetivos planteados. A ello ha contribuido sin duda, la delimitación de las características específicas que trae consigo la puesta en práctica de las técnicas conductuales en la infancia y adolescencia.

Por otro lado, como hemos comprobado, temas como el mantenimiento y generalización de los beneficios conductuales y su importancia clínica y social son ampliamente analizados por los investigadores.

Finalmente, los desarrollos futuros además de centrarse en el contexto aplicado se orientan a cuestiones metodológicas aún pendientes en los trabajos sobre el tema, sin olvidar la evaluación de la eficacia diferencial de las distintas estrategias terapéuticas, cuestión que ya es abordada a través del metaanálisis.

Referencias

- ALLEN, K. D. y STOKES, T. F. (1987). Use of escape and reward in the management of young children during dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, (4), 381-390.
- AZAR, S. T.; FANTUZZO, J. W. y TWENTYMAN, C. T. (1984). An applied behavioral approach to child maltreatment: Back to basics. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 6 (1), 3-11.
- AZAR, S. T. y SIEGEL, B. R. (1990). Behavioral treatment of child abuse. A developmental perspective. *Behavior Modification*, 14 (3), 301-315.
- BAER, R. A. (1989). Maintenance of child behavior change: What happens after the experimenters leave?. *Education and Treatment of Children*, 12 (2), 190-199.
- BARRIOS, B. A. y SHIGETOMI, C. C. (1980). Coping skills, training: Potential for prevention of fears and anxieties. *Behavior Therapy*, 11, 431-439.
- BATTJES, R. T. y BELL, C. S. (1985). Future directions in drug abuse prevention research. *NIDA Research Monographs*, 63, 221-228.
- BERKOWITZ, B. P. y GRAZIANO, A. M. (1972). Training parents as behavior therapists: A review. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 297-317.
- BIGLAN, A.; GLASGOW, R.; ARY, D.; THOMPSON, R.; SEVERSON, H.; LICHTENSTEIN, E.; WEISSMAN, W.; FALLER, C. y GALLISON, C. (1987). How generalizable are the effects of smoking prevention programs? Refusal skills training and parent messages in a teacher-administered program. *Journal of Behavioral Medicine*, 10 (6), 613-628.
- BUCETA, J. M. (1990). Las nuevas aplicaciones de la psicología clínica y la modificación de conducta en el área

- de la salud. En J. M. Buceta y A. M. Bueno. (Coords.). *Modificación de Conducta y Salud*. 21-35. Madrid: Eudema.
- CALVO, R. (1981). Insuficiencias de un acercamiento operante en el tratamiento de los problemas comportamentales en la infancia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 6 (11-12), 361-366.
- CARNEY, R. M.; SCHECHTER, K. y DAVIS, T. (1983). Improving adherence to blood glucose testing in insulin-dependent diabetic children. *Behavior Therapy*, 14 (2), 247-254.
- CATERSON, I. D. (1990). Management strategies for weight control. Eating, exercise and behaviour. *Drugs*, 39 Suppl. 3, 20-32.
- CRAIGHEAD, W. E.; WILCOXON-CRAIGHEAD, L. y MEYERS, W. A. (1978). New directions in behavior modification with children. En M. Hersen, R. Eisler y P. Miller. (Eds.). *Progress in behavior modification*. (159-201). Nueva York: Academic Press.
- CULLEN, K.; MESA, P. J.; MARTINEZ, C. A. y BLANCO, A. (1990). Formación de un programa de preparación psicológica a la intervención quirúrgica en pediatría. *Análisis y Modificación de Conducta*, 48 (16), 209-228.
- DALH, J.; GUSTAFSSON, D. y MELIN, L. (1990). Effects of a behavioral treatment program on children with asthma. *Journal of Asthma*, 27 (1), 41-46.
- DAHLQUIST, L.; GIL, K. y HODGES, F. (1985). The effects of behavioral intervention on dental flossing skills in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 10 (4), 403-412.
- DAVIDGE, A. M. y FORMAN, S. G. (1984). Psychological treatment of adolescent substance abusers: A review. *Children and Youth Services Review*, 10 (1), 43-55.
- DEL BARRIO, V. (1989). Diseño y evaluación de un programa de educación vial. *Anales de Psicología*, 5, 77-102.
- DEL PINO, P. A. (1981). Paraprofesionales coterapeutas de modificación de conducta en la educación: Evaluación de un modelo de acción. *Análisis y Modificación de Conducta*, 7 (16), 427-476.
- DOLEYS, M. D. y BRUNO, J. (1982). Treatment of childhood medical disorders. En S. A. Bellack; M. Hersen y E. A. Kazdin. (Eds.). *International handbook of behavior modification and therapy*. (997-1016). Nueva York: Plenum Press.
- DIXEN, J. y JENKINS, J. O. (1981). Incestuous child sexual abuse: A review of treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 1 (2), 211-222.
- DRABMAN, S. R.; HAMMER, D. y ROSENBAUM, S. M. (1979). Assessing generalization in behavior modification with children: The generalization map. *Behavioral Assessment*, 1, 203-219.
- DUCKRO, N. P. y CANTWELL-SIMMONS, E. (1989). A review of studies evaluating biofeedback and relaxation training in the management of pediatric headache. *Headache*, 29 (7), 428-433.
- ELKINS, P. D. y ROBERTS, M. C. (1983). Psychological preparation for pediatric hospitalization. *Clinical Psychology Review*, 3, 275-295.
- ELKINS, P. D. y ROBERTS, M. C. (1985). Reducing medical fears in a general

- population of children: A comparison of three audiovisual modeling procedures. *Journal of Pediatric Psychology*, 1 (10), 65-75.
- EPSTEIN, L. H.; VALOSKI, A.; KOESKE, R. y WING, R. R. (1986). Family-based behavioral weight control in obese young children. *Journal of the American Dietetic Association*, 86 (4), 481-184.
- EPSTEIN, L. H.; McCURLEY, J.; WING, R. R. y VALOSKI, A. (1990). Five-year follow-up of family-based behavioral treatments for childhood obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (5), 661-664.
- EPSTEIN, L. H. y WING, R. R. (1987). Behavioral treatment of childhood obesity. *Psychological Bulletin*, 101 (3), 331-342.
- FAUST, J.; OLSON, R. y RODRIGUEZ, H. (1991). Same-day surgery preparation: Reduction of pediatric patient arousal and distress through participant modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (59), 475-578.
- FENTRESS, D. W.; MASEK, B. J.; MEHEGAN, J. E. y BENSON, H. (1986). Biofeedback and relaxation-response training in the treatment of pediatric migraine. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 28 (2), 139-146.
- FERNANDEZ, R. C. y DEL COZ, G. B. (1990). Investigación conductual en odontología preventiva. Efectos de la educación, *feedback* y manejo de contingencias para incrementar hábitos de higiene bucodental. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1 (8), 109-122.
- FERNANDEZ, P. A. y GIL, R. J. (1988). Educación para la salud e intervención conductual en el desarrollo de hábitos de cepillado dental en la escuela. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14 (41), 383-399.
- FINNEY, J. W. (1986). Preventing common feeding problems in infants and young children. *Pediatric Clinics of North America*, 33 (4), 775-788.
- FLANDERS, R. A. (1987). Effectiveness of dental health educational programs in schools. *Journal of American Dental Association*, 114(2), 239-242.
- FOREHAND, R. L.; MIDDLEBROOK, J.; STEFFE, M. y ROGERS, T. (1984). An examination of some trends in child behavior therapy. *Behavioural Psychotherapy*, 12 (3), 203-211
- FRANKLE, R. T. (1985). Obesity a family matter: creating new behavior. *Journal of the American Dietetic Association*, 85 (5), 597-602.
- GARROW, J. S. (1990). Is it possible to prevent obesity?. *Infusionstherapie*, 17 (1), 28-31
- GELFAND, M. D. y HARTMANN, P. D. (1989). *Análisis y terapia de la conducta infantil*. Madrid: Pirámide.
- GILBERT, A. y VARNI, J. W. (1988). Behavioral treatment for improving adherence to factor replacement therapy by children with hemophilia. *Journal of Compliance in Health Care*, 3 (1), 67-76.
- GRAVES, T.; MEYERS, A. W y CLARK, L. (1988). An evaluation of parental problem-solving training in the behavioral treatment of childhood obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 246-250.
- GRAZIANO, A. M.; DEGIOVANNI, I. S. y GARCIA, K. A. (1979). Behavioral

- treatments of children's fears: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 804-830.
- GRAZIANO, A. M. y KATZ, J. N. (1982). Training paraprofessionals. En S. A. Bellack.; M. Hersen y E. A. Kazdin. (Eds.). *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. (207-229). Nueva York: Plenum Press.
- GREENAN-FOWLER, E.; POWELL, C. y VARNI, J. W. (1987). Behavioral treatment of adherence to therapeutic exercise by children with hemophilia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68 (12), 846-849.
- GUARNIERI, P. y BLANCHARD, E. B. (1990). Evaluation of home-based thermal biofeedback treatment of pediatric migraine headache. *Biofeedback and Self Regulation*, 15 (2), 179-184.
- GUILBERT, M. B.; FIRESTONE, P.; McGRATH, P. y GOODMAN, J. T. (1990). Compliance factors in the behavioural treatment of headache in children and adolescents. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 22 (1), 37-44.
- GUYER, B.; TALBOT, A. M. y PLESS, I. B. (1985). Pedestrian injuries to children and youth. *Pediatric Clinics of North America*, 32 (1), 163-174.
- HARRIS, S. L. y FERRARI, M. (1983). Developmental factors in child behavior therapy. *Behavior Therapy*, 14, 54-72.
- HOWING, P. T.; WODARSKI, J. S.; KURTZ, P. D. y GAUDIN, J. M. (1990). The empirical base for the implementation of social skills training with maltreated children. *Social Work*, 35 (5), 460-467.
- ISRAEL, A. C.; SILVERMAN, W. K. y SOLOTAR, L. C. (1984). An evaluation of two methods of parental involvement in treating obese children. *Behavior Therapy*, 15 (3), 266-272.
- ISRAEL, A. C.; SILVERMAN, W. K. y SOLOTAR, L. C. (1986). An investigation of family influences on initial weight status, attrition, and treatment outcome in a childhood obesity program. *Behavior Therapy*, 17 (2), 131-143.
- ISRAEL, A. C.; SILVERMAN, W. K. y SOLOTAR, L. C. (1988). The relationship between adherence and weight loss in a behavioral treatment program for overweight children. *Behavior Therapy*, 19 (1), 25-33.
- ISRAEL, A. C.; SOLOTAR, L. C. y ZIMAND, E. (1990). An investigation of two parental involvement roles in the treatment of obese children. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (5), 557-564.
- JONES, M. C. (1924). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 382-390.
- JUSTICE, B. y JUSTICE, R. (1982). Clinical approaches to family violence: Etiology of physical abuse of children and dynamics of coercive treatment. *Family Therapy Collections*, 3, 1-20.
- KATCH, V.; BECQUE, M. D.; MARKS, C.; MOEREHEAD, C. y ROCCHINI, A. (1988). Basal metabolism of obese adolescents: Inconsistent diet and exercise effects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 48 (3), 565-569.
- KAZDIN, E. A. (1983). Psychiatric diagnosis, dimensions of dysfunction, and child behavior therapy. *Behavior Therapy*, 14, 73-99.

- KAZDIN, E. A. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (6), 785-798.
- KENDALL, P. C. y MORRIS, R. J. (1991). Child Therapy: Issues and Recommendations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (6), 777-784.
- KING, N. J.; MURPHY, G. C. y REMENYI, A. G. (1984). L'asthme aigu chez les enfants: Une revue des écrits expérimentaux. *Technologie du Comportement*, 8 (1), 57-71.
- KIRSCHENBAUM, D. S. y ORDMAN, A. M. (1984). Preventive interventions for children. Cognitive behavioral perspectives. En W. A. Meyer y W. W. Craighead. *Cognitive behavior therapy with children*, 377-409. Nueva York: Plenum Press.
- KIRSCHENBAUM, D. S.; HARRIS, E. S. y TOMARKEN, A. J. (1984). Effects of parental involvement in behavioral weight loss therapy for preadolescents. *Behavior Therapy*, 15 (5), 485-500.
- KLORMAN, R., HILPERT, P.; MISCHAE, R.; LaGANA, C. y SVEEN, O. (1980). Effects of coping and mastery modeling on experienced and inexperienced pedodontic patient's disruptiveness. *Behavior Therapy*, 11, 156-168.
- KOHLER, F. W. y STRAIN, P. S. (1990). Peer-assisted interventions: Early promises, notable achievements, and future aspirations. *Clinical Psychology Review*, 10, 441-452.
- KOVEROLA, C.; ELLIOT, F. D. y WOLFE, D. A. (1984). Clinical issues in the behavioral treatment of a child abusive mother experiencing multiple life stresses. *Journal of Clinical Child Psychology*, 13 (2), 187-191.
- LUTZKER, J. R. (1990). Behavioral treatment of child neglect. *Behavior Modification*, 14 (3), 301-315.
- MACIA, D. y MENDEZ, F. X. (1987). Programa para aumentar la seguridad del niño en el automóvil. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 2, 5-10.
- MASH, E. J. y TERDAL, L. G. (Eds.). (1981). *Behavioral assessment of childhood disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- MELAMED, B. G. y SIEGEL, L. J. (1979). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.
- MELAMED, B. G.; WEINSTEIN, D.; HAWES, R. y KATIN-BORLAND, M. (1975). Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modeling. *Journal of the American Dental Association*, 90, 822-826.
- MELLISH, R. W. P. (1969). Preparation of a child for hospitalization and surgery. *Pediatric Clinics for North America*, 16, 543-558.
- MENDEZ, F. X. y MACIA, D. (1990). Algunos comentarios sobre la modificación de conducta con niños y adolescentes. En F. X. Méndez y D. M. Antón. (Coords.). *Modificación de conducta con niños y adolescentes*. (25-37). Madrid: Pirámide.
- MILLER, G. E. y PRINZ, R. J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood

- conduct disorder. *Psychological Bulletin*, 108 (2), 291-307.
- MOONEY, K. C. (1985). Children's nighttime fears: Rating of content and coping behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 309-319.
- MORENO, I.; PARRAGA, J. y RODRIGUEZ, L. (1987). Miedos infantiles: Un estudio sobre la población sevillana. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13 (37), 471-492.
- MORENO, I.; BLANCO, A. y RODRIGUEZ, L. (1991). Acerca del papel que desempeña el autocontrol en la eliminación y prevención de miedos infantiles. *Anales de Psiquiatría*, 7 (7), 293-298.
- MORENO, I. y BLANCO, A. (1992). Nuevas aplicaciones de la modificación de conducta en edades infantiles y juveniles. (en prensa).
- MORRIS, R. J. y KRATOCHWILL, T. R. (1983). *The practice of child therapy*. Nueva York: Pergamon Press.
- MOWRER, O. H. y MOWRER, W. M. (1938). Enuresis: a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459.
- O'DELL, S. (1974). Training parents in behavior modification: A review. *Psychological Bulletin*, 81 (7), 418-433.
- OLABARRIA, B.; ESCUDERO, C. y VILLANOVAS, G. F. (1980). Aplicación de un programa psicoprofiláctico a la estomatología infantil. *Revista de Psicología General Aplicada*, 35 (3), 493-498.
- PEDRO-CARROLL, J. L.; COWEN, E. L.; HIGHTOWER, A. D. y GUARE, J. C. (1986). Preventive intervention with latency-age children of divorce: A replication study. *American Journal of Community Psychology*, 14 (3), 277-290.
- PELECHANO, V. (1980). *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplús.
- PERRY, C. L. y SILVIS, G. L. (1987). Smoking prevention: behavioral prescriptions for the pediatrician. *Pediatrics*, 79 (5), 790-799.
- PETERSON, L. y SHIGETOMI, C. (1981). The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. *Behavior Therapy*, 12, 1-14.
- POLAINO-LORENTE, A. (1987). Estrategias de intervención psicológica para el autocontrol de la diabetes infanto-juvenil. En J. M. Buceta. (Ed.). *Psicología clínica y salud: aplicación de estrategias de intervención*. (313-336), Madrid: UNED.
- POLAINO-LORENTE, A. y LIZASOAIN, R. A. (1990). Programas para la preparación a la hospitalización infantil. En J. M. Buceta y A. M. Bueno. (Coords.). *Modificación de conducta y salud*. (126-150). Madrid: Eudema.
- ROBERTS, M. C. y BROADBENT, M. H. (1989). Increasing preschoolers' use of car safety devices: An effective program for day care staff. *Children's Health Care*, 18 (3), 157-162.
- ROLF, J. E. (1985). Evolving adaptive theories and methods for prevention research with children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (5), 631-646.
- SALLIS, J. F. (1985). Improving adherence to pediatric therapeutic regimens. *Pediatrics Nursing*, 11 (2), 118-120.
- SCHINKE, S. P. y BLYTHE, B. J. (1981). Cognitive-behavioral prevention of

- children's smoking. *Child Behavior Therapy*, 3 (4), 25-42.
- SCHWARTZ, B. H.; ALBINO, J. E. y TEDESCO, L. A. (1983). Effects of psychological preparation on children hospitalized for dental operation. *Journal of Pediatrics*, 102, 634-638.
- SCOTT, A. J.; TARNOWSKI, J. K.; SIMONIAN, J. S.; ELLIOTT, D. y DRABMAN, S. R. (1991). The generalization map revisited: Assessment of generalized treatment effects in child and adolescent behaviortherapy. *Behavior Therapy*, 22, 393-405.
- SERGIS, D. E. y VARNI, J. W. (1983). Behavioral assessment and management of adherence to factor replacement therapy in hemophilia. *Journal of Pediatric Psychology*, 8 (4), 367-377.
- STOLBERG, A. L. y GARRISON, K. M. (1985). Evaluating a primary prevention program for children of divorce. *American Journal of Community Psychology*, 13 (2), 111-124.
- STRECHER, V. J.; BAUMAN, K. E.; BOAT, B. y FOWLER, M. G. (1989). The development and formative evaluation of a home-based intervention to reduce passive smoking by infants. *Health Education Research*, 4(2), 225-232.
- SULZER-AZAROFF, B. y POLLACK, J. M. (1982). The modification of child behavior problems in the home. En S. A. Bellack; M. Hersen, y E. A. Kazdin. (Eds.). *International handbook of behavior modification and therapy*. (917-958), Nueva York: Plenum Press.
- SULZER-AZAROFF, B. y ROY, M. G. (1988). *Procedimientos del análisis conductual aplicado con niños y jóvenes*. México: Trillas. (3ª ed.).
- THARP, R. G. (1991). Cultural diversity and treatment of children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (6), 799-812.
- TORO, J. (1984). El entrenamiento de padres como modificadores de la conducta infantil. *Anuario de Psicología*, 1-2 (30/31), 97-109.
- UZARK, K. C.; BECHER, M. H.; DIELMAN, T. E.; ROCCHINI, A. P. y KATCH, V. (1988). Perceptions held by obese children and their parents: Implications for weight control intervention. *Health Education Quarterly*, 15 (2), 185-198.
- WARANCH, H. R. y KEENAN, D. M. (1985). Behavioral treatment of children with recurrent headaches. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16 (1), 31-38.
- WATSON, J. y RAYNER, R. (1920). Conditioned emotional reaction. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- WILLETT, B. J.; AYOUB, C. C. y ROBINSON, D. (1991). Using growth modeling to examine systematic differences in growth: An example of change in the functioning of families at risk of maladaptive parenting, child abuse, or neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 38-47.
- WILLIAMSON, M. J.; BORDUIN, M. C. y HOWE, A. B. (1991). The ecology of adolescent maltreatment: A multilevel examination of adolescent physical abuse, sexual abuse,

- and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (3), 449-457.
- WITT, J. C. y MARTENS, B. K. (1983). Assessing the acceptability of behavioral interventions used in classrooms. *Psychology in the Schools*, 20, 510-517.
- WOLFE, D. A. y MANION, I. G. (1984). Impediments to child abuse prevention: Issues and directions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 6 (1), 47-62.
- WOMACK, W. M.; SMITH, M. S. y CHEN, A. C. (1988). Behavioral management of childhood headache: A pilot study and case history report. *Pain*, 32 (3), 279-283.
- WURTELE, S. K. (1990). Teaching personal safety skills to four-year-old children: A behavioral approach. *Behavior Therapy*, 21 (1), 25-32.