



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

PREMIO REAL ACADEMIA
DE MEDICINA Y CIRUGIA DE GRANADA
(COMPARTIDO)

**EFICACIA DE LOS
PROCEDIMIENTOS SOFRÓNICOS EN
PSIQUIATRÍA INFANTIL: DOS ESTUDIOS CLÍNICOS**

AQUILINO POLAINO LORENTE

En las líneas que siguen se ofrecen los resultados obtenidos en dos estudios relativos a la psiquiatría infantil sobre el alcance terapéutico de los procedimientos sofrónicos. Obviamente, los resultados aquí obtenidos varían mucho de unas a otras investigaciones, pero en ellas se pone de relieve la relevancia y pertinencia —y, cuando es posible, la eficacia que se ha obtenido— con estos procedimientos en el tratamiento de problemas y alteraciones psicopatológicas infantiles como la enuresis y la tartamudez.

LA INTERVENCIÓN SOFRÓNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENURESIS

Descripción de la muestra

En este trabajo se presenta, lo más brevemente posible, los resultados obtenidos a través de las técnicas de relajación de CAYCEDO en el tratamiento de veinte niños enuréticos (DSM-III-R, APA, 1987).

La muestra en la que hemos obtenido los resultados que más adelante se señalan consistió en un grupo de veinte niños enuréticos, cuya distribución por edad y sexo es la siguiente: 5 niños y 3 niñas de tres años, 3 niños y 3 niñas de cuatro años, 1 niña de cinco años, 1 niño y 2 niñas de seis años y 1 niño y 1 niña de más de seis años.

En función del diagnóstico de enuresis primaria o secundaria, la población estudiada se distribuyó de la forma siguiente: 7 niños y 4 niñas (11) afectadas de enuresis primaria y 3 niños y 6 niñas (9) afectadas de enuresis secundaria. La enuresis primaria es la que se produce en el niño que moja la cama regularmente desde su nacimiento. Por enuresis secundaria se entiende aquellos casos en que después de un período de continencia, el niño vuelve a su anterior estado de incontinencia esfinteriana. De todas formas, pensamos con KOLVIN *et al.* (1973), que esta división es insuficiente aunque, desde otra perspectiva, pueda resultar conveniente tenerla presente.

Entre los niños estudiados pudo evidenciarse la aparición de algunos síntomas psicopatológicos que, asociados a la enuresis, podrían arrojar cierta luz sobre la etiopatogenia de la enfermedad y, a su través, contribuir a explicar la mayor o menor eficacia obtenida por las estrategias de intervención aquí empleadas. Siete de ellos (35%) habían sido diagnosticados de dislexia, cuatro de inmadurez neurofisiológica (20%), dos de infecciones urinarias (10%), dos de ausencia de aprendizaje (20%) y cuatro de trastornos de conducta (20%).

Estos criterios confirman una vez más las tesis de KOLVIN *et al.* (1973), BAKWIN (1973), TORO (1970 y 1992) y YOUNG *et al.* (1973). En nuestra opinión alguno de estos términos diagnósticos resultan demasiado ambiguos e imprecisos.

La distribución de la población estudiada, según la clase social de pertenencia fue la siguiente: 3 de clase social alta, 6 de media y 9 de baja. Estos resultados no nos permiten llegar a ninguna conclusión, por lo reducido de la población estudiada. Sin embargo, hemos podido observar que los niños adscritos a la

clase social media y baja se comportan de idéntica forma en sus manifestaciones, lo que está en desacuerdo con los resultados comunicados por MILLER *et al.* (1989).

Los factores afectivos que entretujan el comportamiento neurótico infantil tienen también aquí, en la enuresis, una gran importancia. Es obvio que los sentimientos de estos niños no son espontáneos, sino reactivos y que se acunan casi siempre en el nacimiento mismo de su enfermedad, motivados probablemente por la respuesta de sus padres en relación con la enuresis.

El denominador común en todos ellos es la angustia. De ahí la justificación, según nuestra hipótesis, de los resultados logrados a través de la aplicación del método de CAYCEDO (relajación simple y dinámica), que intervendría modificando estos sentimientos (vergüenza, inferioridad, culpabilidad y desesperanza).

Estos sentimientos amplifican los estados de tensión, haciendo aun más difícil el control del esquema corporal, especialmente, de los esfínteres. A ellos hay que añadir otros factores cognitivos muy negativos, especialmente el de la infraestima, que pueden alterar profundamente el desarrollo de la personalidad infantil.

En efecto, en nuestra muestra pudimos encontrar la aparición de sentimientos de vergüenza (11 niños), de inferioridad (10 niños), de culpabilidad (12 niños) y de desesperanza (6 niños).

Método

Hemos aplicado en todos los niños el método de sofronización de CAYCEDO. Las pequeñas modificaciones introducidas en los entrenamientos tenían la pretensión de adaptar el método, de una manera personal, a cada enfermo, y fueron las siguientes:

- a. Combatir sistemáticamente cada uno de los síntomas asociados, haciendo de esta forma, un tratamiento sistemático y polisintomático.
- b. Suscitar en los niños afectados por un sentimiento de inferioridad o de vergüenza, a través de refuerzos positivos,

una mayor autoconfianza y una mejora de su autoestima, de modo que fuese más difícil potenciar el autocontrol de sus esfínteres.

- c. Librar a los niños del sentimiento de culpabilidad, al mismo tiempo que se ensanchaba el horizonte de sus posibilidades y la esperanza de superar sus dificultades.
- d. En todos los casos se siguió, simultáneamente una psicoterapia de apoyo a los padres, muchos de los cuales participaban en los entrenamientos, simultáneamente que sus hijos.

La duración del tratamiento ha sido de tres meses, a razón de una sesión por semana y la grabación de un programa específico de relajación, para cada uno de los niños enuréticos, de una duración aproximada de 15 minutos.

Los ejercicios de relajación grabados en las cintas magnetofónicas fueron entrenados dos veces al día.

Resultados

En la Tabla 1 aparecen los resultados obtenidos a través del método de CAYCEDO.

Tabla 1

Resultados obtenidos a través del método de Caycedo

	Actividad enurética		
	Desaparición (Nº)	Disminución (30%)	Frecuencia semana (60%)
A los quince días del tratamiento	3	5	2
Al mes	4	6	4
A los dos meses	8	5	1
A los tres meses	14	3	-

Como puede observarse a los tres meses de comenzar el tratamiento un 70% de los niños no mojan ya la cama, en un 20% ha disminuido la frecuencia de sus micciones nocturnas, y un 10% permanecen rebeldes al tratamiento. En consecuencia con los datos obtenidos, el método se ha mostrado eficaz en un 90% de los casos. De todas formas, no conviene precipitarse a la hora de sacar conclusiones, pues estos resultados deberían ser estables tras el seguimiento oportuno que todavía no hemos realizado.

Y el seguimiento, no se olvide, resulta aquí imprescindible, por cuanto es la única forma de conocer si se han producido o no recidivas, dato este último del que depende, en última instancia, la mayor o menor eficacia de los procedimientos empleados.

Por eso resulta obligado continuar con estas observaciones, durante por lo menos un periodo de seis meses para evaluar, de una manera más rigurosa y definitiva, los resultados aquí obtenidos. Aunque el método de CAYCEDO no se identifique con el "Training autogène" de SCHULTZ (1965), si que participa de la efectividad de las técnicas de relajación aplicadas en el ámbito de la psiquiatría infantil, tal como BUTLER *et al.* (1986), BRAGADO (1983), DOLEYS (1989), FORDHAM *et al.* (1989), y otros muchos vienen aconsejando desde hace más de tres décadas.

Después de los resultados aquí obtenidos no nos atrevemos a asegurar que la enuresis nocturna sea una enfermedad específica, a no ser en aquellos casos en que concurren otras circunstancias, como las expuestas por ZALESKI *et al.* (1973) y RODRIGUEZ SACRISTAN *et al.* (1983).

En la mayoría de los niños, la enuresis infantil es apenas un síntoma asociado o no a ciertas conductas neuróticas. En otros casos, tal vez pueda entenderse como la consecuencia de una alteración emotiva o, simplemente, como un mero trastorno comportamental cuya etiología todavía hoy ignoramos. En consecuencia con todo ello consideramos que la enuresis es un trastorno polietiológico, más que una enfermedad concreta y categorizable.

EFICACIA TERAPÉUTICA DIFERENCIAL DE LOS PROCEDIMIENTOS SOFRÓNICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS ESCOLARES.

El comportamiento fóbico ha estado vinculado desde siempre, de una u otra forma, a la ansiedad. Precisamente por ello, se incluyó este tipo de alteraciones, en las décadas anteriores, en el ámbito de la neurosis fóbica, concepto éste que hoy resulta obsoleto y sin vigencia clínica alguna, habiéndosele excluido, como tal diagnóstico, del DSM-III.

En las investigaciones realizadas, hace ya casi dos décadas, pusimos de manifiesto a través de algunos trabajos empíricos la diferente eficacia en el tratamiento de las fobias escolares entre los procedimientos de relajación, asociados a la desensibilización sistemática en comparación con el entrenamiento en relajación asociado a técnicas de sensibilización progresiva (POLAINO-LORENTE, 1975).

El trabajo que nos proponemos ahora ofrecer consiste en verificar cuál de los dos procedimientos siguientes es más eficaz en el tratamiento de las fobias escolares: el procedimiento sofrónico aislado, o el procedimiento sofrónico asociado a terapia de desensibilización imaginaria.

A fin de poder comparar también los resultados que ahora obtengamos con los obtenidos en 1975, hemos tratado de hacer un diseño que, en su mayor parte, resulta análogo al que trabajamos entonces.

Muestra y procedimientos

La muestra que hemos empleado para este último trabajo se compone de 20 niños, cuyas edades están comprendidas también entre 6 y 10 años, distribuidos aleatoriamente en dos grupos. Los niños del primer grupo (que llamaremos A), fueron sometidos sólo a trabajo con terapia sofrónica y desensibilización imaginaria.

La distribución de la muestra, según el sexo, fue aquí igual que allí: 14 niñas frente a 6 niños. Para una mayor información

sobre el procedimiento aquí seguido confrontar POLAINO-LORENTE (1975).

Para el estudio de los pacientes nos servimos —ahora igual que entonces— de los siguientes procedimientos: historia clínica, en la que se valoró cuantitativamente la sintomatología fóbica concomitante: un inventario para la cuantificación de la intensidad del comportamiento fóbico; análisis de la conducta fóbica durante la presentación imaginaria de las situaciones y circunstancias en las que cada niño manifestaba su problema; y evaluación de la conducta fóbica a través de cuestionarios administrativos a padres y profesores.

A través de las informaciones así obtenidas se construyó también un inventario jerarquizado de los estímulos fóbicos, según la gravedad de la sintomatología experimentada (duración, frecuencia e intensidad).

Ambos grupos, el A y el B, fueron sometidos a entrenamiento a través de procedimientos sofrónicos. Las diferencias del entrenamiento consistieron en que en el grupo A sólo se entrenó en terapia sofrónica, mientras el grupo B fue sometido simultáneamente a terapia sofrónica y a desensibilización imaginaria.

En ambos grupos se intensificó y focalizó el entrenamiento en aquellas áreas del esquema corporal que, probablemente por ser más vulnerables, manifestaban mejor los trastornos fóbicos, es decir, allí donde la expresión de la sintomatología fóbica era más manifiesta. En cualquier caso, siempre se tuvo presente para estos entrenamientos, la especificidad de la sintomatología y sus manifestaciones específicas en cada niño. Esto quiere decir que cada niño fue entrenado con un procedimiento específico *ad ca-sum*, de manera que el procedimiento seguido se ajustaba al máximo a sus condiciones, en función de los datos obtenidos en la evaluación previa, de acuerdo con la intensidad, frecuencia y duración de sus manifestaciones fóbicas reactivas a las situaciones contextuales suscitadoras.

Los estímulos fóbicos que constituyeron el inventario con el cual se entrenó al grupo A estaba constituido por los ítems —aleatori-

zados y no jerarquizados— de las situaciones fóbicas que suscitaban en vivo esas conductas de ansiedad.

En el entrenamiento del grupo B, de desensibilización imaginaria, se tuvo en cuenta además los siguientes principios:

1. Intensificar el entrenamiento en relajación para cada ítem, en relación con la intensidad, frecuencia y duración de la respuesta fóbica.
2. Intensificar el entrenamiento en relajación para cada ítem, en función del tiempo en que se demoraba la extinción/superación de la conducta fóbica conflictiva.
3. No pasar, en el entrenamiento, de un ítem al siguiente hasta no haber superado completamente el primero. Se entiende aquí que un ítem fóbico se ha superado, cuando el sujeto no asocia ya ninguna respuesta de ansiedad a la presentación del estímulo imaginario.
4. Administración de un estímulo verbal reforzante (palabras de aprobación y otros refuerzos verbales positivos), tras haber tolerado la presentación del estímulo fóbico sin que se manifestara la conducta fóbica. El refuerzo se administraba de forma contingente a la emisión de la respuesta apropiada.

Para la evaluación de la eficacia se obtuvieron también las medidas siguientes:

- a. Evaluación de la frecuencia y duración de la presentación imaginaria de la estimulación fóbica.
- b. Duración de los intervalos de relajación entre la presentación de una y otra de las secuencias correspondientes a los ítems fóbicos imaginarios.
- c. Frecuencia y número de situaciones fóbicas presentadas en las que fue entrenado el niño durante cada sesión de tratamiento.
- d. Registro de las respuestas emitidas por el niño en cada período de entrenamiento.

- e. Número de intentos que es preciso realizar, durante el entrenamiento, hasta tolerar la exposición de cada uno de los ítems entrenados.
- f. Número de estimulaciones fóbicas a que ha sido expuesto en cada sesión de entrenamiento.
- g. Frecuencia de las contingencias o refuerzos positivos administrados en cada sesión.
- h. Frecuencia de las focalizaciones realizadas en las diversas áreas corporales para intensificar, profundizar o extender el efecto de la sofronización.

Todas las sesiones de entrenamiento, tanto en el grupo A como en el B, tuvieron una duración de treinta minutos. Los ejercicios eran además grabados en una cassette, que el alumno debía entrenar en casa, según un programa previamente establecido, dos veces al día durante una semana.

El tratamiento completo se prolongó por espacio de cuatro semanas. Ambos grupos fueron sometidos a evaluación durante un seguimiento de seis meses, una vez que se habían concluido las intervenciones y entrenamientos.

En lo que respecta a la presentación de estímulos fóbicos imaginarios, los parámetros que se han tenido en cuenta son los siguientes:

- Duración de la exposición del ítem fóbico (15 segundos).
- Frecuencia de la exposición (cada 3 minutos de entrenamiento).
- Intensidad de la exposición, en función de cual fuera la escala jerárquica de la intensidad de cada ítem para cada niño.
- Número de estímulos fóbicos presentados por sesión de entrenamiento.

Se consideró que un ítem presentado en situación imaginaria estaba superado cuando, tras su presentación durante diez veces

consecutivas, el niño no manifestaba ninguna reacción de ansiedad. En estas condiciones se admitió la extinción de la respuesta fóbica a ese ítem.

Resultados

El análisis de los resultados es el siguiente:

Los procedimientos sofrónicos unidos a procedimientos de desensibilización imaginaria en el tratamiento de las fobias se mostraron con una eficacia significativamente superior a las intervenciones en que sólo se trabajó con procedimientos sofrónicos.

El grupo B obtuvo mejores resultados generales que el grupo A. Sin embargo, esta afirmación habría que matizarla.

En efecto, si analizamos la frecuencia de las medias de las exposiciones a la extinción de las conductas fóbicas en uno y otro grupo, los resultados fueron los siguientes: Durante el primer mes de tratamiento las medias obtenidas por el grupo A fueron de 2.7 frente a las medias obtenidas en el grupo B, que fueron 3.2.

Ese resultado se invierte en el segundo mes de entrenamiento. En este periodo, el grupo A obtuvo una media de 4.9 frente al grupo B, en el que se obtuvo una media de 3.7. Durante el tercer mes de entrenamiento los resultados se hacen consistentes y estables respecto del segundo.

Y, por último, en el cuarto mes de entrenamiento, los resultados se diferencian significativamente entre uno y otro grupo. En el grupo A el promedio de extinciones es de 7.1, frente al grupo B que es de 8.3. Esto quiere decir que, según nuestros resultados, inicialmente los procedimientos sofrónicos aislados pueden ser más efectivos en la extinción del comportamiento fóbico infantil que los procedimientos sofrónicos asociados a terapia de desensibilización imaginaria.

Discusión

Disponemos de una hipótesis explicativa de cuales puedan ser los mecanismos intervinientes, de manera que puedan justificarse los resultados aquí obtenidos. Ciertamente que los procedimientos sofrónicos asociados a terapia de desensibilización imaginaria resultan significativamente más eficaces que el empleo de los procedimientos sofrónicos aislados.

Probablemente esa eficacia sea mayor no sólo porque extinga antes los síntomas fóbicos a través del procedimiento de condicionamiento que conlleva, sino también porque los procedimientos sofrónicos asociados a la terapia de desensibilización imaginaria tienen un papel decisivo en la implantación de nuevas conductas. Esto quiere decir que, probablemente, la desensibilización sistemática imaginaria unida a los procedimientos sofrónicos extinguirían más rápidamente, en primer lugar, las fobias escolares que sólo los procedimientos sofrónicos. Pero a esto habría que añadir un segundo factor, y es que la sofronización implementaría la extinción conseguida por la desensibilización imaginaria.

Dicho de otra manera: la asociación de la sofronización y de la desensibilización imaginaria contribuiría más fácilmente a implantar nuevas conductas adaptativas en los escolares, una vez extinguida la fobia, lo que les permitiría una más rápida adaptación al ámbito escolar que, presumiblemente, haría más estable y consistente la extinción de la conducta fóbica.

Por otra parte, el empleo sólo de los procedimientos sofrónicos conseguiría motivar más al alumno y extinguir parcialmente sus fobias escolares, pero sería menos eficaz, porque la extinción de la fobia es más difícil, al no haberse empleado un procedimiento tan específico como es la desensibilización imaginaria.

Es posible también que la asociación de desensibilización imaginaria y de los procedimientos sofrónicos haga que ese efecto sea más eficaz, gracias a su intervención a nivel de la esfera

cognitiva y que, en consecuencia, genere una mayor adaptación del niño a la escuela, una vez que se ha extinguido su comportamiento fóbico.

Por otra parte, los niños de ambos grupos han sido seguidos durante seis meses, llegándose a la conclusión de que los resultados obtenidos se mantienen mejor en el grupo en el que se utilizó procedimientos sofrónicos asociados a la desensibilización imaginaria.

Este resultado nos autorizaría a hacer la siguiente interpretación: que la asociación entre procedimientos sofrónicos y sensibilización imaginaria actuaría a través de un modelo de contracondicionamiento. Por otra parte, el hecho de que los resultados obtenidos se mantengan durante un periodo de seis meses (comprobado mediante el seguimiento), admite la hipótesis acerca de la posibilidad de que la generalización del efecto conseguido sea más estable y consistente cuando se emplean técnicas integradas que cuando sólo se interviene a través de procedimientos más simples y de forma aislada.

En fin, la conclusión que puede aquí ofrecerse es que los procedimientos sofrónicos asociados a desensibilización imaginaria generan una eficacia terapéutica mayor —tanto a corto como a medio plazo— que el empleo aislado o independiente de los procedimientos sofrónicos.

En consecuencia con ello, puede afirmarse que los procedimientos sofrónicos pueden y deben vincularse —cuando esté indicado— en un paquete de intervención mixta, asociándose a los procedimientos operantes y las terapias cognitivas. Esa asociación pone de manifiesto, una vez más, que ambos procedimientos son viables y que su asociación en la intervención clínica —en forma de programas integrados— puede resultar más eficaz para la extinción de la conducta fóbica y la optimización de la adaptación escolar.

De aquí también, que los procedimientos sofrónicos puedan entenderse mejor como estrategias de intervención cuya explica-

ción última estaría a mitad de camino entre el condicionamiento operante y la terapia cognitiva, como ya adelantábamos hace casi veinte años (POLAINO-LORENTE, 1977).

En cualquier caso, se pone de manifiesto que la relajación es una estrategia esencial para el éxito de la desensibilización imaginaria, como DRAGMAN (1959) ya había demostrado hace más de 30 años. La relajación es un procedimiento que resulta insustituible en el paradigma de la desensibilización imaginaria, como también DAVISON (1961) sostuvo, ya que a través de estas estrategias de intervención se suscitaba una respuesta antagónica a las respuestas de ansiedad.

Y es que como sostiene GUIRAO (1976), "basta una simple relajación con liberación suave del exterior y encontramos nuestros músculos vivos a los que estimulamos y con los que dialogamos; un poco más y sentimos el latir de nuestros órganos, el calor de nuestra sangre y el peso de nuestros segmentos corporales; aun más y hablamos a nuestros sentimientos, buscando en nuestro pasado y programando nuestro futuro corporalizando nuestra meditación. Efectivamente, nuestra atención, que ordinariamente sólo encuentra motivos conductuales en nuestro exigente ambiente, se convierte en introspección que recorre los planos o estratos de nuestro cuerpo; los métodos de relajación y entrenamiento sofrológicos hacen que nuestra consciencia advierta y se recree en el mensaje de nuestros músculos activos primero, y, más tarde, aprenda las primeras letras de un lenguaje visceral para, finalmente, dirigir su propio mensaje fortalecedor a nuestro estrato afectivo y de los sentimientos".

Por último, otra cuestión también relevante son los resultados obtenidos en otros ámbitos comportamentales que directa o indirectamente, están implicados con las fobias escolares y que también se evaluaron. Me refiero, claro está, a la modificación de otros determinantes fóbicos que, implicados con la conducta de evitación de la escuela, no obstante, fueron aquí evaluados independientemente. Este es el caso de la inseguridad experimentada por los niños fóbicos y la reputación social que cada uno de ellos tenía en el contexto del aula.

Pues bien, en ambos parámetros resultó ser también más eficaz la modificación cuando se emplearon los procedimientos sofrónicos asociados a la desensibilización imaginaria. En el caso de la inseguridad, en una escala de 0 a 10 puntos, el promedio del grupo tratado con procedimiento sofrónico más desensibilización imaginaria se modificó al cabo de tres meses de intervención desde 8 a 3 puntos. Por contra, en el grupo en el que solamente se trabajó con procedimientos sofrónicos, la modificación fue de 8.3 a 4.2 puntos.

En el otro parámetro, antes considerado, el de la reputación social, las puntuaciones obtenidas a través de los promedios de la evaluación de los compañeros en lo que se refiere a la aceptación social del niño fóbico, las valoraciones no fueron tan significativas. Los niños tratados con procedimientos sofrónicos asociados a desensibilización imaginaria fueron mejor aceptados en la evaluación de sus compañeros, al cabo de tres meses, que los niños fóbicos tratados únicamente con procedimientos sofrónicos. Sin embargo, las diferencias entre uno y otro no fueron aquí significativas.

En los niños tratados con procedimientos sofrónicos asociados a la desensibilización imaginaria pasaron de tener un promedio de aceptación, al cabo de tres meses de tratamiento, de 4 puntos (en una escala de 10) a 6.7 puntos. Por el contrario, el grupo de niños fóbicos tratados con sólo procedimientos sofrónicos pasaron de 4.2 a 6.7.

No disponemos de una explicación de suficiente alcance para dar cuenta de este resultado. Sin embargo, si que puede inferirse de los resultados obtenidos por ambos grupos, que las diferencias no fueron aquí significativas. Por eso, la explicación que nos parece más plausible podría consistir en que al no intervenir los procedimientos empleados en el grupo A sobre la evaluación por los compañeros de clase, sino directamente sobre los niños afectados de fobias escolares, los resultados naturalmente no son tan expresivos. De hecho, la valoración que hacen los compañeros de clase, la hacen muy probablemente en función de la percepción de la conducta del niño fóbico. Por eso, al mejorar la conducta del niño fóbico probablemente se incrementa y se enriquece la aceptación por parte de sus compañeros.

Sin embargo, las variaciones experimentadas por la conducta fóbica no son tan puntuales y rápidas en manifestarse, por lo que aun siendo eficaces tardarían más en modificar la percepción de sus compañeros. En consecuencia, las diferencias en este punto, en cuanto aceptación social, no son tan relevantes. Sí lo son, en cambio, las diferencias respecto de la inseguridad. Pero la inseguridad ha sido evaluada a través de autoinformes de los propios niños fóbicos y lógicamente, el modo en que las consecuencias se diferencian en uno y otro grupo, de acuerdo con los procedimientos empleados, son más relevantes ya que inciden pronta y específicamente sobre el niño fóbico, que es quien cumplimenta el autoinforme acerca de su inseguridad personal.

Desde el punto de vista de las recaídas en las fobias escolares, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, a no ser que, en dos niños del grupo A, durante el periodo de seguimiento, hubo una recaída. En un caso se produjo ésta al cabo de dos meses de dar por terminado el tratamiento; en el otro niño apareció a los cuatro meses y medio de haberse terminado el tratamiento. En este último, se concitaron algunas circunstancias que podrían dar razón de esa recaída. Por contra, en el grupo B, al menos durante el periodo de seguimiento de seis meses no se produjo ninguna recaída.

Este dato es también convergente con los obtenidos anteriormente, respecto de la eficacia terapéutica diferencial de los procedimientos aquí empleados. En todo caso, como conclusión final de este trabajo, hay que afirmar que los procedimientos sofrónicos unidos a la desensibilización imaginaria se muestran, según demuestran nuestros resultados, como un procedimiento significativamente más eficaz, que el empleo aislado de sólo los procedimientos sofrónicos.

Nota: Bibliografía a disposición de quien la solicite y puede encontrarse en el manuscrito del trabajo presentado.