

LAS ANSIEDADES INFANTILES COMO CONDUCTAS INTERACCIONALES

Ruth del Carmen Casabianca*

Resumen

Este artículo muestra una investigación realizada desde una óptica sistémico-interaccional. Luego de definir los diversos tipos de ansiedades infantiles como “temores disfuncionales”, analiza cuáles patrones interaccionales y creencias típicos por parte de los adultos significativos en niños con ansiedades, están presentes retro-alimentando la conducta problema.

Los resultados hallados permiten inferir una naturaleza psicosocial para las ansiedades infantiles, a la vez que un “diagnóstico relacional”, que orienta su tratamiento.

Palabras clave: temores disfuncionales, patrones interaccionales típicos, creencias o atribuciones a la conducta-problema, retro-alimentación.

Key words: disfunctional fears, typical interactional patterns, beliefs about the problem behaviour, feed-back.

Introducción

El estudio de las diversas ansiedades infantiles –descritos actualmente en el DSM-IV-TR (2000) como “trastornos de ansiedad”– tiene una larga historia a partir del vastamente conocido caso Hans, de S. Freud (1943), que recorrió durante más de 50 años el mundo de la psicopatología de niños, como paradigma del trastorno de fobia infantil.

Diferentes conceptos tales como miedo, fobia, angustia, ansiedad y pánico, se han ido incluyendo y especificando como sub-tipos de la ansiedad en el mencionado Manual, con mayor o menor aceptación de dicha especificación por parte de clínicos e investigadores. Cuando de conductas infantiles se trata, resulta muy difícil encontrar cuadros “puros”, y tanto más difícil cuanto menor es el niño. Por esta razón, la diferenciación propuesta resulta más conceptual que perteneciente a la práctica clínica (Ajuariaguerra, 1977), incluso sin mostrar correlación con algunos hallazgos psicométricos realizados a través de cuestionarios y tests (Achenbach et al., 1989; Wicks-Nelson y Israel, 1997).

Una cuestión también compleja en este tipo de problemas, es definir cuándo un temor es simplemente evolutivo (Spitz, 1950; Vasta, Haith, Miller, 1996; Warren y Sroufe, 2004), y cuándo considerarlo un trastorno o fenómeno psicopatológico. Con el transcurrir del tiempo y los cambios culturales, se han ido adicionando nuevos estímulos y situaciones amenazantes a las que están expuestos niños y jóvenes, y se ha engrosado la lista de temores y ansiedades “normales”, con miedos tales como a la burla de compañeros o “bulling” en la escuela, al abuso sexual, a la violencia doméstica, a ser secuestrado, a ciertas enfermedades (por ejemplo el SIDA), a las películas de terror o a los mensajes cibernéticos atemorizantes (Fishkin, Rorhbach y Anderson-Johnson, 1997; Muris et al., 1998; Mellon, Koliadis y Paraskevopoulos, 2004; Muris y Ollendick, 2005).

El gran interrogante que ha despertado la curiosidad de tantos clínicos e investigadores es: ¿cómo es que en algunos casos los temores (miedos, fobias y ansiedades) desaparecen por sí solos con el correr del tiempo, mientras que en otros permanecen, interfiriendo una o más áreas de la vida infantil, y se convierten en problemas para consulta o “trastornos”?

La respuesta a esta pregunta se ha intentado buscar a través de varios enfoques, entre los que se destacan la Psicología del Desarrollo, la Psicopatología Infantil, la Teoría del apego, las Neurociencias,

* Ruth del Carmen Casabianca: Instituto de la Familia y Terapias Breves de Santa Fe, Universidad Católica de Santa Fe
E-Mail: rcasabianca@gmail.com
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XIX p.p. 57-73
© 2010 Fundación AIGLÉ.

y la Investigación empírica realizada desde distintos modelos teóricos y psicoterapéuticos.

Resulta imposible, dada la naturaleza del presente artículo, hacer explícitos los aportes actuales desde los diversos enfoques. Sólo es pertinente expresar que cada uno de ellos enfatiza distintos componentes o variables intervinientes en este tipo de problemas, con el fin de explicar sus orígenes o permanencia.

Desde esta diversidad se entiende a las conductas de miedo, fobia o ansiedad como producto de cogniciones, emociones y/o reacciones disfuncionales propias del paciente-niño (Beck, Kendall; 1985), como aprendizajes desadaptativos (Sutherland y Amit, 1977), como efecto de relaciones tempranas o actuales generadoras de patología en el niño (Bowlby, 1973; Ungerer, y Mc Mahon, 2005), y también asociadas a factores neurobiológicos predisponentes, sin haberse detectado un gen específico (Kendler, 1996; Marquez-López Mato, 2004). La mayoría absoluta de los profesionales del campo de la conducta afirman hoy que existen factores biológicos, psíquicos individuales, y familiares o macroambientales (redes sociales inmediatas, vecindarios, medios masivos de comunicación, cualidades de funcionamiento de las diversas sociedades y culturas), que aportan al origen y/o mantenimiento de estos problemas (Dadds, Barrett, 1996; Muris, 2007; Furr et al., 2009).

Un interesante aporte que ha surgido de la integración de conocimientos de la Psicología y las Neurociencias refiere a una visión “interactiva” entre genética y condiciones socio-ambientales.

“Tanto activa como pasivamente las influencias genéticas pueden afectar las condiciones ambientales relativas a los problemas sociales y de salud”, sostiene Rutter (2000). Esta influencia mutua observada entre natura y ambiente, llevó al acuñamiento del concepto de “interacción gene-ambiental”, que últimamente viene acrecentando su tendencia a la investigación empírica respecto a cuánto y cómo la genética se expresa directamente en conductas, o cuánto se ve afectada por, y afecta a los contextos sociales. Estudios relativamente recientes desde una óptica genética interactiva, apoyan ambos tipos de influencia (Rutter, Pickles, Murray y Eaves, 2001; Trevarthen y Aytken, 2001; Weltzer, 2004; Rolland, 2005; Sluzki, 2007). Los mencionados descubrimientos en la interacción gene-ambiental ayudan a comprender que la predisposición genética puede moderar o amplificar el impacto de conductas de las personas cercanas significativas, pero también y a la recíproca, estimular conductas en los otros que disminuyan o aumenten la probabilidad de que aparezca en el niño con predisposición genética, la disfuncionalidad o patología de ansiedad.

Es interesante remarcar en relación a estos avances científicos, que el trabajo clínico nos aporta permanentemente evidencia de que un niño con temores intensos o invalidantes –más allá de su predisposición genética o de personalidad– afecta a sus seres cercanos, y éstos responden a la vez con conductas que no favorecen la evolución positiva o desaparición de los mismos, instalándose y manteniéndose con el correr del tiempo, el problema que los trae a consulta (Casabianca, 1995, 2001).

No obstante, resulta aún muy difícil introducir en el campo de la investigación empírica una mirada circular y clínica, que permita poner foco en los circuitos comportamentales de retroalimentación mutua –o “causalidad recíproca”– entre el niño con temores y su contexto social inmediato. Mark Fraser (2004) alude no sólo a la dificultad que implica el cambio epistemológico para aceptar esta interpretación, sino también a la complejidad de variables a observar cuando se trata de investigar fenómenos conductuales desde una visión ecológica o sistémica. Investigadores que se han dedicado específicamente al campo de las ansiedades y miedos infantiles y adolescentes, coinciden en que las metodologías científicas hasta hoy implementadas, dificultan extraer conclusiones claras y más contundentes respecto a esta temática (Hudson y Rapee, 2005; Muris, 2007).

Lo que aparece como más probable, como expresan Hudson y Rappe (2004) es que “*el desarrollo de trastornos de ansiedad involucra muchos factores ambientales, uno de los cuales es la relación recíproca entre la vulnerabilidad genética del niño a exhibir altos niveles de reactividad y emotividad, y la respuesta parental al niño sensible*”.

En los días presentes, el énfasis está puesto en la investigación de la contribución mutua en la *díada padres-hijos* para lograr una comprensión más clara acerca de la relación entre los factores de riesgo/vulnerabilidad y la presencia de los síntomas de ansiedad, sin dejar de considerar los “factores protectivos”.

Desde una óptica *sistémico-familiar* se entiende que las conductas de temor “aparecen en relación a, y forman parte de” ciertos patrones interaccionales del contexto significativo para un sujeto, entre los cuales la familia representa el más estable y permanente a lo largo de la vida (Minuchin, 1984; Fisch, Weakland y Segal, 1984). Es en los sistemas de relaciones más o menos estables donde se aprenden, se comparten y adjudican significados y valoraciones a las conductas de sus miembros, y se reacciona mutuamente a dichas significaciones, creencias o narrativas (Anderson y Goolishian, 1988; White y Epston, 1993), que mantenidas a lo largo del tiem-

po, estabilizan ciertos patrones de conductas interactivas impidiendo que se actualicen otros.

Desde este enfoque –que abre la mirada a los contextos sociales en los cuales los individuos están inmersos y a la vez construyen y transforman– cobran importancia cómo se significa la conducta-problema o “temor disfuncional”, y cómo reaccionan a la misma las personas involucradas en dichas significaciones, incluyendo al niño con temores.

En referencia a esta visión, no hay antecedente de investigaciones empíricas publicadas en población infantil.

Conceptos referidos a miedos, fobias y ansiedades infantiles

Desde una vertiente psiquiátrica infantil clásica, J. de Ajuriaguerra (1977) menciona cuatro conceptos relativos al tema de este trabajo: *ansiedad*, caracterizada por un sentimiento de peligro inminente, con actitud de espera que provoca un desorden más o menos profundo, difícil de compartir, y a la cual se le otorga un carácter de generalidad, sin estar referida por lo tanto a ningún objeto o situación particular; *angustia*, referida a la manifestación corporal, al “angor” con sus manifestaciones constrictivas y neurovegetativas, que separa su valor neurofisiológico del existencial de la ansiedad; *miedo o temor* como una reacción de defensa, de huida o inmovilización, que tiene como objeto una situación real y presente; *fobias*, como temores injustificados y no razonables ante objetos, seres, o situaciones de los cuales el sujeto reconoce lo ilógico, pero lo dominan repetidamente, y tienen como consecuencia una inhibición en el campo de la acción y frecuentemente en el de la representación.

No obstante, Ajuriaguerra sostiene que es difícil en los niños diferenciar entre las categorías, dado que expresan sus emociones de diversas formas psicológicas y fisiológicas, y en muchos casos no distinguen aún lo real de lo fantasmático. “Lo que importa saber es hasta qué punto estas quejas pueden ser superadas o quedar relativamente aisladas, sin afectar el desenvolvimiento de la vida del niño”, afirma.

Desde la vertiente de la investigación empírica, Muris (2007) sostiene que “*miedo*” y “*ansiedad*” son dos conceptos diferentes en sus manifestaciones, funciones y sustratos biológicos. El análisis factorial de los síntomas en jóvenes ansiosos ha logrado identificar dos factores separados: el primero, *miedo*, se caracteriza por la activación autonómica y comportamientos de lucha-huida, que surgen cuando hay una amenaza próxima, cierta o detectada. El segundo factor, *ansiedad*, está tipificado por tensión, aprensión y preocupación, y puede manifestar-

se sin la presencia de un peligro actual, como una estrategia cognitiva de evitación de amenazas más distantes o futuras (Chorpita, Albano y Barlow, 1998; Barlow, 2002; Craske, 2003). En ambas emociones negativas, hay involucrados circuitos cerebrales diferentes: los sistemas más primitivos subcorticales en el miedo, mientras que en la preocupación o ansiedad, predominantemente está involucrada la activación cortical izquierda que inhibe la actividad autónoma para facilitar el proceso cognitivo y la planificación para lidiar contra el peligro.

Asimismo desde los enfoques conductistas y cognitivos se desarrollaron conceptos diferenciales para las diversas clases de ansiedades, como en el mencionado DSM-IV-TR.

No obstante ser conceptualmente discernibles, estudios realizados en poblaciones infantiles no-clínicas (Muris, Merckelbach, Mayer y Meesters, 1998) “*muestran la dificultad para separar estos fenómenos, ya que no sólo los miedos infantiles están relacionados a síntomas de fobias, sino que también frecuentemente reflejan otros desórdenes de ansiedad*”.

Analizando las diversas acepciones otorgadas a los miedos, fobias y ansiedades, encontramos ciertas *cualidades comunes* que nos permiten caracterizarlos y definirlos en la infancia, más allá de cuál haya sido la fuente de información de la que proviene su conceptualización, y la clase o tipo a que se refieren:

Hay una *anticipación o percepción presente* de un objeto, persona o situación, internos o externos, a los que se le adjudican cualidades temibles de diversa intensidad (desde inquietante hasta horripilante o catastrófica).

Que siempre generan en el niño una *sensación de estar amenazado o en peligro*, él mismo o los demás.

Que el infante percibe *escasa capacidad para defenderse* o posibilidad de luchar y tener control sobre dichos estímulos amenazantes.

Que en consecuencia *se tratan de evitar*, lo cual interfiere disminuyendo o bloqueando conductas de adaptación a las situaciones habituales de la vida infantil, en distintas áreas, grados y tiempos de permanencia.

Que *se acompañan de sensaciones físicas o fisiológicas*, más o menos desagradables, según el grado de conciencia de afectación que pueda tener el niño de ellas.

Estas cualidades mencionadas, permiten construir una *meta-definición* de los miedos-fobias-ansiedades infantiles, como “*conductas de anticipación o presencia de objetos, personas o situaciones internos o externos amenazantes o peligrosos para*

el sujeto que los percibe y vivencia, frente a los cuales no se atisban desde quien las sufre posibilidades o recursos para afrontarlos con efectividad, por lo que siempre se acompañan de conductas consecuentes de evitación e inhabilitación, lo que a su vez interfiere la adaptación funcional en diversas áreas de la vida en grados y tiempos variables, acompañadas de sensaciones físicas o fisiológicas más o menos concientes, y por ende, más o menos desagradables”.

A esta meta-definición podemos denominarla “temores disfuncionales”, considerando –con visión abarcativa– los constructos particulares derivados de las diversas ópticas, el significado otorgado al término “disfunción” (Wakefield, 1992), y numerosas observaciones de clínicos e investigadores.

Descripción de la investigación. Sus fundamentos

El objetivo del presente trabajo es investigar desde una epistemología sistémica-circular, concretamente desde los supuestos del Modelo del Mental Resarch Institute de Palo Alto (California) cómo se presentan en la clínica los denominados *temores disfuncionales*, categorizados en el DSM IV-TR (APA, 2000) como “trastornos de ansiedad”.

El análisis de variables interactivas sociales que juegan en los miedos, fobias, y ansiedades infantiles, se vuelve relevante por varios motivos de índole teórico-práctico.

Permitirá una comprensión de estos problemas desde una perspectiva novedosa en el campo científico, sin investigación empírica previa en poblaciones infantiles.

El conocimiento de las creencias compartidas y los patrones interaccionales asociados a los temores infantiles –incluyendo al niño que los sufre y a su contexto social inmediato– aportará un tipo de *diagnóstico relacional*, relativamente fácil y rápido de construir.

Este enfoque diagnóstico contextual-sistémico posibilitará a la vez, *orientar al profesional interviniente hacia su tratamiento focalizado en plazos breves*, con la colaboración de todos o simplemente algunos de los involucrados en el problema.

Del mismo podrían inferirse, en el futuro, reglas de prevención. El establecimiento de regularidades disfuncionales en relación a las conductas de miedos, fobias y ansiedades infantiles, que probablemente no sean exhaustivas pero sí ampliables en sucesivas investigaciones, podría abrir lineamientos acerca de “qué no es conveniente hacer” cuando un niño manifiesta temores exacerbados o invalidantes.

Evaluación de los “temores disfuncionales” desde una perspectiva sistémica

1. Descripción general y planteo del problema

El presente trabajo es un estudio exploratorio cuanti-cualitativo realizado en muestras clínicas, cuyo objetivo es aproximarnos al estudio empírico de la dinámica interaccional de los *temores disfuncionales* infantiles, en relación al contexto social significativo de los niños que los presentan.

Desde una epistemología sistémica, está referido al análisis de cuáles patrones interaccionales y qué creencias o significados de los significativamente involucrados con un niño con “temores disfuncionales”, se hallan asociados a las conductas-problemas en un circuito auto-perpetuante retroalimentado entre todos los participantes, más allá de cuál haya sido la “causa/origen” del problema u otros factores individuales o históricos intervinientes. Desde los supuestos del Modelo del MRI, ellos constituirían *el soporte o anclaje interaccional* de aquello que pretenden modificar.

La investigación de esta dinámica aportará:

Conocimiento empírico acerca de las interacciones niños-otros significativos cuando se presentan temores disfuncionales.

Un “*diagnóstico relacional*” de los temores disfuncionales.

A pesar de las dificultades metodológicas debidas a la complejidad implicada en el análisis de los fenómenos interaccionales, el quiebre epistemológico que implica la introducción de la lógica circular en el campo de la ciencia, y las restricciones propias de la investigación clínica, constituyen a esta investigación en un gran desafío, pero como bien señalaron Clark, Beck y Alford (1999), es necesario examinar y validar las asunciones de los modelos teóricos y psicoterapéuticos, a fin de integrarlos al campo del conocimiento científico.

El análisis epistemológico de los fenómenos analizados en este estudio se fundamenta en los siguientes supuestos generales del Modelo MRI:

Los problemas son conductas presentes indeseables en la percepción de uno o más miembros de un sistema significativo de relaciones, que se influyen mutuamente. Desde este supuesto, el problema a investigar es un problema construido en el lenguaje, y en las atribuciones de molestia otorgadas a una situación o conducta particular por quienes lo perciben: “No se trata simplemente de una conducta ordinaria, sino de una conducta indeseada” (Fisch, Weakland y Segal; 1984). Los *temores disfuncionales* infantiles, no se refieren en la presente investigación a “problemas objetivos”,

encuadrados en categorías nosológicas específicas, sino a conductas descritas como “temores o miedos” diversos, con o sin correlatos físicos, que uno o más miembros de un sistema de relación –en la mayoría de los casos, la familia– construyen en sus consensos lingüísticos como sufrientes o indeseables, y traen a consulta.

Los miembros involucrados significativamente en este malestar, incluido el paciente identificado, intentan a través del tiempo y de diversas maneras de resolver el problema, pero las significaciones atribuidas al mismo (creencias, teorías u opiniones acerca de su presencia) y los intentos de solución ensayados que se asocian a ellas, establecen patrones relacionales de conducta que se retroalimentan mutuamente y, que en vez de aliviar las conductas indeseables, las anclan en el tiempo.

“Cuando no se soluciona una dificultad, y se aplica una dosis más elevada de la misma “solución”... queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original” (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Los mismos autores afirman: “el no considerar aisladamente la conducta problemática, sino en relación con su contexto inmediato, lleva a la comprensión y explicación de cualquier segmento determinado en un sistema organizado de conducta más amplio, y en funcionamiento efectivo, que comporta la utilización generalizada de retro-alimentación y de refuerzo recíproco”.

De esta manera las creencias/significados atribuidos al problema: “qué es lo que creen que está pasando para que este temor exista”, y las interacciones asociadas a ellos: “qué han intentado hacer para resolverlo”, se convierten –en este Modelo– en un *círculo o sistema de mantenimiento* del problema en el que están todos los participantes involucrados, incluido el niño portador del problema. De éste pueden participar personas que, sin pertenecer a la familia nuclear, consensúan un temor como problema e intentan aliviarlo o solucionarlo a través de distintas acciones (Por ejemplo, abuelos, tíos, maestros, médicos, etc.).

De lo expresado anteriormente, se deduce que es necesario identificar en el sistema significativo de relaciones, tanto las creencias o significados otorgados al problema, como las conductas de reacción mutua concretas que se manifiestan como intentos de solución ensayados (y fallidos) frente a los temores, ya que constituirían el anclaje interaccional o “sistema de mantenimiento” que impide que el problema se alivie o desaparezca.

Este supuesto circuito de mantenimiento del problema, se convierte desde una óptica relacional

en el patrón significativo de *diagnóstico*, en tanto es el que define los componentes, y cómo inter-juegan entre ellos en los *temores disfuncionales* a solucionar por el terapeuta. “Aún en el caso de que se hayan establecido de modo definido y resulten claramente implicadas (las carencias orgánicas), atribuiremos una importancia considerable a la forma en que se hace frente a dichas carencias desde el punto de vista de la conducta” (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

2. Hipótesis de trabajo y objetivos de la investigación

Hipótesis: Más allá de otros factores intervinientes, siempre existen creencias y patrones interaccionales típicos, retroalimentados entre el niño que manifiesta temores disfuncionales y otros significativamente relacionados con él.

El presente trabajo pretende lograr los siguientes *objetivos*:

a) Objetivos generales:

Identificar las creencias/significaciones y los patrones explícitos de interacción familiar que aparecen en relación a los problemas *temores disfuncionales* en los niños, que se constituyen en el circuito de diagnóstico relacional y, desde los supuestos del Modelo MRI de Palo Alto, constituirían su sistema de mantenimiento o sostén interaccional.

Aportar secundariamente evidencia empírica al supuesto del Modelo MRI, respecto a la presencia de creencias relativas al problema y patrones interaccionales asociados, en los problemas de *temores disfuncionales*.

b) Objetivos específicos:

Identificar el conjunto de patrones interaccionales típicos en familias con niños con *temores disfuncionales*, que se disparan en relación a la conducta-problema en el intento de solucionarlas.

Identificar cuáles son las creencias o significaciones, que según el Modelo existirían, asociadas al establecimiento y retro-alimentación de esos patrones interaccionales típicos.

2.1 Definición de constructos y variables intervinientes

En relación a la Hipótesis de Trabajo y los Objetivos planteados para la presente investigación se definirán los siguientes *constructos*:

Problema o motivo de consulta: refiere a la/s conducta/s indeseables en la percepción de los consultantes, que se consensúan con el terapeuta como foco de la terapia: miedo a ir a la escuela, no aceptación de reglas, falta de control o impulsividad, etc.

Asimismo, se han mantenido suficientemente en el tiempo, dando lugar a intentos de solución “fallidos” por parte de todos los involucrados, incluido el niño portador.

Temores disfuncionales: miedos, fobias o ansiedades que afectan la adaptación normal a las situaciones cotidianas de la vida infantil, tales como escolaridad, sociabilidad, o hábitos de vida. Son consensuados como “problemas” en el sistema de relación significativo, en tanto son connotados como indeseables por los consultantes.

Creencias o significaciones: refiere a las opiniones, atribuciones de significado o teorías que adjudican los adultos significativos a la presencia del problema: al “qué piensan que hace ahora que el niño manifieste el temor, desobediencia, etc.”, o “cuáles son sus teorías acerca de la presencia del problema”.

Patrones interaccionales: refiere a las conductas explícitas por parte de los significativamente relacionados con el niño/a portador del problema y a las del propio portador, que se ponen en acto intentando solucionar el problema.

Circuito o sistema de mantenimiento: refiere tanto a las creencias (anclaje ideológico) como a los intentos fallidos de solución (anclaje interaccional) que los diversos participantes involucrados en el problema, incluido el paciente identificado, ponen en funcionamiento y se retro-alimentan mutuamente frente a la aparición del problema. Ambos componentes son los que permiten hacer un “*diagnóstico relacional*” y constituirían, desde el Modelo MRI, la trama interaccional de mantenimiento de dichos problemas.

Paciente identificado: se refiere al niño/a que manifiesta o porta un problema (en adelante PI).

Serán consideradas como *variables intervinientes*, la edad y sexo de los PI.

2.2 Metodología de trabajo

El diseño de esta investigación es de tipo exploratorio-descriptivo en el cual se comparan dos muestras clínicas.

2.2.1 Población y muestras a analizar

La población está conformada por 129 familias que han consultado en instituciones del ámbito privado, en el período comprendido entre 1996 y 2006.

Las muestras son accidentales, compuestas por familias de clase media, que han consultado por un

niño/a de entre 3 y 12 años de edad con *temores disfuncionales* u otros tipos de diferentes problemas.

La Muestra 1 (en adelante *grupo experimental*) está compuesta por 75 familias con un PI que presenta temores de diversa índole: a la separación respecto a los adultos familiares, a las enfermedades, terrores nocturnos, retraimiento social, miedos varios, o miedos intensos específicos: a concurrir a la escuela, a las alturas, a robos o secuestros, a la muerte. La misma incluye como PI a 37 sujetos varones y 38 sujetos mujeres.

La Muestra 2 (en adelante *grupo control*) está compuesta por 54 familias que consultan por problemas diversos “no-temores”, tales como: de disciplina general (no aceptación de reglas), descontrol impulsivo (auto o hétero agresividad), dificultades en el rendimiento escolar, enuresis, problemas en la alimentación, soriasis o vitiligo, chuparse el dedo, tristeza. La misma incluye como PI a 37 sujetos varones y 17 sujetos mujeres.

2.2.2 Instrumentos y procedimientos de recolección de los datos

A) Se recabaron los datos clínicos a analizar en los grupos experimental (“con temores”) y control (“no-temores”) referidos a:

- a) *patrones interaccionales* o circuitos de soluciones ensayadas fallidas respecto al problema
- b) *creencias o significaciones* relativas a la conducta-problema, adjudicadas por los adultos involucrados en la misma

Para ello se utilizó como instrumento de evaluación, el registro de la entrevista inicial semi-estructurada realizada con las familias que consultan, llamada “*Ficha de Entrevista Inicial*”¹ en los siguientes ítems:

- Item 3, *Motivo de consulta:* se refiere a los diversos tipos de temores y a los problemas “no-temores” que traen a consulta, y se definen como foco de la terapia o consulta.

- Item 4, *Historia y circunstancia actual del motivo de consulta:* se refiere a “qué es lo que creen los consultantes que hace que el problema exista ahora”, o “cuáles son sus teorías/significaciones acerca de la presencia del problema”.

- Items 6a y 6b, *Soluciones intentadas:* se refieren a qué conductas explícitas han intentado poner en funcionamiento tanto el PI como “los otros” significativamente relacionados con él, en el intento de resolver los problemas.

- Item 12, *Diagnóstico:* se refiere a los diversos “circuitos de mantenimiento del problema” que sur-

(1) Las Fichas de Entrevista Inicial y de Evaluación Parcial “sesión por sesión” del Proceso Terapéutico fueron construidas por R. Casabianca y H. Hirsch, y publicadas en el libro “Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el Modelo MRI” (1989, 1991, 2009).

gen de los intentos fallidos de solución y las creencias acerca de la presencia del problema, que se re-
troalimentan entre PI-Otros significativos.

B) Se recabaron como *datos demográficos* la edad y sexo de los PI, obtenidos de la *Ficha de Registro Inicial* en su *Carátula*.

2.2.3 Técnicas de análisis de datos

Se implementaron los siguientes procedimientos de análisis cuali y cuantitativo: análisis de contenido (aplicado a la Ficha de Registro Inicial), un índice estadístico del grado de acuerdo entre jueces, y pruebas de significación estadística.

Objetivo B1: Identificar un conjunto de patrones interaccionales típicos en familias con niños con temores disfuncionales, que se disparan en relación a las conductas- problemas en el intento de solucionarlas.

A tal fin:

Se analizaron los registros de las primeras entrevistas realizadas a la familia, en forma independiente, por el terapeuta a cargo de la sesión y otro terapeuta-experto externo, que observó los datos desde los mismos paradigmas teóricos y técnicos del primero. A tal fin:

Ambos observadores clasificaron independientemente los patrones interaccionales (“soluciones intentadas”) que se disparan a partir del/los temor/es presentado/s por los PI del grupo experimental.

Ambos observadores clasificaron independientemente los patrones interaccionales (“soluciones intentadas”) que se disparan a partir de otros problemas “no-temores”, presentados por los PI del grupo control.

Se aplicó el Phi de Cramer a fin de obtener el grado de acuerdo entre los juicios de los observadores-expertos, en cada una de las muestras definidas.

Se aplicó un análisis de contenido al circuito considerado el más completo de los clasificados por los jueces, con el fin de establecer categorías mutuamente excluyentes de los patrones.

Se compararon los patrones interaccionales hallados y clasificados en el grupo experimental (“temores”) y el grupo control (“no-temores”), y se definieron sus diferencias y similitudes, a fin de identificar los patrones típicos de los niños con temor/es. Se aplicó la prueba de Chi Cuadrado.

Objetivo B2: Identificar cuáles son las creencias o significaciones que según el Modelo existirían, asociadas al establecimiento y mantenimiento de esos patrones típicos.

A tal fin:

Se aplicó un análisis de contenido para conocer las creencias/significaciones asociadas a los patrones interaccionales identificados en los grupos experimental y control. Las categorías se definieron por el consenso de tres jueces.

Se compararon las creencias asociadas a los patrones interaccionales en ambos grupos. Se aplicó la prueba de asociación de Chi cuadrado a fin de conocer si las diferencias entre el grupo experimental y el control son significativas.

3. Resultados

Los resultados hallados muestran lo siguiente:

3.1 Análisis de los patrones interaccionales (Objetivo B1)

1) Respecto al *acuerdo entre jueces* en la definición de los patrones interaccionales, el Phi de Cramer es de .98 en el grupo experimental y .93 en el grupo control, lo que indica un alto grado de acuerdo para ambos grupos.

2) Del análisis de los datos se identificaron los siguientes *patrones interaccionales*:

3) Los resultados de la comparación de los patrones interaccionales entre ambos grupos se muestran en el Cuadro 1.

Aplicando la prueba de Chi cuadrado se obtiene un valor de 8,404, que es significativo al alfa 0,015, gl. 2. Por lo tanto se puede decir que *hay asociación entre los patrones de interacción y el grupo*.

De los datos se puede inferir que la mayoría de los PI con temores y los adultos significativos “*Se acercan mucho o sobreinvolucran*”. En el grupo control, el patrón con mayor frecuencia es “*Las figuras de autoridad se hétero-descalifican*” o critican entre ellos (padres, madres, hermanos mayores, abuelas, maestros).

4) *No se halló asociación entre los motivos de consulta y los patrones interaccionales*. Esto significa que diversos motivos de consulta pueden aparecer en relación a un mismo patrón interaccional (por ejemplo el temor a ir a la escuela o los terrores nocturnos pueden verse en relación a la “sobreinvolucración PI-Otros significativos”), y viceversa, el mismo motivo de consulta puede aparecer en relación a distintos patrones (por ejemplo, el temor a ir a la escuela aparece en relación a la sobreinvolucración o la hétero-descalificación entre las figuras de autoridad). Esto sucede tanto en la comparación entre el grupo control y el experimental, como dentro de cada grupo.

Gráfico 1. PATRÓN A: PI y otros se sobreinvolucran

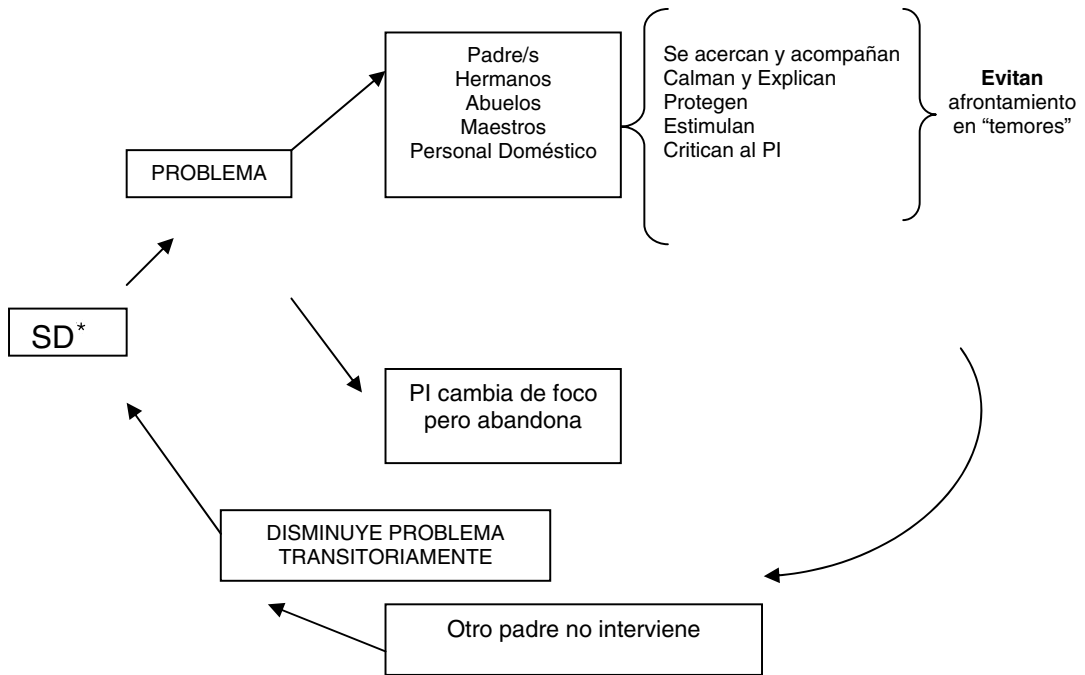
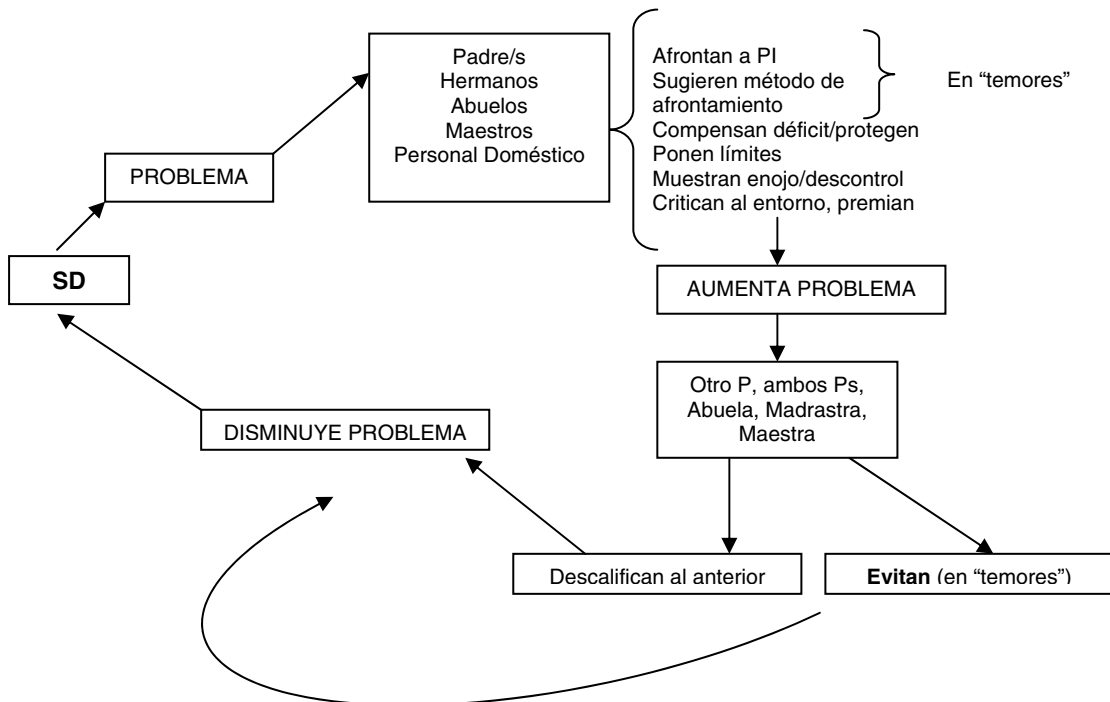
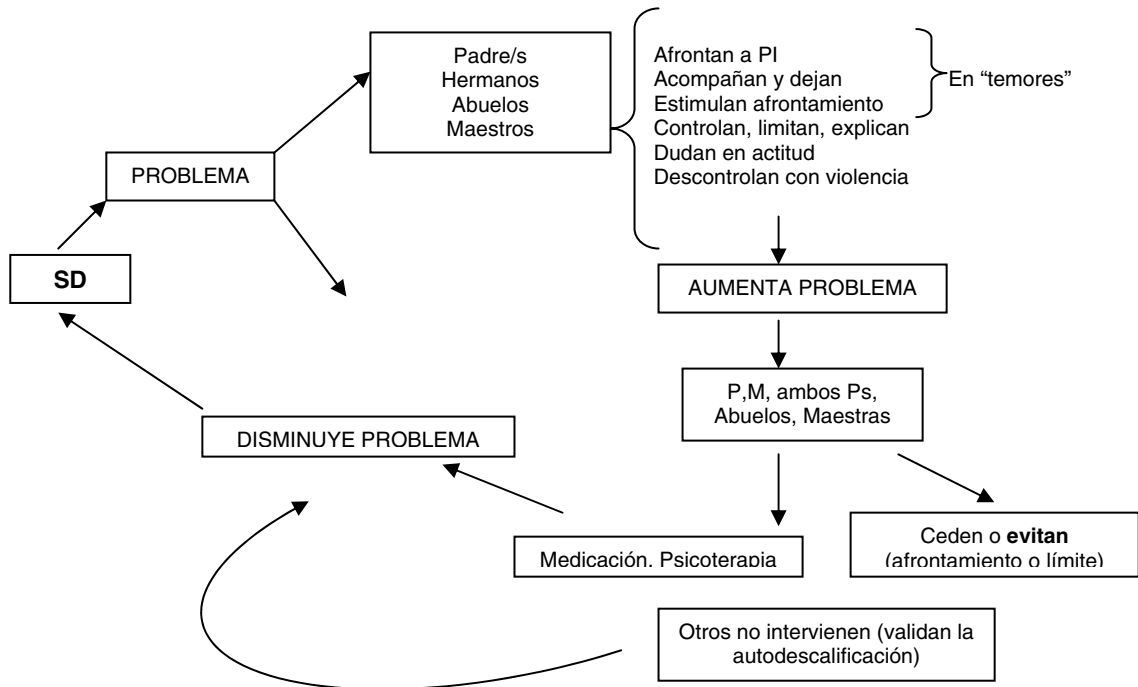


Gráfico 2. PATRÓN B: "Autoridades" se hétero-descalifican



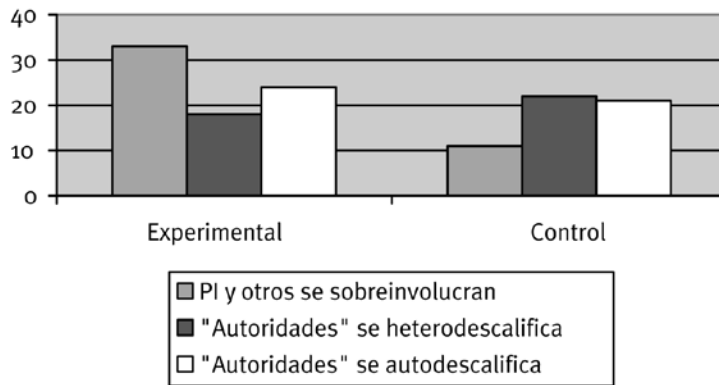
* SD equivale a "Situación Disparadora" del problema

Gráfico 3. PATRÓN C: "Autoridades" se auto-descalifican

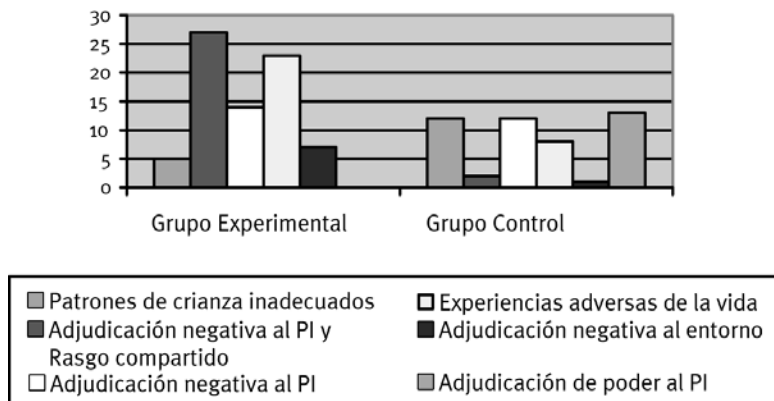


En el 100% de los casos del grupo experimental ("con temores") aparece la conducta de **evitación** de la situación temida por parte del PI y la **convalidación de la evitación** por parte de los "otros significativos" en sus intentos de solución. Esto se manifiesta de manera directa (Patrón A) o secundaria a la hétéro-descalificación (Patrón B) o a la auto-descalificación (Patrón C) por parte de las figuras de aut

Cuadro 1. Relación entre los "patrones interaccionales" del grupo experimental y el grupo control



Cuadro 2. Relación entre las creencias del grupo experimental y el grupo control



3.2 Análisis de las creencias (Objetivo B2)

1) A partir de el análisis de contenido se establecieron las siguientes *categorías de creencias*:

Patrones de crianza inadecuados (falta de cuidado, capacidad o atención por parte de los padres).

Experiencias adversas de la vida (separación de padres, robos, exposición a conflicto conyugal, catástrofes físicas).

Rasgo compartido con otro familiar (ansiedad, sobreinvolucración).

Adjudicación negativa al PI (necesitado de afecto, dependiente, frágil).

Adjudicación negativa al entorno (peligroso, incomprensivo, exigente).

Adjudicación de poder al PI (fuerte, consigue lo que quiere, inmanejable).

Combinaciones de las categorías anteriores.

Los resultados de la comparación en las *creencias* entre ambos grupos se muestran en el siguiente Cuadro 2.

Aplicando la prueba de Chi cuadrado se obtiene un valor de 46,483 que es significativo al alfa 0,000, gl.5. Por lo tanto se puede afirmar que *hay asociación entre las creencias y el grupo*.

Los resultados muestran que la principal creencia del grupo experimental está asociada a *Adjudicación negativa a PI y Rasgo Compartido por otro*

familiar”, seguida por *Experiencias adversas de la vida*”.

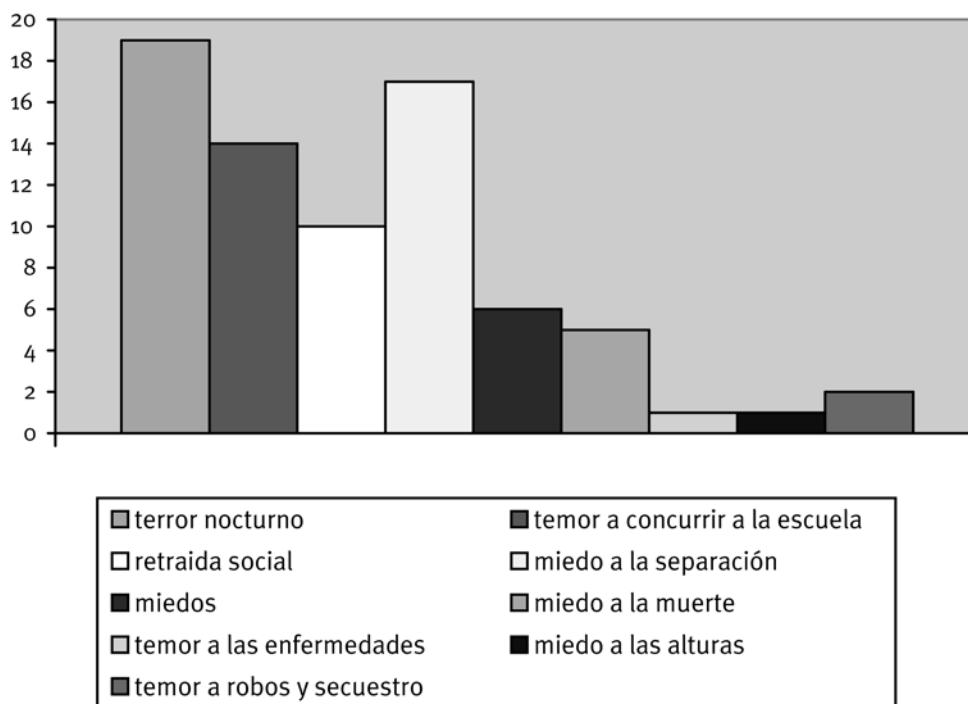
Se puede observar que en el grupo control (“no temores”) la mayoría de las frecuencias se concentra en las categorías *Adjudicación de poder al PI*”, junto a *Patrones de crianza inadecuados*” y *Adjudicación negativa al PI*”.

3) *No hay asociación entre las creencias y los motivos de consulta*. Esto significa que, por ejemplo, la *Adjudicación negativa al PI* puede aparecer en relación al temor a separarse de los adultos como a cualquier otra clase de temor (terrores nocturnos, a las alturas, etc), y en los otros tipos de problemas “no-temores” aparecer en relación a la falta de disciplina o la tristeza, por ejemplo.

3.3 Análisis de la relación entre los patrones interaccionales y las creencias

Los resultados obtenidos del análisis de *la relación entre patrones interaccionales y creencias* muestran que *no hay asociación entre creencias y patrones interaccionales, ni entre los grupos, ni dentro de cada uno de ellos*. Esto significa que una misma creencia puede aparecer en relación a cualquier patrón interaccional (por ejemplo, creer que los modos de crianza son inadecuados puede aparecer en relación a sobre-involucrarse con el PI o a descalificarse entre los adultos), tanto en los problemas “temores” como en los otros “no-temores”.

Cuadro 3. Frecuencias de los tipos de temores disfuncionales



3.4 Análisis de las variables intervinientes

Con respecto a las *variables intervinientes en el grupo experimental* se observan los siguientes resultados:

1) En cuanto a la variable interviniente *sexo de los PI*, el grupo experimental está constituido por 37 (49,3) varones y 38 (50,7) mujeres.

2) El análisis descriptivo del grupo experimental permite observar los siguientes datos referidos a la frecuencia de los *tipos de temores* (Cuadro 3), las *medias de edades* relativas a cada tipo de temor

(Tabla 1), y la relación entre el *sexo del PI* y el *tipo de temor* (Cuadro 4).

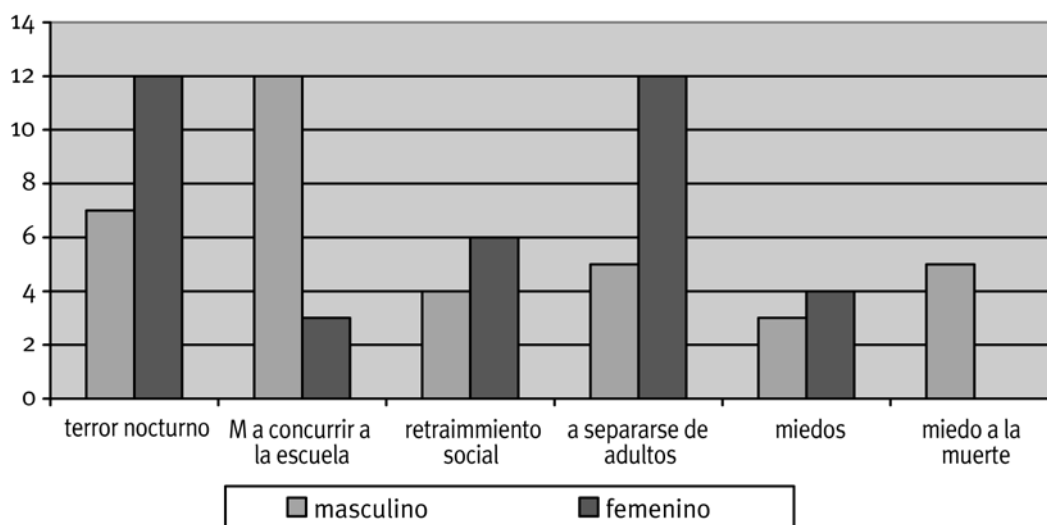
Se analizaron las categorías que concentraban el mayor número de casos.

Aplicando la prueba de Chi cuadrado se obtiene un valor de 17,988 que es significativo al alfa 0,035, gl. 5. Por lo tanto, se puede decir que *hay asociación entre el tipo de temor y el sexo del PI*. En el sexo masculino la mayor frecuencia está dada por el “temor a concurrir a la escuela”, y en el sexo femenino por “el terror nocturno” y “miedo a separarse de los adultos familiares”.

Tabla 1. Medias de edades relativas a los tipos de temores

TIPO DE TEMOR	MEDIA EDAD	FRECUENCIA
terror nocturno	9,74	19
miedo a concurrir escuela	8,50	14
retraimiento social	7,70	10
miedo a separarse	7,06	17
miedos varios	10,83	6
miedo a la muerte	10,25	5
temor a las enfermedades	8,00	1
miedo a las alturas	10,00	1
terror a robos y secuestro	11,00	2

Cuadro 4. Relación entre el sexo del PI y los tipos de temores



4. Conclusiones y discusión

4.1 Conclusiones referidas a los patrones interaccionales

El análisis estadístico comparativo de las muestras estudiadas permitió inferir *asociación entre los patrones interaccionales y los tipos de problemas*.

Claramente la "Tendencia a sobreinvolucrarse o acercarse entre PI y otros" cuando el niño manifiesta un temor disfuncional, muestra una frecuencia y proporción significativamente mayor que en otros tipos de problemas diversos.

Nardone (1997) –en población adulta– había descrito el fenómeno de “sobreprotección” por parte de otros, asociado a la agorafobia. En el campo de la Psicopatología infantil, las conductas equivalentes a la sobreinvolucración/control aquí encontradas, se habían observado como patrones de crianza de riesgo en las ansiedades (Hudson y Rapee, 2002), aunque aparecían también en varios desórdenes psiquiátricos (Dadds y Roth, 2001).

No obstante, ya desde la investigación causal-lineal, se había advertido que, si bien la tendencia a la sobreinvolucración por parte de los padres aparece con base de predisposición genética, también las conductas por parte de los niños permitían predecir dicha sobreprotección (Muris, 2007). Una mirada circular posibilita integrar estos hallazgos previos.

Nos resulta relevante destacar, asimismo, que más allá de esta “tipicidad” de sobreinvolucración mutua, todos los circuitos interaccionales propios de los temores *siempre incluyen la validación o refuerzo por parte de los adultos involucrados, del fenómeno de la evitación manifestada por el niño*. Esto aparece de manera directa (a través del acompañamiento, el intento de calmarlo, la protección y acercamiento), o como producto de la falta de sostenimiento del afrontamiento del PI a la situación temida, sea porque el conflicto entre los adultos lo impide (hétero-descalificación), o porque la misma figura de autoridad que lo intenta no puede sostenerlo (auto-descalificación).

En cuanto a esta cuestión, se hace necesario considerar que los circuitos hallados son complejos e incluyen varias conductas escalonadas en su puesta en acción. Si bien sabemos que “la involucración entre PI-otros” es típica de los temores y “la hétero-descalificación entre las figuras de autoridad” predomina significativamente en los otros problemas, cuál o cuáles de los componentes o eslabones de los circuitos interaccionales será más responsable del mantenimiento del problema a través del tiempo, aún no lo sabemos.

Focalizado sobre los temores disfuncionales, Mowrer (1960) sostenía que la *evitación* era el factor de mantenimiento de las fobias infantiles, porque acarrea alivio transitorio e impide que el niño aprenda que las situaciones percibidas como peligrosas no son dañinas en verdad. Haciendo un análisis sutil de los circuitos interaccionales definidos para los diversos tipos de problemas (“temores” y “no-temores”) parecería que la teoría de Mowrer tiene aside-ro. La sobre-involucración, la hétero-descalificación y la auto-descalificación por parte de las figuras de autoridad, son patrones de interacción que aparecen en relación a todos los problemas, aunque algunos sean predominantes y característicos de ciertos de ellos. *Sólo* la convalidación de los otros de la tendencia a la evitación manifestada por el niño (de manera directa o indirecta) aparece formando parte del circuito auto-perpetuante en los temores disfuncionales.

Esto podría relacionarse, por inferencia, con el mantenimiento de las distorsiones cognitivas a las que aludió Mowrer, y que aparecen presentes en numerosas investigaciones posteriores (Kendall y Mac Donald, 1993; Muris, Melckenbach y Van Spauwen, 2003; Dineen y Hadwin, 2004; Muris et al., 2005).

En conclusión, quizás lo más apropiado sería expresar que: *“el patrón interaccional típico de las familias con temores, es la sobreinvolucración entre niños y padres, que convalidan la evitación a las situaciones temidas manifestada por el niño”*.

4.2 Conclusiones referidas a las creencias

El análisis estadístico de las creencias *muestra asociación entre ellas y el tipo de problema* presentado por el niño (“temores” o “no-temores”).

En el caso de los temores disfuncionales, la frecuencia y proporción claramente resaltante refiere a la categoría *“Adjudicación negativa al PI y rasgo compartido con otro familiar”*. Esta clase involucra la percepción desvalorizada del niño en términos de dependiente, necesitado de afecto, inseguro o frágil, y a la vez, la percepción de que alguno o ambos padres, o hermanos, también son miedosos y tienden a sobre-involucrarse.

Nos resulta interesante observar dos cuestiones atinentes a este dato:

Investigaciones previas en el campo de los temores no han arrojado resultados consistentes cuando se investigó la sola atribución negativa al niño desde los padres, ya que aparecía también en otros tipos de problemas (Muris, 2007). Ratificando este hallazgo en el presente estudio, la *“Adjudicación negativa al PI”*, también se presenta con alta frecuencia en los otros problemas diversos “no-temores”. Pare-

ciera que la atribución de desvalimiento o debilidad al niño, por sí misma, no aparece asociada a ningún problema en particular, pero está presente con relativamente alta frecuencia en todos. Podríamos pensar, con visión interaccional, que esta atribución desde los adultos estimula en general “conductas problemáticas” por parte del niño, y también que un niño, con cualquier tipo de problema, podría estimular una visión deficitaria por parte de los adultos significativos.

Estudios anteriores han sugerido que la ansiedad materna y las fobias paternas son factores de riesgo en las ansiedades infantiles, pero varios autores (Whaley et al, 1999; Hudson y Rapee, 2005; Muris, 2007) han sugerido la necesidad de investigar con mayor profundidad cuánto de estas características paternas podrían estar estimuladas en la interacción niño-padres, sin haber podido atribuir las a la psicopatología parental solamente. Rutter et al. (2000, 2001) habían anticipado que, un niño ansioso podría generar estrés en los padres y estimularles una sensación de amenaza, que a su vez facilitara evitarles a sus hijos las situaciones ansiógenas. Algunos autores (Hudson y Rapee, 2002), han sostenido que la ansiedad de los padres es una variable crucial para definir el grado de sobreinvolucración, estableciendo una conexión entre una variable y la otra.

De los resultados obtenidos en este estudio, integrados a los de investigaciones previas, se desprende que *la consideración de ambas variables conjuntamente (adjudicación negativa y rasgo de ansiedad/sobreinvolucración compartido con otro familiar), y puestas en términos de mutua influencia entre niños-padres, pareciera ser el dato que se vuelve significativo.*

Con respecto a la creencia estadísticamente asociada a los problemas diversos “no-temores” –la “Adjudicación de poder al PI” (fuerte, inmanejable, capaz de conseguir lo que quiere)– también creemos importante adicionar comentarios.

En primer lugar, subrayar que en la clase “no temores” el tipo prevalente de motivo de consulta ha sido la “falta de disciplina general” (no aceptación de normas). Parece coherente que si los adultos perciben a los niños con mucha “fortaleza” personal, y adicionalmente, en una alta proporción de casos perciben que hay patrones inadecuados de crianza parental, los infantes reaccionen con fuerza a las normas, y a los padres se les dificulte disciplinarlos, o simplemente sostener una “regla-solución”.

El segundo comentario se refiere a que, en ningún caso de familias con niños con temores, los padres manifestaron esta creencia respecto al PI. Si bien una prueba de asociación estadística no permite diferenciar cuál de las creencias es la responsable de la diferencia, el que no aparezca ninguna frecuencia

en esta clase parecería hablar de que el poder otorgado al niño es de significativa influencia solamente en otros tipos de problemas, “no temores”, y de especial peso en los problemas de disciplina.

Poniendo en comparación al grupo experimental con el grupo control, y por la distribución de las proporciones halladas, podríamos concluir que los padres y otros adultos significativamente ligados a los niños con temores, tienden a verlos deficitarios y semejantes a ellos en la carencia (también miedosos y sobreinvolucrados) y, adicionalmente, expuestos a experiencias adversas de la vida. En los otros tipos de problemas predomina la percepción de fortaleza y poder del PI en relación a los adultos, quienes además creen ejercer equívocamente sus funciones parentales.

Puesto lo dicho en términos interaccionales, *las creencias sobresalientes desde los adultos en cada uno de los tipos de motivos de consulta (temores y no-temores), se asocian con conductas por parte de los niños que las retro-alimentan y refuerzan.*

4.3 Conclusiones referidas a las relaciones patrones-creencias

Los datos obtenidos muestran que *no hay asociación entre patrones interaccionales y creencias* en la población estudiada, ni tampoco dentro de cada grupo en particular.

Esto significa concretamente, que *las mismas creencias pueden dar lugar a diferentes tipos de patrones o, a la inversa, que un mismo patrón interaccional puede aparecer en relación a diferentes creencias.*

De hecho, el percibir desde los adultos al PI deficitario y con un rasgo de ansiedad o sobreinvolucración compartido con otro familiar (creencia característica del grupo “con temores”), aparece en relación a diversos tipos de patrones: sobre-involucración PI-adultos, auto-descalificación de la figura de autoridad que hace intentos por afrontar al PI con la situación temida, o hétero-descalificación entre las figuras de autoridad. De la misma manera, este patrón de hetero-descalificación entre las figuras de autoridad, típico de las otras clases de problemas, puede verse en relación a la creencia predominante de adjudicar cualidades de poder al PI, como a “patrones de crianza inadecuados” o “adjudicación negativa al PI”.

Este dato, a nuestro modo de entender muy interesante, podría explicarse por la complejidad de variables que juegan en el comportamiento humano. Cuando aparecen temores disfuncionales en los niños, *las particulares interacciones entre ellos y sus adultos significativos, parecen estimular mutuamen-*

te la actualización de también particulares predisposiciones por ambas partes. Los diversos Modelos con enfoque individual han demostrado, desde sus constructos priorizados, diversas variables asociadas a los problemas de ansiedad: vulnerabilidades neuroquímicas, rasgos temperamentales, estilos de apego tempranos, cualidades del funcionamiento cognitivo, patrones de crianza ejercidos, por mencionar las más ampliamente investigadas.

Este hallazgo, fundamentó a priori la Hipótesis de que, “más allá de otros factores intervinientes, hay patrones y creencias...”.

En el campo sistémico específicamente, el estudio de las cualidades de los sistemas abiertos, como la familia, llevó a implementar el término de “equifinalidad”. Este concepto permite expresar, cómo el mismo producto puede provenir de situaciones causales diferentes, y tener más relación con la organización particular de los procesos interaccionales que con las condiciones iniciales (cualidades de personalidad de los miembros componentes).

Integrando este dato a lo expuesto en los debates precedentes, podemos agregar que *si bien hay cierta creencia y cierto patrón típico de las familias con niños con temores (en relación a los observados en otros problemas), dicha creencia no se asocia o “produce” de manera unívoca el patrón interaccional preponderante*. A la inversa, el patrón típico de las familias con esos pacientes: “Sobreinvolucración entre PI-Otros”, puede estar asociado a creencias diversas (experiencias adversas de la vida, patrones de crianza inadecuados, etc) y no sólo a la “Adjudicación negativa al sujeto y el rasgo de ansiedad o sobreinvolucración compartido con otro familiar”.

De todo lo dicho en referencia a este punto, nos resulta también más comprensible la dificultad, a la que aluden todos los investigadores y clínicos dedicados al tema de las ansiedades, cuando se intenta definir qué variables, en qué proporción, y cómo, juegan en la aparición y mantenimiento de los temores disfuncionales.

4.4 Conclusiones referidas a las variables intervinientes

Centrando el análisis en el grupo “con temores”, podemos observar que las frecuencias totales, no muestran diferencias entre niños y niñas. Este dato no condice con investigaciones previas, que sostienen que las mujeres son más miedosas que los varones (Muris y Melkerbach, 2001). Pero es necesario considerar, que dichos estudios fueron realizados en grandes poblaciones no clínicas.

El dato estadísticamente significativo, refiere a la diferencia hallada entre los tipos de temores en

cada sexo: los varones, en relación a las mujeres, presentan una proporción significativamente mayor en el “miedo a concurrir a la escuela”, mientras los “terrores nocturnos” y el “miedo a separarse de los adultos familiares” son más frecuentes en las niñas.

Es probable que haya razones de género y de evolución interviniendo en este resultado. La experiencia clínica nos muestra, repetidamente, que en el temor a concurrir a la escuela juegan numerosos factores ligados a la exposición social, confrontación, y competencia entre pares. Si integramos este dato al promedio de edad (8,5 años), las características evolutivas y de cultura para los varones podrían ayudarnos a explicar esa diferencia. Manteniendo esta lógica de género y etapa evolutiva, en nuestra cultura, las niñas suelen quedar más protegidas y por más tiempo en el contexto de los familiares, con menor entrenamiento para el mundo del afuera. Es probable, por lo tanto, que sus temores se manifiesten prioritariamente en el ámbito privado o al despegarse del familiar.

Las medias de edades en los diversos tipos de temores también difieren de las halladas en poblaciones no clínicas. Cabe suponer que este fenómeno, en nuestro caso, se relaciona con el hecho de que sean consultantes y que, por lo tanto, no se trata de miedos evolutivos y pasajeros.

4.5 Conclusiones generales

Esta investigación clínica nos ha permitido investigar, desde una perspectiva sistémica, aspectos referidos a las interacciones niños-otros significativos en los tradicionalmente llamados miedos, fobias y ansiedades.

Luego de un análisis detenido acerca de estos conceptos, definidos desde Modelos y enfoques diversos en el campo de la investigación y la clínica, hemos propuesto la *meta-definición de “temores disfuncionales”*, en el intento de abarcar el conocimiento disponible hasta el presente acerca de su identidad y naturaleza. Los datos obtenidos en el presente estudio han confirmado que *no hay diferencias significativas en la dinámica relacional entre las diversas clases de temores infantiles*. La diferencia entre los tipos de temores aparece fundamentalmente respecto a la diversidad de situaciones temidas, que son las que permiten especificar los distintos “motivos de consulta”. Esto justificaría, en principio, mantener una clase amplia a la hora de identificarlos como disfuncionalidades, con naturaleza propia y relativa a dicha clase.

A través del análisis estadístico, hemos podido comprobar que el registro de los datos referidos a las creencias y patrones interaccionales, otorgados

por los consultantes, posibilita hacer un “*diagnóstico relacional*” que expresa la dinámica propia de los problemas estudiados. Esto se sustenta en los índices de confiabilidad entre los expertos, obtenidos para el Ítem 12 (Diagnóstico) de la Ficha de Registro Inicial, implementada como instrumento de recolección de datos en la población analizada*.

A continuación, hemos analizado los datos clínicos que permitieron probar la Hipótesis planteada: “*más allá de otros factores intervinientes, siempre existen creencias y patrones interaccionales típicos, retroalimentados entre el niño que manifiesta temores disfuncionales y otros significativamente relacionados con él*”.

La comprobación de esta Hipótesis, por implicancia, permitiría validar empíricamente uno de los supuestos teóricos del *Mental Research Institute*: hay “soluciones ensayadas” repetitivas, que se retroalimentan mutuamente entre el PI y otros significativos en relación a las conductas- problemas.

Pareciera que –como han expresado sus maestros– el circuito interactivo relativo a las conductas/ problemas está disparado por las manifestaciones del niño, y luego se autonomiza de sus condiciones iniciales, repitiéndose cada vez que ellas aparecen, y más allá de cuál haya sido la “causa” originaria.

A la vez, es digno de considerar que los datos hallados en referencia a la influencia interactiva entre el niño y su contexto social inmediato abren la alternativa de otorgar a los temores disfuncionales infantiles una *naturaleza psicosocial*, más allá de la intrapsíquica ampliamente comprobada (de vulnerabilidad genética, cogniciones disfuncionales, aprendizajes maladaptativos, o producto de experiencias negativas en los vínculos tempranos o presentes).

Es dable remarcar que los hallazgos más recientes en el campo de la Psicopatología familiar ya comenzaron a demostrar empíricamente la influencia gene-ambiental, mostrando cómo la interacción entre el niño y los padres puede estimular o inhibir las cualidades genéticas por ambas partes (Rutter, 2000; Rutter et al., 2001). Asimismo, varios investigadores clínicos, han sugerido analizar los fenómenos diádicos en las relaciones niño-adultos en las familias con problemas de ansiedad (Moore et al., 2004; Gar, Hudson y Rapee, 2005). De esta manera, *la mutua influencia* pasaría a ser considerada central en la interpretación de estas disfunciones y su prevención.

La asociación entre “temores manifestados por el niño-respuestas presentes de los otros significativos”, integrada a los hallazgos mencionados, hacen pensar que *la retroalimentación mutua, como estímulo interactivo de las predisposiciones personales*

implícitas tanto en niños como en adultos, es lo que explicaría que el fenómeno de los temores disfuncionales esté presente. En otras palabras, ambos aportes serían necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T.M.; Connors, C.K.; Quay, H.C.; Verhulst, F.C. & Howell, C.T. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/ adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 299-323.
- Ajuriaguerra, J. (1977). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Cuarta Edición. Barcelona: Ed. Masson.
- American Psychiatry Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition-Text Revision (DSM IV-TR)*. Washington, DC.: American Psychiatry Association.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders; the nature and treatment of anxiety and panic*. 2º Ed. New York: Guilford Press.
- Beck, A. & Kendall, P. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: a Cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger*. Vol. 2. New York: Basic Books.
- Casabianca, R. (1995). “Qué vemos en las familias con niños fóbicos”. Investigación presentada al IV Foro Internacional de Investigación en Psicoterapia. Buenos Aires, Argentina.
- Casabianca, R. (2001). “Terapia con niños fóbicos: conversaciones y otras alternativas”. Trabajo presentado al XIII World Congress of Family Therapy. Porto Alegre, Brasil.
- Casabianca, R. & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia: Un registro para el Modelo MRI*. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Chorpita, B.F.; Albano, A.M. & Barlow, D.H. (1998). The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 74-85.

* Al margen de la utilidad que ello puede implicar para el trabajo clínico, también satisface una expectativa presente en el momento inicial de la construcción de las Fichas de Registro del Proceso Terapéutico: posibilitar la investigación.

- Clark, D.; Beck, A. & Alford, B. (1999). *Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Craske, M.G. (2003). *Origin of phobias and anxiety disorders. Why more women than men?*. Oxford: Elsevier.
- Dadds, M.R. & Barrett P.M. (1996). Family processes in child and adolescent anxiety and depression. *Behaviour Change*, 13, 231-239.
- Dadds, M. & Roth, J.H. (2001). Family processes in the development of anxiety disorders. En: M.W. Vasey; M.R.Dadds (Eds.) *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 278-303). New York: Oxford University Press.
- Dineen, K.A. & Hadwin, J.A. (2004). Anxious and depressive symptoms and children's judgements of their own and others' interpretation of ambiguous social scenarios. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 499-513.
- Fish, R.; Weakland, J. & Segal, (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fishkin, S.A.; Rorhbach, L.A. & Andeson-Johnson, C (1997). Correlate of youth's fears of victimization, *Journal of Applied Socail Psychology*, 27, 1601-1616.
- Fraser, M.W. (2004). *Risk and Resilience in Childhood. An ecological Perspective* (2º Ed) Washington DC.: NASW Press.
- Freud, S. (1943). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. Tomo XV. *Historiales clínicos. Obras completas*. Buenos Aires: Ed. Americana.
- Furr, J. J.; Tivari, S.; Suveg, C.; Kendall, P. (2009). Anxiety disorders in children and Adolescents. En M. M. Anthony & M. B. Stein (Eds.) Oxford. Handbook of Anxiety and Related Disorders. New York: Oxford. University Press, pp. 636-656.
- Gar, N.S.; Hudson, J.L. & Rappe, R.M. (2005). Family Factors and the Development of Anxiety Disorders. En: J.L. Hudson & R.M. Rappee (Eds.): *Psychopathology and the Family*, pp. 125-145. Oxford, UK.: Elsevier.
- Hudson, J.L. & Rapee, R.M. (2004). From anxious temperament to disorder: An ethiological model. En: R.G.Heimberg, C.L.Turk & D.S. Mennin (Eds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, pp. 51-76. New York: the Guilford Press.
- Hudson, J.L. & Rapee, R.M. (2005). *Psychopatolgy and the Family*. Oxford, UK.: Elsevier Ltd.
- Kendall, P.C. & MacDonald, J.P. (1993). Cognition in the psychopathology of youth and implications for treatment. En K.S. Dobson & P.C. Kendall (Eds.). *Psychopathology and Cognition*, pp. 387-432. San Diego, C.A.: Academic Press.
- Kendler, K.S. (1996). Parenting: A Genetic-epidemiologic perspective. *American Journal of Psychiatry*, 153, 11-20.
- Marquez López-Mato, A. (2004). *Psiconeuroinmunoendocrinología II*. Buenos Aires: Polemos.
- Mellon, R.; Koliadis, E.A. & Paraskevopoulos, T.D. (2004). Normative development of fears in Greece. Self-reports on the Helenic Fear Survey Schedule for Children. *Journal of Anxiety disorders*, 18, 233-254.
- Minuchin, S. (1984). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Moore, P.S.; Whaley, S.E. & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 471-476.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Muris, P. & Ollendick, T.H. (2005). The Role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology y Review*, 8, 271-289.
- Muris, P.; Melckelbach, H.; Mayer, B. & Meesters, C. (1998). Common fears and their relationship to anxiety disorders symptomatology in normal children. *Personality and Individual Differences*, 24, 575-578.
- Muris, P.; Merckelbach, H. & Van Spauwen, I. (2003). The emotional reasoning heuristic in children. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 261-272.
- Muris, P. (2007). *Normal and Abnormal Fear and Anxiety in Children and Adolescents*. San Diego, CA.: Elsevier Inc.
- Muris, P.; Meesters, C. & Knoop, M. (2005). The relation between gender role orientation and fear and anxiety in non-clinic referred children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 326-332.
- Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Roland, J.S. (2005). Toward a biopsychosocial model for 21st century genetics. *Family Process*, 44 (1), 3-24.
- Rutter, M. (2000). Psychosocial influences: Critiques, findings and research needs. *Development and Psychopathology*, 12, 375-405.
- Rutter, M.; Pickles, A.; Murray, R. & Eaves, L. (2001). Testing hypotheses on specific environmental causal effects on behavior. *Psychological Bulletin*, 127(3), 291-324.
- Sluzki, Carlos (2007). The Interface between Genomics and the Family Field. *Journal of Family Psychotherapy*, 18(1), 1-9.

- Spitz, R.(1950). Anxiety in Infancy: a Study of its Manifestations in the First Year of Life. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 138-143.
- Sutherland, A. & Amit, Z. (1997). *Phobia free*. New York: Stein and Day.
- Trevarthen, C. & Aytken, K.J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 3-48.
- Ungerer, J. & McMahon, C. (2005). Attachment and psychopathology: A lifespan perspective. En: J.L.Hudson; R.M.Rapee (Eds), *Psychopathology and the Family*, pp. 35-54, Oxford: Elsevier.
- Vasta, R.; Haith, Marshall, M. & Miller, Scott A. (1996). *Psicología Infantil*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Wakefield, J. (1992). The concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- Warren, S.L. & Sroufe, L.A. (2004). Developmental issues. En T.H. Ollendick & J.S. March (Eds.). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinical guide to effective psycho-social and pharmacological interventions*, p.p. 92-115. New York: Oxford University Press.
- Wetzel, N.A. (2004). "Walls and Bridges: A review of the issues between biopsychiatry and family systems therapy". Plenary Presentation, 2004. Annual Meeting of the American Family Therapy Academy.
- Whaley, S.E.; Pinto, A. & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wicks, Nelson, R. & ISRAEL, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.

Abstract: This article shows a research made from a systemic point of view. After defining the various types of anxiety in children as "dysfunctional fears", the interactional typical patterns and beliefs present in significant adults as feed-backs related with the problem, are shown.

The outcomes suggest a psycho-social nature of childrens' fears, and the possibility to obtain a "relational diagnostic" in order to select an appropriate treatment.