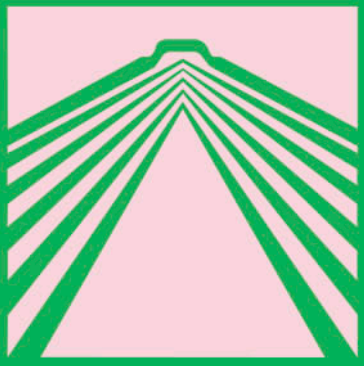
TERAPIA PSICOLÓGICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Estudio de casos clínicos

Francisco Xavier Méndez Carrillo
José Pedro Espada Sánchez
Mireia Orgilés Amorós
(Coordinadores)



PSICOLOGÍA PIRÁMIDE

TERAPIA PSICOLÓGICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Estudio de casos clínicos

Coordinadores

FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ CARRILLO

CATEDRÁTICO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO
DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

JOSÉ PEDRO ESPADA SÁNCHEZ **MIREIA ORGILÉS AMORÓS**

PROFESORES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD
DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

TERAPIA PSICOLÓGICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Estudio de casos clínicos

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:
Francisco J. Labrador
Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Francisco Xavier Méndez Carrillo, José Pedro Espada Sánchez y Mireia Orgilés Amorós (coords.), 2018
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2018
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN: 978-84-368-3974-6

Relación de autores

Sergi Ballespí Sola
Universitat Autònoma de Barcelona

Rafael Ballester Arnal
Universitat Jaume I

Rosa María Baños Rivera
Universitat de València

Carmen Borrás Sansaloni
Universitat de les Illes Balears

Cristina Botella Arbona
Universitat Jaume I

Carmen Bragado Álvarez
Universidad Complutense de Madrid

Ana Calero Elvira
Universidad Autónoma de Madrid

Pilar Cobos Álvarez
Universidad de Málaga

Edelmira Domènech Llaberia
Universitat Autònoma de Barcelona

Enrique Echeburúa Odriozola
Universidad del País Vasco

José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández. Elche

Sonia Fabregat Prats
Universitat Jaume I

María Xesús Froján Parga
Universidad Autónoma de Madrid

Luis Joaquín García-López
Universidad de Jaén

Aurora Gavino Lázaro
Universidad de Málaga

Cristina Guerricaechevarría
Universidad del País Vasco

Laura Hernangómez Criado
Universidad Complutense de Madrid

M.ª Claustre Jané Ballabriga
Universitat Autònoma de Barcelona

José Heliodoro Marco Salvador
Centro Clínico PREVI

M.ª Pilar Martínez Narváez-Cabeza de Vaca
Universidad de Granada

Francisco Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia

Elena Miró Morales
Universidad de Granada

© Ediciones Pirámide

Montserrat Montaño Fidalgo
Universidad Autónoma de Madrid

Inmaculada Moreno García
Universidad de Sevilla

José Olivares Rodríguez
Universidad de Murcia

Mireia Orgilés Amorós
Universidad Miguel Hernández. Elche

Juan Manuel Ortigosa Quiles
Universidad de Murcia

Carmen Pastor Gimeno
Centro de Terapia de Conducta. Valencia

Francisco Javier Pérez Pareja
Universitat de les Illes Balears

Conxa Perpiñá Tordera
Universitat de València

José Antonio Piqueras Rodríguez
Universidad de Murcia

Joaquim Puntí i Vidal
Universitat Autònoma de Barcelona

Rosa María Raich i Escursell
Universitat Autònoma de Barcelona

Pablo Romero Sanchiz
Universidad de Málaga

Ana Isabel Rosa Alcázar
Universidad de Murcia

David Sánchez Carracedo
Universitat Autònoma de Barcelona

Raquel Sánchez García
Universidad de Murcia

Ana Isabel Sánchez Gómez
Universidad de Granada

José Luis Santos Ruiz
Complejo Asistencial Benito Menni
(Ciempozuelos, Madrid)

Juan Sevillá Gascó
Centro de Terapia de Conducta. Valencia.

Beatriz Terrassa Blázquez
Universitat de les Illes Balears

© Ediciones Pirámide

Índice

Prólogo 19

1. Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad por medio de los padres *(Francisco Xavier Méndez, Mireia Orgilés y José Pedro Espada)* 23

1. La fobia a la oscuridad en la infancia 23
   1.1. ¿Miedo o fobia a la oscuridad? 23
   1.2. Evaluación de la fobia a la oscuridad 25
   1.3. Tratamiento de la fobia a la oscuridad 26
   1.4. Terapia de juego 27
2. La fobia a la oscuridad de Andrés 28
   2.1. Primera semana: entrevista de recepción e inicio de la evaluación 28
   2.2. Segunda semana: conclusión de la evaluación inicial y entrevista de devolución 30
   2.3. Tercera semana: biblioterapia conductual 32
   2.4. Cuarta semana: capítulos 1-3 del cuento y juegos 1-2 para la oscuridad 32
   2.5. Quinta semana: capítulos 4-6 del cuento y juegos 3-5 para la oscuridad 33
   2.6. Sexta semana: capítulos 7-9 del cuento y juegos 6-8 para la oscuridad 35
   2.7. Séptima semana: capítulos 10-12 del cuento y juegos 9-10 para la oscuridad 35
   2.8. Octava semana: valoración del tratamiento y alta terapéutica 36
   2.9. Seguimientos y conclusión 37

Actividades prácticas 38
Referencias bibliográficas 38
Apéndices 40
   Escala de miedo a la oscuridad 40
   Prueba de actuación en la oscuridad 42
   Prueba de aproximación conductual 44
   Registro a la hora de dormir 45
   Inventario de miedo a la oscuridad 46

2. Tratamiento del miedo a los animales pequeños por medio de realidad virtual *(Cristina Botella, Rosa María Baños y Sonia Fabregat)* 49

1. Descripción general del problema 49

© Ediciones Pirámide

2. Descripción de los casos clínicos 51
2.1. Datos de identificación de los pacientes 51
2.2. El problema de Victoria 51
2.3. El problema de Alberto 52
2.4. La evaluación 52
2.5. Tratamiento 54
2.6. Resultados 57
Actividades prácticas 63
Referencias bibliográficas 65

3. Tratamiento de un niño con mutismo selectivo *(José Olivares, Ana Isabel Rosa, José Antonio Piqueras y Raquel Sánchez)* 67

1. Descripción general del trastorno 67
1.1. Delimitación del trastorno 67
1.2. Datos epidemiológicos 68
1.3. Modelos explicativos 69
1.4. Los tratamientos 69
2. Descripción del caso 70
2.1. Identificación del caso 70
2.2. Motivo de la consulta 70
2.3. Historia del problema 70
2.4. Repercusiones negativas 70
2.5. Evaluación 71
2.5.1. Selección de instrumentos de evaluación 71
2.5.2. Análisis topográfico 72
2.5.3. Análisis funcional 72
2.5.4. Formulación de objetivos 73
2.6. Tratamiento 73
2.7. Resultados y seguimiento 78
2.8. Conclusiones 79
Actividades prácticas 80
Referencias bibliográficas 81

4. Tratamiento de un adolescente con fobia social *(Carmen Pastor y Juan Sevillá)* 85

1. Descripción general del trastorno 85
2. Presentación de un caso clínico de fobia social en un adolescente 86
2.1. Identificación del sujeto 86
2.2. Motivo de consulta 87
2.3. Historia del problema 87
2.4. Análisis topográfico 88
2.5. Análisis funcional 89
2.5.1. Variable estimular 89
2.5.2. Respuesta 89
2.5.3. Consecuencia 90
2.6. Hipótesis explicativa 91
2.7. Repercusiones negativas 92
2.8. Selección de los instrumentos de evaluación 92
2.8.1. La entrevista 92

© Ediciones Pirámide

2.8.2. Observación 92
2.8.3. Autoobservación y autorregistro 93
2.8.4. Cuestionarios 93
2.9. Técnicas de tratamiento 93
2.9.1. Terapia cognitiva 93
2.9.2. Experimentos conductuales y exposición 99
2.9.3. Entrenamiento en habilidades asertivas 101
2.10. Resultados 101
Actividades prácticas 103
Referencias bibliográficas 104

5. Tratamiento de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada *(José Olivares, Ana Isabel Rosa, Luis Joaquín García-López)* 105

1. Descripción general del trastorno 105
2. Presentación del caso clínico 107
2.1. Identificación del paciente 107
2.2. Motivo de la consulta 107
2.3. Historia del problema 108
2.4. Evaluación del caso 108
2.4.1. Valoración de la intensidad, grado de severidad o exceso de las preocupaciones 108
2.4.2. Valoración de la dificultad para detener o controlar las preocupaciones 109
2.4.3. Valoración de la interferencia 111
2.4.3. Valoración de las expectativas de cambio 112
2.5. Análisis topográfico 112
2.6. Análisis funcional 112
2.7. Repercusiones negativas 113
2.8. Aplicación del tratamiento 113
2.9. Resultados y discusión 118
Actividades prácticas 122
Referencias bibliográficas 124
Apéndices 127
Escala de expectativas de cambio 127
Guía rápida para identificar pensamientos irracionales negativos 128
Registro de actividades de ocio y tiempo libre 129
Registro de la exposición a fuentes generadoras de preocupación desadaptativa 130

6. Tratamiento de un trastorno obsesivo-compulsivo en un adolescente *(Juan Sevillá y Carmen Pastor)* 131

1. ¿Qué es el trastorno obsesivo-compulsivo? 131
2. Terapia de conducta y trastorno obsesivo-compulsivo 133
3. El trastorno obsesivo-compulsivo en niños 134
4. Presentación del caso 135
4.1. Identificación del cliente 135
4.2. Motivo de consulta 135
4.3. Historia del problema 136

© Ediciones Pirámide

4.4. Análisis topográfico del problema 136
4.5. Análisis funcional del problema 136
4.6. Hipótesis explicativa 137
4.7. Repercusiones negativas 138
4.8. Métodos de evaluación 139
4.9. Tratamiento 141
4.10. Resultados y seguimiento 147
Actividades prácticas 151
Referencias bibliográficas 151

7. Tratamiento psicológico de un caso de estrés postraumático en una adolescente víctima de una guerra y agresión sexual mediante práctica psicológica basada en pruebas *(Joaquim Puntí, David Sánchez y Rosa María Raich)* 153

1. Descripción general del trastorno de estrés postraumático 153
2. Presentación del caso clínico 156
2.1. La tragedia de una guerra 156
2.2. Antecedentes biográficos 157
2.3. Motivo de consulta 157
2.4. Instrumentos de evaluación utilizados 158
2.5. Diagnóstico clínico y análisis funcional 159
2.6. Descripción del proceso de intervención 160
2.7. Objetivos terapéuticos 162
2.8. Tratamiento y técnicas de intervención 162
2.9. Resultados y evolución 165
2.10. Cuestiones clínicas de interés 167
Actividades prácticas 169
Referencias bibliográficas 170

8. Tratamiento psicológico de un caso de celos infantiles *(Ana Isabel Rosa, José Olivares y Raquel Sánchez)* 173

1. Descripción general del problema 173
1.1. Caracterización clínica 173
1.2. Etiología 174
1.3. Epidemiología 175
1.4. Evaluación 175
1.5. Tratamientos 178
2. Presentación del caso clínico 178
2.1. Identificación del paciente 178
2.2. Motivo de la consulta 179
2.3. Historia del problema 179
2.4. Análisis topográfico 180
2.5. Análisis funcional 180
2.6. Repercusiones negativas 182
2.7. Selección de instrumentos de evaluación 182
2.8. Técnicas de tratamiento 183
2.9. Resultados de la intervención y seguimiento 186
Actividades prácticas 187

© Ediciones Pirámide

Referencias bibliográficas 187
Apéndices 189
Escala de valoración de la conducta en niños 189
Cuestionario para valorar los conocimientos de los padres respecto de los principios que rigen el comportamiento de sus hijos 192

9. Tratamiento psicológico de un caso infantil de depresión mayor *(Francisco Xavier Méndez, Jose Pedro Espada y Mireia Orgilés)* 195

1. La depresión en la infancia y adolescencia 195
   1.1. Caracterización clínica 195
   1.2. Etiología 196
   1.3. Epidemiología 196
   1.4. Evaluación y tratamientos recomendados 197
2. Presentación del caso clínico 198
   2.1. Identificación del paciente 198
   2.2. Motivo de consulta 198
   2.3. Evaluación 198
      2.3.1. Entrevistas 198
      2.3.2. Autoinformes 200
      2.3.3. Observación y autoobservación 200
   2.4. Tratamiento 202
      2.4.1. Objetivos del tratamiento 202
      2.4.2. Aplicación de las técnicas de intervención 203
      2.4.3. Resultados y discusión 210

Actividades prácticas 213
Referencias bibliográficas 213

10. Tratamiento psicológico en un caso de pesadillas *(Ana Isabel Sánchez, M.ª Pilar Martínez y Elena Miró)* 215

1. Descripción general del trastorno 215
   1.1. Caracterización clínica 215
   1.2. Etiología 216
   1.3. Epidemiología 216
   1.4. Evaluación 216
   1.5. Tratamiento 217
2. Presentación del caso clínico 218
   2.1. Identificación del paciente 218
   2.2. Motivo de consulta 218
   2.3. Historia del problema 219
   2.4. Áreas de vida: familiar, escolar, social y ocio 220
   2.5. Análisis funcional 220
   2.6. Repercusiones negativas 221
   2.7. Selección de los instrumentos de evaluación 222
      2.7.1. Entrevista 222
      2.7.2. Autorregistros 222
      2.7.3. Cuestionarios de autoinforme 223
   2.8. Aplicación de las técnicas de tratamiento 224
      2.8.1. Fase educativa 225

© Ediciones Pirámide

2.8.2. Fase de intervención 226
2.8.3. Prevención de recaídas 230
2.9. Resultados 230
Actividades prácticas 233
Referencias bibliográficas 235

11. Tratamiento psicológico de un problema de alimentación en la infancia *(Pilar Cobos, Aurora Gavino y Pablo Romero)* 239

1. Los problemas de alimentación en la infancia 239
1.1. Epidemiología 239
1.2. Evaluación 240
1.3. Tratamientos recomendados 241
2. El niño que se niega a masticar 241
2.1. Motivo de la consulta 241
2.2. Historia del problema 242
2.3. Análisis topográfico y funcional 242
2.4. Repercusiones negativas 243
2.5. Selección de los instrumentos de evaluación 244
2.6. Aplicación de las técnicas de tratamiento 244
2.7. Resultados 248
Actividades prácticas 249
Referencias bibliográficas 249
Apéndices 250

12. Los transtornos alimentarios y las nuevas tecnologías: la utilidad de abordar la imagen corporal utilizando técnicas de realidad virtual *(José Heliodoro Marco, Cristina Botella y Conxa Perpiñá)* 257

1. Descripción del problema. La anorexia nerviosa 257
2. Presentación del caso clínico 261
2.1. Identificación de la paciente 261
2.2. Motivo de la consulta 262
2.3. Historia del problema 262
2.4. Análisis topográfico 262
2.5. Análisis funcional 263
2.6. Repercusiones negativas 264
2.7. Selección de los instrumentos de evaluación 264
2.8. Aplicación de las técnicas de tratamiento 266
2.9. Resultados 273
2.10. A modo de conclusión 277
Actividades prácticas 278
Referencias bibliográficas 281

13. Tratamiento psicológico de un caso de enuresis primaria *(Juan Manuel Ortigosa)* 285

1. Introducción 285
2. Caso clínico 290
2.1. Paciente 290
2.2. Antecedentes del problema 291

© Ediciones Pirámide

2.3. Evaluación 291
2.4. Análisis funcional 292
2.5. Aplicación del plan de tratamiento 293
2.6. Resultados 294
2.7. Conclusiones 295
Actividades prácticas 295
Referencias bibliográficas 296

14. Tratamiento psicológico de un caso de encopresis *(Carmen Bragado)* .. 299

1. Descripción general del trastorno 299
2. Presentación del caso 304
2.1. Identificación del paciente 304
2.2. Motivo de consulta 304
2.3. Historia del problema 304
2.4. Evaluación 305
2.5. Análisis funcional 308
2.6. Tratamiento 308
2.7. Curso del tratamiento 310
2.8. Resultados 316
2.9. Valoración final 317
Actividades prácticas 319
Referencias bibliográficas 320

15. Tratamiento psicológico de un caso de déficit de atención e hiperactividad *(Inmaculada Moreno)* 323

1. Descripción general del trastorno 323
2. Presentación del caso clínico. 327
2.1. Identificación del paciente 327
2.2. Motivo de consulta 327
2.3. Historia del problema 328
2.4. Análisis topográfico y funcional 328
2.5. Repercusiones negativas 328
2.6. Selección de los instrumentos de evaluación 329
2.7. Aplicación de las técnicas de tratamiento 330
2.9. Resultados 336
Actividades prácticas 339
Referencias bibliográficas 340

16. Análisis de un caso de conductas disruptivas en la infancia *(María Xesús Froján, Ana Calero y Montserrat Montaño)* 343

1. Descripción general del problema 343
2. Caso clínico 345
2.1. Evaluación 345
2.2. Análisis funcional 350
2.3. Tratamiento 351
Actividades prácticas 363
Referencias bibliográficas 363

© Ediciones Pirámide

17. Tratamiento psicológico de un caso de agresividad en el hogar *(Laura Hernangómez y José Luis Santos)* 365

1. Introducción 365
2. Intervención sobre un caso de agresividad en el hogar 369
   - 2.1. Identificación del paciente 369
   - 2.2. Evaluación inicial 369
     - 2.2.1. Entrevista con padres 370
     - 2.2.2. Entrevista con el chico 372
     - 2.2.3. Análisis funcional. Entrevista de devolución 373
   - 2. 3. Tratamiento 374
     - 2.3.1. Objetivos terapéuticos 374
     - 2.3.2. Procedimiento 375
     - 2.3.3. Estrategias terapéuticas empleadas 375
       - 2.3.3.1. Estrategias terapéuticas con los padres 375
       - 2.3.3.2. Estrategias terapéuticas individuales 379
     - 2.3.4. Adaptación de las estrategias terapéuticas para otras edades .. 381
   - 2.4. Evolución, resultados y discusión 382

Actividades prácticas 384
Referencias bibliográficas 385

18. Tratamiento psicológico de un caso de adicción al cibersexo *(Rafael Ballester)* 387

1. Descripción general del trastorno 387
   - 1.1. Caracterización clínica 387
   - 1.2. Etiología 388
   - 1.3. Epidemiología 390
2. Presentación del caso clínico 391
   - 2.1. Identificación del paciente 391
   - 2.2. Motivo de consulta 391
   - 2.3. Historia del problema 392
   - 2.4. Análisis topográfico 393
   - 2.5. Análisis funcional 394
   - 2.6. Repercusiones negativas 394
   - 2.7. Selección de los instrumentos de evaluación 396
   - 2.8. Aplicación de las técnicas de tratamiento 398
   - 2.9. Resultados 409

Actividades prácticas 411
Referencias bibliográficas 411
Anexo I. Test de adicción a Internet 413
Anexo II. Test de *screening* de sexo en Internet 414

19. Tratamiento psicológico de un adolescente con problemas de ansiedad y consumo de cannabis *(Beatriz Terrassa y Francisco Javier Pérez Pareja)* 415

1. Introducción 415
2. Caso clínico 416
   - 2.1. Identificación del paciente 416
   - 2.2. Motivo de consulta 416

© Ediciones Pirámide

2.3. Historia del problema 417
2.4. Evaluación 418
2.4.1. Instrumentos de evaluación 418
2.4.2. Análisis topográfico 418
2.4.3. Análisis funcional 419
2.5. Intervención 423
2.5.1. Objetivos generales 423
2.5.2. Desarrollo del procedimiento de intervención 423
2.6. Resultados 428
2.7. Conclusiones 430
Actividades prácticas 431
Referencias bibliográficas 433

20. Intervención psicológica en un caso de alienación parental *(Francisco Javier Pérez Pareja y Carmen Borrás)* 435

1. Descripción general del problema 435
1.1. Caracterización clínica 436
1.2. Etiología 441
1.3. Epidemiología 442
1.4. Evaluación 442
1.5. Tratamiento 444
2. Presentación del caso 445
2.1. Identificación del paciente 445
2.2. Motivo de consulta 446
2.3. Historia del problema 446
2.4. Evaluación 447
2.4.1. Técnicas, instrumentos y procedimientos 447
2.4.2. Resultados más destacables de la evaluación 448
2.5. Análisis funcional 450
2.6. Repercusiones negativas 450
2.7. Intervención 451
2.8. Resultados 461
Actividades prácticas 462
Referencias bibliográficas 463

21. Tratamiento psicológico de una niña agresora sexual *(Cristina Guerricaechevarría y Enrique Echeburúa)* 465

1. Introducción 465
2. Caso clínico 466
2.1. Características de la paciente 466
2.2. Motivo de consulta. Análisis del problema 467
2.3. Factores antecedentes 468
2.4. Factores precipitantes 468
2.5. Instrumentos de evaluación 469
2.6. Diagnóstico psicológico 470
2.7. Hipótesis explicativa 471
2.8. Tratamiento 472
2.8.1. Prevención de nuevos episodios de abuso 472
2.8.2. Motivación para el tratamiento 472

© Ediciones Pirámide

2.8.3. Objetivos terapéuticos 473
2.8.4. Técnicas de intervención 473
2.8.5. Intervención con la familia 475
2.8.6. Resultados 476
2.8.7. Conclusiones 477
Actividades prácticas 478
Referencias bibliográficas 480

22. Detección, diagnóstico e intervención en un caso de síndrome límite en la infancia *(M.ª Claustre Jané, Sergi Ballespí y Edelmira Domènech)* 483

1. McDD (Multiple Complex Developmental Disorder) 483
1.1. Concepto 483
1.2. Diagnóstico y evaluación 485
1.3. Tratamiento 487
2. Presentación del caso clínico 488
2.1. Identificación del paciente 488
2.2. Motivo de consulta 488
2.3. Historia del problema 488
2.4. Hipótesis diagnósticas y proceso de evaluación 489
2.5. Resultados de la exploración psicológica y diagnóstico 490
2.6. Análisis psicológico 492
2.7. Intervención 492
2.7.1. Intervención a través de los padres. 493
2.7.2. Intervención escolar 494
2.7.3. Intervención clínica 496
2.8. Resultados del proceso de intervención 499
Actividades prácticas 500
Referencias bibliográficas 501

© Ediciones Pirámide

Prólogo

Parece que hoy vivimos en la contradicción de que, por una parte, ha descendido de modo significativo la natalidad en las últimas décadas y, por otra, que los problemas de los niños y de los adolescentes han crecido. Esto ha llevado a un incremento ininterrumpido del interés en los últimos años por la evaluación, psicopatología, etiología y tratamiento de los distintos trastornos psicopatológicos y de conducta en niños y adolescentes. Además, ante el menor número de niños y adolescentes, hay una mayor preocupación por ellos. Pero también es cierto que los problemas se han incrementado, tanto en ellos como en los adultos más jóvenes.

Los cambios sociales que vivimos desde hace décadas, y que algunos autores sitúan a partir de la Segunda Guerra Mundial para el mundo anglosajón, y que nosotros tendríamos que situar para España en torno a las décadas de los años sesenta y setenta del siglo XX, están en la base de ello. El discurrir histórico se ha acelerado en las últimas décadas, si lo vemos en la perspectiva de cómo era la vida de los siglos anteriores. Cambios en la estructura económica y en el sistema de producción, cambios en la estructura familiar y en la incorporación de la mujer al mundo laboral, incremento de la disponibilidad de bienes de consumo de todo tipo y, actualmente, la globalización de bienes y servicios, al menos para los países desarrollados, han repercutido en la vida de todas las personas, pero incidiendo especialmente en una parte de ellas que no están preparadas para dichos cambios. Así, son bien representativos los trastornos de la alimentación en una sociedad donde la abundancia, disponibilidad y acceso a la comida nunca ha sido tan fácil a lo largo de nuestro recorrido histórico como humanos; o los trastornos adaptativos; o los depresivos; o un amplio etcétera. También hay que reconocer que la mayor supervivencia lograda por la especie humana en las últimas décadas, desde la vida prenatal a la posnatal, y como es buen ejemplo el incremento de la esperanza de vida, el menor peso de la selección natural respecto a otros momentos históricos, y un buen sistema de protección social y sanitario, lo han permitido. Esto lleva también a una mayor atención a todo tipo de problemas que les surgen a los niños y adolescentes.

La perspectiva del desarrollo es muy importante para la evaluación y el tratamiento a estas edades. La maduración, los cambios, el aprendizaje..., son clave en este período de la vida. Por ello en ocasiones puede ser difícil diferenciar dónde está la conducta normal de la anormal, dónde la conducta problema o el trastorno clínico. El retraso en llegar a la adultez en una buena parte de nuestros actuales jóvenes, por la mayor duración de la adolescencia y adultez temprana, hace que crezca el interés por los jóvenes en general, y por los que tienen trastornos psicopatológicos en particular. Además, es en los niños y adolescentes donde surgen algunos de los trastornos clínicos por primera vez, y así se pueden mantener cronificados durante

© Ediciones Pirámide

años o persistir durante toda la vida. De ahí que la psicopatología del desarrollo está surgiendo como un elemento de comprensión importante de estos fenómenos. Distintos trastornos clínicos surgen en la infancia o en la adolescencia. En ésta se incrementan de modo importante; de ahí el que se le preste una atención especial. Si a ello añadimos los nuevos trastornos, o fenómenos que crean nueva psicopatología (ejemplo: adicciones, inmigración, separaciones matrimoniales, etc.), es claro que el campo del tratamiento es de gran relevancia y amplitud.

La psicología en general y la terapia de conducta en particular, con técnicas eficaces para distintos trastornos, llevan realizando importantes aportaciones a la mayoría de estos problemas, que son en muchos casos «problemas de conducta», desde hace varias décadas. Las guías clínicas o guías de tratamiento suelen incluir en la mayoría de los trastornos infantiles y adolescentes como tratamiento de elección a los psicológicos y, de éstos, especialmente a los cognitivo-conductuales. Los psicólogos enseñamos a solucionar problemas de forma eficaz a los niños, a los adolescentes y a los adultos. De ahí que la importancia del psicólogo clínico y del psicólogo infantil en los distintos problemas de los niños y adolescentes se ha incrementado en los últimos años. Esto se ha visto, a su vez, favorecido por la escolarización obligatoria (existente en España desde hace sólo unas décadas), lo que permite la detección más fácil de aquellos niños que tienen problemas de conducta o psicopatológicos. También por la mayor educación y preocupación de los padres por sus hijos, especialmente al haber pocos niños respecto a las generaciones anteriores. Y el mismo sistema social, que se encarga de detectar en la medida de lo posible estos problemas y de ponerles remedio (ejemplo: distintas acciones preventivas en la escuela o en la comunidad para problemas de niños y adolescentes).

Sin dejar de lado la relevancia que tiene la genética, la crianza, o la estructura familiar, es claro que el ambiente donde vive el niño condiciona de modo importante su supervivencia, su socialización y su mejor o peor adaptación personal, familiar y social. Además, el ambiente, el manejo contingente del ambiente (el propio, el familiar y el social) está en la base de muchas técnicas conductuales y cognitivas que han demostrado que con dicho manejo se pueden eliminar ciertas conductas, mejorar otras o aprender algunas que no están en el repertorio del individuo.

Todo lo anterior lo vemos reflejado en los distintos manuales al uso en que hay una serie de trastornos clínicos o del comportamiento en niños y adolescentes que se consideran clásicos (ejemplo: depresión infantil, ansiedad, miedos y fobias, celos), pero hay otros que son más recientes u hoy se les presta la atención que merecen (ejemplo: déficit de atención con hiperactividad, enuresis), y hay unos cuantos más que son de ayer mismo (ejemplo: trastornos de la alimentación por exceso o por defecto, adicción al cibersexo, desobediencia, abuso de sustancias). Esto conlleva la necesidad, por una parte, de conocer bien los trastornos clásicos y, por otra, de estar atentos a los nuevos que van surgiendo y que hace pocos años algunos de ellos eran difíciles de imaginar, como todo lo que atañe a las adicciones a las nuevas tecnologías, las consecuencias de la sociedad de la abundancia, etc. Pensemos por ejemplo en las positivas consecuencias de la red de Internet para la ciencia, la medicina, la psicología, etc., al poder disponer de un mayor conocimiento sobre cualquier aspecto del conocimiento o de la vida por parte de millones de personas del mundo al mismo tiempo, en lo que se llama tiempo real. Pero también tenemos que reconocer los problemas que a unos pocos les produce (pero que con la globalización de Internet pueden ser cientos de miles o millones de personas en el mundo). Así, el abuso de la tecnología, o la utilización compulsiva o descontrolada de la misma, es una fuente de problemas para algunas personas, donde los niños y jóvenes son de los más vulnerables en ciertos momentos de su vida (ejemplo: cibersexo, adicción a Internet, etcétera).

El psicólogo clínico y el profesional de la salud mental que trate con niños y adolescentes tiene que estar atento a estos nuevos cambios. Este libro facilita esta tarea. A lo largo del mismo se exponen una serie bien seleccionada de casos, de los tras-

© Ediciones Pirámide

tornos considerados clásicos, y de otros casos que podemos considerar nuevos o recientes. Así se exponen los problemas que tienen más frecuentemente los niños y adolescentes de hoy, los de nuestro medio, los cercanos, los que se ven en la clínica. Esto tiene un gran valor porque le facilitará al lector conocer de primera mano el tratamiento de algunos problemas que llevan muchas décadas viéndose cotidianamente en la clínica así como de otros más novedosos. De ahí la utilidad de este libro. Sus autores son clínicos experimentados con una dilatada experiencia que hacen un abordaje realista, adecuado y eficaz en los distintos casos presentados. Todo esto facilita la comprensión cercana de lo que hacen y de cómo lo hacen.

Todo lo anterior ha sido posible por la cuidadosa labor de los coordinadores de este manual. Ellos han tenido el acierto de conseguir reunir en un solo volumen veintidós casos que le permitirán al clínico, como al estudiante que lea este libro, ponerse al día de lo que se hace en los problemas y trastornos más importantes que tienen los niños y los adolescentes de hoy. A ellos hay que felicitarlos por poner en nuestras manos un instrumento de trabajo tan útil como es este libro de casos con niños y adolescentes.

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
Catedrático de Psicología Clínica
Universidad de Santiago de Compostela

© Ediciones Pirámide

1 Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad por medio de los padres

FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ CARRILLO
MIREIA ORGILÉS AMORÓS
JOSÉ PEDRO ESPADA SÁNCHEZ

1. LA FOBIA A LA OSCURIDAD EN LA INFANCIA

Se expone la distinción entre miedo y fobia en la infancia, la prevalencia, las diferencias de género y edad, los mecanismos de adquisición, los instrumentos de evaluación y las técnicas de tratamiento de la fobia a la oscuridad de niños y adolescentes.

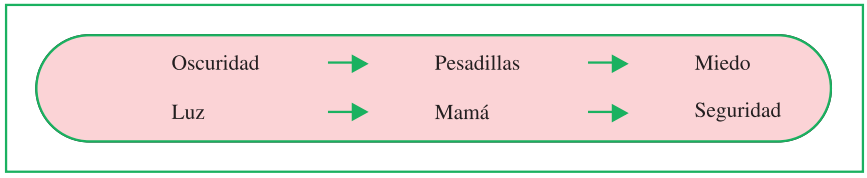
1.1. ¿Miedo o fobia a la oscuridad?

En las sociedades urbanas la oscuridad es un estímulo inocuo. Existe riesgo de accidente si la persona se desplaza a oscuras sin precaución, pero si permanece inmóvil o se mueve con cuidado, por ejemplo sube los peldaños despacio con la espalda pegada a la pared palpando con la mano hasta encontrar el interruptor de la luz de la escalera, la oscuridad por sí misma no constituye amenaza para el hombre actual. Sin embargo, nuestros antepasados se hallaban en inferioridad de condiciones por la noche ante el ataque de los depredadores con visión nocturna. La *preparación* biológica para adquirir miedo a estímulos que filogenéticamente han constituido un peligro para la supervivencia de la especie humana explica la fácil aparición de miedo a la oscuridad.

En principio la oscuridad es un estímulo neutro con respecto a la reacción de miedo. Afortunadamente, los bebés no temen la oscuridad. El miedo surge en torno a los dos años y se incrementa en los años siguientes debido a una amplia gama de experiencias. En su génesis y mantenimiento intervienen múltiples *procesos de aprendizaje*.

1. Condicionamiento clásico

La asociación de la oscuridad con estímulos incondicionados de respuestas de miedo origina reacciones emocionales condicionadas mediante condicionamiento aversivo. Una experiencia repetida es la asociación de la oscuridad con sueños espeluznantes. Los padres acuden rápidamente a la habitación del hijo, que se ha despertado en mitad de la noche llorando asustado, y encienden la luz para tranquilizarlo produciéndose un aprendizaje discriminativo.



© Ediciones Pirámide

2. Condicionamiento operante

Las «batallas» a la hora de dormir son corrientes en la infancia. Los padres ordenan al hijo que se acueste de acuerdo con el horario establecido. Si un niño de cinco años necesita dormir once horas y levantarse a las ocho para ir al colegio, entonces debería acostarse a las nueve los días entre semana. Sin embargo, los padres comprueban con disgusto que el comportamiento del niño no tiende a ajustarse a las pautas preconizadas por las guías de sueño infantil. El análisis funcional revela que la orden de acostarse es aversiva para un niño sin sueño, porque las consecuencias inmediatas de la conducta obediente son punitivas, mientras que las de la conducta no deseada, en el supuesto de que los padres cedan, son reforzantes. Ir a dormir es una «expulsión», una especie de tiempo fuera, al obligar a abandonar un medio reforzante, que incluye actividades como ver televisión o jugar y atenciones como charlar o mostrar cariño, de modo que la oscuridad del dormitorio se asocia con aburrimiento y soledad. No es esperable que un pequeño entienda la lógica del conflicto de contingencias y acepte de buen grado acostarse para estar descansado y en óptimas condiciones al inicio de la jornada, por lo que las respuestas de evitación o escape de la situación son muy comunes. Los padres que atribuyen la resistencia infantil a miedo, en vez de a oposicionismo, suelen reaccionar permisiva y sobreprotectoramente. Desde esta perspectiva, el miedo a la oscuridad reporta importantes ventajas, como ganar tiempo extra de diversión o dormir en la cama de los padres.

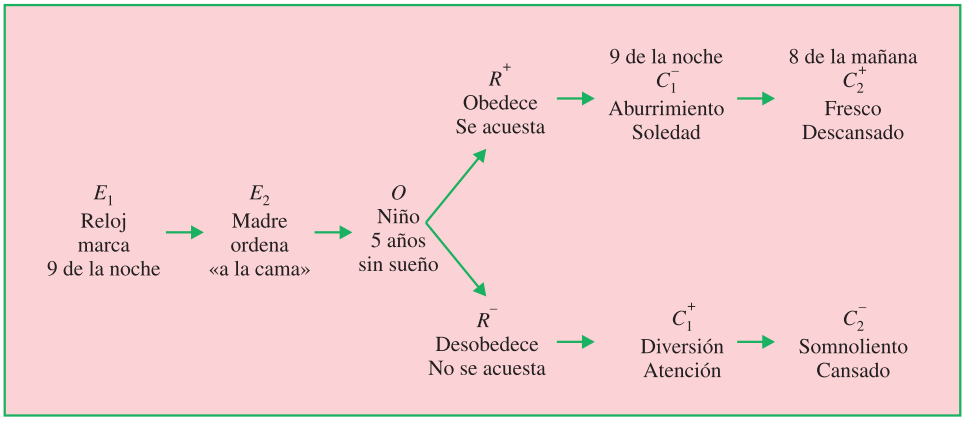


Figura 1.1.—Batallas a la hora de acostarse.

3. Aprendizaje observacional

Los niños observan el comportamiento temeroso de otros niños en la oscuridad. En la consulta psicológica no es extraño que los padres reconozcan que una de las razones que les ha movido a solicitar tratamiento psicológico para su hijo es que un hermano pequeño, que no temía a la oscuridad, está empezando a quejarse y a mostrar signos parecidos de miedo (contagio emocional). Los niños ven también películas de miedo, en las que el oscurecimiento de la imagen acompañado de música inquietante antecede a la aparición del asesino y precede a escenas de violencia física, constatando que los crímenes se comenten con «nocturnidad y alevosía».

4. Aprendizaje cognitivo

La transmisión de información amedrentadora en relación con la oscuridad contribuye a la aparición del miedo. En la literatura infantil los protagonistas «buenos» como las princesas habitan pala-

© Ediciones Pirámide

cios luminosos de cristal radiante, mientras que personajes «malos» como los ogros están condenados a ocultarse en cuevas húmedas y oscuras. Así mismo intimidan los comentarios, relatos, etc., de contenido aterrorizador, como historias de niños encerrados en cuartos oscuros.

El miedo a la oscuridad tiene cuatro componentes (Mooney, Graziano y Katz, 1985):

- *Daño físico:* miedo a la muerte y a las heridas; por ejemplo, ladrones.
- *Seres fantásticos:* criaturas propias de la fantasía infantil, como fantasmas.
- *Características sensoriales:* sombras y ruidos, como el ulular del viento.
- *Ansiedad por separación:* preocupaciones del tipo si los padres siguen en casa.

En este sentido, el ruido de pasos puede ser malinterpretado como el avance sigiloso de un malhechor desencadenando temor en un niño cuyo elemento principal del miedo se refiere al daño físico, mientras que es considerado garantía de la presencia de la madre funcionando como señal de seguridad para otro cuyo miedo se vincula con la ansiedad por separación.

A partir de los 9-10 años y hasta alcanzar la mayoría de edad la pendiente de la línea de remisión espontánea del miedo a la oscuridad es muy acentuada. Este dato pone de manifiesto su transitoriedad. Para diferenciar en la infancia entre miedo de carácter evolutivo y fobia de naturaleza clínica, la Asociación Americana de Psiquiatría establece que los síntomas persistan al menos seis meses (American Psychiatric Association, 2000). El criterio diagnóstico, aunque recomendable en investigación para no incluir falsos positivos en las muestras reclutadas, no se justifica en la clínica, donde medio año es un período de espera excesivamente prolongado para la corta vida de un niño. En la práctica profesional la decisión de iniciar la terapia debe basarse principalmente en el grado de desadaptación, es decir, en la medida en que el miedo repercute negativamente en el desarrollo y bienestar personales, en el ambiente familiar, en el rendimiento académico y/o en las relaciones sociales del niño.

La *fobia a la oscuridad* es un patrón de *respuestas* emocionales negativas (miedo o temor), *psicofisiológicas* (sudar las palmas de las manos, latir con fuerza y deprisa el corazón, tensar los músculos, respirar agitada y entrecortadamente, etc.), *motoras* (encender la luz, asegurarse de que no se esconde ningún monstruo debajo de la cama o dentro del armario, apretar los párpados, taparse la cabeza, etc.) y *cognitivas* (oír golpes inquietantes, sentir unos ojos mirándole fijamente, ver sombras sospechosas, preocuparse por si los padres lo han abandonado, pensar que alguien malvado ha entrado en casa, etc.), *en situaciones de oscuridad* (por el día, por ejemplo, el niño pide a su hermano mayor que lo acompañe por el pasillo en penumbra para ir al aseo, y sobre todo por la noche, por ejemplo, el niño se pasa a la cama de los padres), que resultan *desproporcionadas* y *desadaptadas* (por ejemplo, rabietas o perderse la excursión a un parque temático para no pernoctar lejos de casa).

El miedo a la oscuridad es muy común en la infancia. Prácticamente uno de cada tres niños de 5 a 8 años teme la oscuridad (Simonds y Parraga, 1982). Por el contrario, la prevalencia de la fobia a la oscuridad es mucho menor. En un estudio descriptivo, llevado a cabo con más de tres mil escolares, de 7 a 17 años, Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y Quiles (2003) hallan el 3,75 por 100 de miedo excesivo a la oscuridad y estímulos asociados, siendo más frecuente en el género femenino (3 : 1), y en niños de 7 a 10 años. Según los estudios epidemiológicos y de valoración del tratamiento, la prevalencia de fobia a la oscuridad se sitúa en torno al 2 por 100.

1.2. Evaluación de la fobia a la oscuridad

Los principales instrumentos para evaluar la fobia a la oscuridad son:

1. Entrevistas

Los objetivos fundamentales de la entrevista con el niño son recoger datos sobre la fobia a la oscuridad y desarrollar una relación terapéutica

© Ediciones Pirámide

reforzante. El terapeuta recaba información sobre el miedo desadaptado, las situaciones desencadenantes, las reacciones de padres y hermanos, las señales de seguridad que reducen el temor, la historia del problema, las repercusiones negativas para él y su familia, etc.

También se entrevista a los padres interrogándoles además sobre aspectos generales como salud y desarrollo, ambiente familiar, rendimiento académico, relaciones sociales del niño, etc.

2. Observación

La *observación natural* la llevan a cabo los padres en casa cuando el niño se va a la cama, registrando hechos relevantes, si se queja, si llora, si duerme con la luz encendida, etc. También anotan las incidencias que se produzcan a lo largo de la noche, por ejemplo si el niño se despierta asustado y llama a los padres. Los registros nocturnos se pueden complementar con los diurnos observando conductas significativas, como ir al cuarto de baño sin encender la luz y sin compañía.

La modalidad de observación artificial más empleada por su posterior utilidad para el tratamiento son las *pruebas de aproximación conductual,* que consisten en una serie de tareas ordenadas de menor a mayor dificultad combinando las variables tiempo e intensidad de luz. Se puede solicitar al niño que valore el grado de miedo que experimenta en cada ítem con un *termómetro de miedo* o escala de estimación (auto-observación). Al no ser un procedimiento gradual las *pruebas de tolerancia* se usan menos. Se le pide al niño que permanezca en una habitación solo y a oscuras durante un amplio intervalo temporal. Conviene proporcionar la instrucción «entra en la habitación oscura y sal cuando sientas miedo», en vez de «entra en la habitación oscura y sal cuando no aguantes más el miedo», que produce sensibilización o incubación del miedo.

3. Inventarios

Los inventarios de miedos infantiles incluyen ítems relacionados con la oscuridad. Existen dos elaborados y validados en nuestro país:

— Inventario de miedos de Pelechano (1984). Lo cumplimentan los padres de niños de 4 a 9 años. El factor miedos imaginativos incluye seis ítems: la oscuridad, estar solo en casa, entrar solo en un lugar extraño, cuentos e historias de miedo, las películas de terror, los ruidos fuertes.
— Inventario de miedos de Sosa, Capafons, Conesa-Peraleja, Martorell, Silva y Navarro (1993). Lo contestan niños y adolescentes de 9 a 15 años. La escala miedo a la soledad-fantasía comprende ocho ítems: estar solo a oscuras, ver cosas raras como sombras en la noche, los seres imaginarios como brujas o fantasmas, soñar cosas desagradables o tener pesadillas, estar completamente solo, ir solo a alguna habitación de mi casa, ver personas con cara de malvadas, ver películas de terror.

1.3. Tratamiento de la fobia a la oscuridad

Méndez, Orgilés y Rosa (2005), Méndez, Rosa, Orgilés, Santacruz y Olivares (2003) y Orgilés, Méndez y Rosa (2003a) revisan cuantitativa y cualitativamente dieciséis investigaciones, con cerca de seiscientos niños y adolescentes, sobre la eficacia del tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad. Junto a terapia de juego las técnicas de terapia de conducta aplicadas son:

1. Desensibilización sistemática en vivo

Sheslow, Bondy y Nelson (1982) utilizan una jerarquía de 54 ítems producto de 9 gradaciones, desde plena iluminación a completa oscuridad, reguladas mediante un aparato CDS Lafayette, por 3 intervalos temporales, 10, 20, 30 segundos, por 2 repeticiones. En lugar de relajación usan como agente inhibidor de la ansiedad la conversación con el terapeuta, el canto, el juego y la comida.

© Ediciones Pirámide

2. Imágenes emotivas

Cornwall, Spence y Schotte (1996) tras entrenar la imaginación, identificar tres héroes infantiles (Bart Simpson, Batman, Scoobie Doo, Mickey Mouse, etc.), y construir una jerarquía de nueve ítems clasificados en función de la familiaridad con la situación, de la presencia de personas significativas y del nivel de iluminación, inducen imágenes emotivas propiamente dichas siguiendo el procedimiento de Lazarus y Abramovitz (1962). En las tres escenas menos atemorizantes interviene el héroe menos apreciado, en las tres intermedias el siguiente héroe y en las tres finales el superhéroe. También proponen tareas para casa.

3. Práctica reforzada

Leitenberg y Callahan (1973) piden al niño que entre en una pequeña habitación oscura pintada de negro y que salga cuando sienta el más mínimo miedo. Le informan que la prueba se repetirá varias veces y que ganará golosinas, lápices de colores, etc., si supera el tiempo de la vez anterior. Al acabar cada ensayo, si el niño aumenta el tiempo de permanencia en el cuarto oscuro se apunta la ganancia con un lápiz en un termómetro graduado con unidades de diez segundos, se le felicita por su mejora y se le da a elegir un premio. Por el contrario, si el tiempo de permanencia disminuye se borra del termómetro y se le dice que en esta ocasión no lo ha hecho tan bien.

4. Modelado simbólico

Klingman (1988) lee historias en las que uno o varios modelos diferentes afrontan con éxito el miedo a la oscuridad. Al acabar dialoga sobre las reacciones suscitadas y las experiencias personales del niño, mediante preguntas como «¿te ocurre a veces a ti lo mismo?», «¿qué podrías hacer en esa situación?» o «¿qué es lo que te ayuda a ti?», reforzando los comentarios sobre vivencias agradables y las frases de afrontamiento.

5. Autoinstrucciones de competencia

Kanfer, Karoly y Newman (1975) hacen que el niño repita las *palabras especiales* «Soy un chico valiente. Sé cuidar de mí mismo en la oscuridad», cada vez que escucha una de las siguientes frases pronunciadas por el terapeuta sobre la oscuridad:

— Cuando estás a oscuras, sabes que puedes encender la luz siempre que quieras.
— Cuando estás a oscuras en tu habitación, sabes exactamente donde están las cosas, tu cama, tu escritorio, tus juguetes.
— Cuando estás a oscuras y te parece oír voces, sabes que siempre puedes llamar a tus padres y ellos te oyen.
— Cuando estás a oscuras y la puerta está cerrada, sabes que nadie puede entrar sin que te des cuenta.

1.4. Terapia de juego

Existen dos programas terapéuticos basados en el juego para tratar la fobia a la oscuridad, el usado en el presente caso y *escenificaciones emotivas,* un procedimiento creado por Méndez (1986) al tratar a un niño de cuatro años con fobia al fuego. Inicialmente se recurrió a imágenes emotivas basadas en la serie televisiva de dibujos animados «Los tres mosqueperros». En el contexto de una narración amena y emocionante el terapeuta introduce gradualmente el estímulo temido, una antorcha, una pequeña hoguera, un incendio en el bosque, etc. Si el niño indica miedo, el héroe infantil acude en su ayuda y retira el estímulo fóbico. Al fracasar una prueba en vivo, el niño no se atreve a hacer lo que es capaz de imaginar sin miedo, el terapeuta decide representar las escenas como un juego. Una de las situaciones escenificadas es (Méndez y Macià, 1986, p. 38):

Los tres mosqueperros están celebrando alegremente en la taberna la recuperación de la joyas de la reina, cuando D'Artacán (el terapeuta) comenta que tiene un hambre canina y pide a su valiente Amis (el niño) que gire el mando del fogón peque-

© Ediciones Pirámide

ño, encendido al mínimo, hasta ponerlo en la posición de máximo. Amis obedece, pero al ver que el fuego se aviva, exclama «¡D'Artacán!», quien inmediatamente se levanta y baja al mínimo otra vez el fuego. Siguen festejando su victoria y esta vez es el propio D'Artacán el que pone el fogón al máximo, al mismo tiempo que avisa que no pasa nada. Ahora Amis no llama en su auxilio a D'Artacán, siendo felicitado por su valor; inmediatamente, recibe una chocolatina que se come al instante y una ficha que se guarda en el bolsillo... (la escena continúa hasta conseguir que el niño ponga el mando en la posición máxima).

El procedimiento terapéutico se puede consultar en Méndez, Olivares y Bermejo (2001), su implementación en un caso de fobia a la oscuridad desencadenada por un robo en Méndez y Macià (2002), y la valoración de su eficacia en Méndez y García (1996), Méndez y Macià (1988), Méndez, Orgilés y Espada (2003, 2004), Orgilés, Méndez y Espada (2005a, 2005b, 2005c), Orgilés, Méndez y Rosa (2003b).

2. LA FOBIA A LA OSCURIDAD DE ANDRÉS

Se describe la evaluación y el tratamiento de biblioterapia conductual y juegos llevado a cabo en el hogar por los padres, de un caso de fobia a la oscuridad, de acuerdo con una adaptación del protocolo terapéutico de Mikulas y colaboradores (Mikulas y Coffman, 1989; Mikulas, Coffman, Dayton, Frayne y Maier, 1985).

2.1. Primera semana: entrevista de recepción e inicio de la evaluación

Los padres de Andrés acuden a consulta solicitando ayuda psicológica para el miedo a la oscuridad de su único hijo de seis años y medio, remitidos por la psicóloga que trata al niño a causa de sus dificultades en el aprendizaje de la lectura y escritura.

La madre empieza relatando el hábito de ir a la cama. Andrés cena a las nueve. Al terminar se despide hasta mañana, sube a la planta, se pone el pijama, orina, se lava las manos, se cepilla los dientes y se acuesta a leer un cuento. Sobre las nueve y media llega su marido de la fábrica y da las buenas noches al niño. El padre dedica unos cinco minutos a comentar el día, luego rezan juntos una oración, le besa y sale de la habitación deseando felices sueños.

Sin embargo, ambos se apresuran a aclarar que rara es la noche en la que el ritual previsto se cumple sin incidentes. La madre se queja que continuamente idea subterfugios para posponer el momento de acostarse, ralentiza el comer, pide más alimento, ruega que le deje ver la televisión, alarga la despedida, etc. A instancias del terapeuta cita como ejemplo que la uva es el postre nocturno de elección, porque pela y extrae los piñones de los granos uno a uno, eternizando el racimo. Generalmente se muestra tolerante, pero reconoce que a veces se le agota la paciencia, pierde los nervios, le grita y le castiga. Si se acuesta alterado, duerme mal e incluso recuerda que en un par de ocasiones mojó la cama. Con el padre también utiliza estrategias dilatorias como contarle chistes o llamarlo repetidamente tras abandonar el cuarto.

Duerme con la luz de la mesita de noche encendida y con la puerta del dormitorio abierta de par en par vigilada por el muñeco de un enorme oso apostado en el suelo. Cuando el padre se acuesta, entre las once y las doce, entra al dormitorio infantil a apagar la lamparita. Suele encontrar a su hijo dormido, oculto bajo el edredón a pesar de la calefacción, sudando copiosamente y abrazando con fuerza su mascota preferida, un perrito de peluche. Algunas noches lo halla desvelado y el niño declara que no consigue dormirse porque le asustan los crujidos del parqué o porque sueña con monstruos terroríficos. Entonces le hace compañía hasta que le vence el sueño. La madre se acuesta en la cama de su hijo las noches que se despierta llorando por una pesadilla.

Con menor intensidad el miedo a la oscuridad se manifiesta asimismo por el día. El padre le reprende por el gasto inútil de electricidad cuando va al baño encendiendo todas las luces a su paso y dejándolas encendidas a su regreso. Lo describen

© Ediciones Pirámide

como ingenuo y fantasioso. Le gustan los juegos, los cuentos y las películas en las que intervienen seres fantásticos, aunque no son partidarios de esta afición porque han comprobado que agrava el miedo, así, «vaya noche toledana que nos dio el día que vio los zombis en la televisión».

El miedo se inició hace dos años coincidiendo con una época de pesadillas especialmente intensas. En relación con la aparición del problema el padre refiere una anécdota ocurrida dos veranos atrás. Era el mes de julio y nos hallábamos en el apartamento de la playa. Por las noches mi mujer solía bajar a la zona de la piscina de la comunidad de vecinos a jugar al chinchón con sus amigas, mientras que mi hijo se entretenía con los juguetes en la habitación y yo leía el periódico o veía la televisión en la terraza. Sobre las once nos acostábamos los dos, porque tenía que madrugar para ir al trabajo. Transcurridos unos minutos el nene encendía la lámpara de la mesita de noche. Yo, creyendo que no tenía sueño y quería seguir jugando, la apagaba razonándole que era muy tarde y había que dormir. Al poco rato volvía la claridad. Enfadado le reñía y de nuevo la apagaba. Pero como repetía la operación, se me ocurrió ir al cuadro de luces y desconectar el automático. La casa quedó a oscuras. Enseguida oí el clic, clic, clic frenético de mi hijo accionando sin éxito el interruptor. Sonreí para mis adentros imaginando su pasmo pero satisfecho de haberle dado una lección por su terquedad. A menudo me he acordado de este percance sintiéndome culpable porque no fue desobediencia, sino miedo.

Los padres no identifican otros sucesos relevantes que hayan contribuido al desencadenamiento o empeoramiento de la fobia a la oscuridad. No creen que su hijo sepa relajarse y desconocen lo que piensa o imagina a oscuras. Es la primera vez que recibe tratamiento psicológico. Esperan que supere el miedo y se divierta como otros niños quedándose a dormir en casa de los amigos, yendo de campamento al Mar Menor, viajando con sus tíos y primos, etc. También desean que desaparezcan las disputas a la hora de acostarse y las pesadillas, de modo que la familia pueda dormir plácidamente y levantarse todos por la mañana frescos y descansados. No presenta otros problemas excepto las dificultades en el aprendizaje escolar debidas a la dislexia, por lo que acude a diario a la clínica psicológica mencionada. Concluyen señalando que Andrés es cariñoso, simpático y dócil. Goza de buena salud, practica deporte, colabora en casa y es popular entre sus compañeros.

El terapeuta entrega sendos ejemplares de la *Escala de miedo a la oscuridad*[1] que los padres cumplimentan de forma independiente. Comprende 10 ítems, 9 basados en criterios del DSM para el diagnóstico de fobia específica más un ítem valorativo global (ítem 10):

- Criterio A: intensidad del miedo a la oscuridad (ítem 1).
- Criterio B: reacciones de miedo a la oscuridad (ítem 2).
- Criterio D: evitación o escape de situaciones de oscuridad (ítem 3) o alteración emocional en situaciones de oscuridad inescapables y/o imprevistas (ítem 4).
- Criterio E: repercusiones negativas o interferencia del miedo a la oscuridad a nivel personal (ítem 5), familiar (ítem 6), escolar (ítem 7), social (ítem 8), o malestar clínico significativo (ítem 9).

Del mismo modo contestan la escala «miedo imaginativo» del *Inventario de miedos* de Pelechano (1984).

A continuación el terapeuta explica la forma de realizar los registros de observación. La *Prueba de actuación en la oscuridad* y la *Prueba de aproximación conductual* se llevan a cabo cuando ha anochecido en días alternos. Recomienda que no las realicen inmediatamente antes de dormir ni en domingo. Ambas incorporan el *Termómetro de miedo* de Kelley (1976), para que Andrés evalúe la experiencia subjetiva de miedo.

[1] La batería de evaluación se incluye al final del capítulo como apéndice.

© Ediciones Pirámide

El *Registro a la hora de dormir* se efectúa, en cambio, todas las noches justo después de acostarse Andrés. El terapeuta solicita a los padres que valoren el grado de miedo mediante una escala de cinco categorías, de «nada», se acuesta sin problemas, duerme solo, con la luz apagada y la puerta entornada, a «muchísimo», presenta serios problemas a la hora de acostarse, duerme acompañado, con la luz encendida, la puerta abierta y/o interrumpe el sueño de los padres durante la noche, llamándoles, exigiéndoles que se acuesten con él, pasándose a la cama de los padres, etc.

Al citarles para la semana siguiente comunicándoles que traigan a su hijo, objetan que residen a más de cien kilómetros de la consulta y que la agenda infantil entre semana está sobrecargada con deberes, sesiones con la psicóloga y actividades extraescolares. Plantean abiertamente si es posible el tratamiento en fin de semana, el asesoramiento terapéutico o libros para padres. Tras debatir las ventajas e inconvenientes de las distintas alternativas se acuerda aplicar un programa contrastado de la Universidad de Florida Oeste a través del correo electrónico y del teléfono, reduciendo al mínimo el contacto directo. De esta forma se soslayan otras limitaciones no explicitadas, como el hecho de que el padre es propietario de un negocio en expansión con escasa disponibilidad de tiempo, y la madre, aunque ama de casa, carece de permiso de conducir.

2.2. Segunda semana: conclusión de la evaluación inicial y entrevista de devolución

El padre remite desde el ordenador de su despacho los registros de observación de la primera semana efectuados por la madre y recibe por correo electrónico del *Registro a la hora de dormir*, con la petición de rellenarlo todas las noches hasta la conclusión del tratamiento. El terapeuta les envía también el *Inventario de miedo a la oscuridad* y la *Prueba de tolerancia a la oscuridad,* en la que se solicita cuando ha oscurecido que permanezca tumbado en su cama con la luz apagada y la puerta prácticamente cerrada hasta que sienta miedo o hasta un máximo de treinta minutos, con el ruego de que faciliten estos tests antes de la cita concertada para el final de semana.

La entrevista de devolución se inicia comentando los resultados de la evaluación. Según la *Escala de miedo a la oscuridad* Andrés cumple los criterios para el diagnóstico de fobia a la oscuridad. Obtiene una puntuación igual o mayor que seis en todos los ítems, excepto en el número siete, referido a las repercusiones en el ámbito escolar donde ambos padres rodean el dos de la escala de estimación. En el *Inventario de miedo a la oscuridad* Andrés añade que le da mucho miedo Drácula (véase la tabla 1.1).

A continuación el terapeuta expone con claridad y brevedad el papel de las emociones en el desarrollo infantil, el curso evolutivo, los componentes, la frecuencia y los mecanismos del miedo a la oscuridad, resaltando los más relevantes en el presente caso. Seguidamente explica las repercusiones negativas de la fobia y la lógica del tratamiento. El siguiente extracto ilustra el proceder terapéutico:

> Uno de los problemas infantiles más frustrantes es el miedo a la oscuridad. El problema se plantea justo en el momento en el que la mayoría de los padres se disponen a pasar una buena noche. Agotados tras un día de trabajo duro, es muy molesto que el niño llame una docena de veces para pedir agua, pipí, etc., o se invente cualquier otra excusa para obligarles a volver a la habitación y prestarle atención. Peor todavía. La última cosa que ustedes desearían hacer a las tres de la madrugada es levantarse y tener que abordar el problema de un niño asustado por una pesadilla, que acaba de desvelarse y no consigue dormirse de nuevo a causa del miedo. Ciertamente es difícil resistir la tentación de limitarse a dejar alguna luz encendida el resto de la noche o acostumbrar al niño a dormir con la luz encendida desde el principio de la noche. Después de todo, los niños pierden el miedo, ¿no es verdad?
>
> Aunque la mayoría aprenden solos a tolerar la oscuridad, desgraciadamente un pequeño porcentaje no lo supera y el miedo persiste y se agrava con el paso de los años. Hay adultos que sufren un

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.1

Evaluación inicial de la fobia a la oscuridad de Andrés

Test	Puntuación	Rango	Interpretación
Escala de miedo a la oscuridad.	78 (madre) 71 (padre)	0-100	Diagnóstico de fobia específica.
Escala de miedo imaginativo.	9	0-12	Centil 90.
Inventario de miedo a la oscuridad.	61	0-90	Miedo a pesadillas y seres fantásticos.
Prueba de actuación en la oscuridad. Termómetro de miedo.	4 8	0-12 0-12	Pobre actuación en la oscuridad. Experiencia de miedo elevada.
Prueba de aproximación conductual. Termómetro de miedo.	250 9	0-720 0-12	Poco tiempo de permanencia en la oscuridad. Experiencia de miedo elevada.
Prueba de tolerancia a la oscuridad.	1,5	0-30	Sólo minuto y medio de tolerancia.
Registro a la hora de dormir.	23 (1.ª sem.) 25 (2.ª sem.)	0-28	Entre mucho y bastante miedo para acostarse.

fuerte miedo a la oscuridad que condiciona sus vidas. En nuestra clínica hemos tratado el caso de la mujer del «guerrero del antifaz». Esta persona dormía con la luz de la habitación encendida, al anochecer pedía a su vecina que le hiciera compañía hasta que regresara su esposo del trabajo, no se atrevía a salir a la calle sola de noche, etc. Su marido protestaba porque tenía que dormir con una especie de anteojeras de paño oscuro, que conservaba del viaje en avión de luna de miel, para evitar las molestias causadas por la luz del dormitorio conyugal.

El miedo es un sentimiento muy desagradable. Es preferible hacer frente al problema cuando el niño es pequeño e impedir que empeore. Cuanto antes se detecte el miedo y se supere, mucho mejor para el niño. No le hacen ningún favor a su hijo posponiendo el problema. Es mejor realizar un pequeño esfuerzo y dedicar un mínimo de tiempo a solucionar el problema *ahora,* que adoptar la política del avestruz aparcando el problema para después, porque no es cierto que el tiempo lo cura todo.

Puesto que la mayoría de los miedos se adquieren o «se cogen», también se pueden eliminar o «soltar». El cuento *Tío Pies Ligeros* utiliza técnicas que la psicología científica ha probado que son eficaces para tratar los miedos infantiles. Estas técnicas enseñan a los niños modos de reaccionar más saludables. En la historia se asocian actividades y cosas agradables con situaciones de oscuridad. Este proceso se realiza poco a poco. Después de leer el cuento varias veces y de practicar unos juegos, Andrés comenzará a aprender asociaciones positivas que harán que la oscuridad le produzca cada vez menos miedo.

Una de las principales formas de aprender de un niño es imitando lo que hacen los demás. ¿Cuántas veces han visto a su hijo copiar los gestos típicos y la forma de hablar o de reír de otras personas? En el cuento su hijo observará a otro niño aprendiendo a hacer frente a la oscuridad, pasito a pasito. Al principio de la historia el protagonista tropieza con dificultades, que supera gradualmente hasta conseguir dormir solo a oscuras por la noche.

Por último describe pormenorizadamente la implementación del tratamiento, responde las preguntas planteadas y entrega los materiales de tratamiento.

© Ediciones Pirámide

2.3. Tercera semana: biblioterapia conductual

Los padres leen *El niño miedoso,* de Méndez (2003), excepto las páginas 110-115, que son un resumen de los materiales de tratamiento facilitados de forma extensa. Esta guía para padres expone de modo didáctico, recurriendo a múltiples ejemplos, las características y frecuencia de los miedos infantiles, las explicaciones sobre su función y origen, el secreto para vencerlo y doce armas para luchar contra el miedo. Dedica especial atención a problemas concretos, como la ansiedad por separación y el rechazo escolar. Con respecto al miedo a la oscuridad analiza su relación con los rifirrafes a la hora de irse a la cama, con trastornos del sueño como pesadillas o terrores nocturnos. Proporciona consejos útiles sobre control estimular, sugiriendo la manera más conveniente de disponer el dormitorio infantil (mobiliario, decoración, etc.) y rutinas para acostar al niño, como la semana toledana, que promueven hábitos de sueño saludables. Para saber más recomienda otras lecturas para padres y profesionales.

Las sesiones se celebran lunes, miércoles y viernes, de ocho y media a nueve de la noche, en el dormitorio infantil, dividiendo el tiempo entre el cuento y los juegos. La primera semana de tratamiento la madre lee a Andrés el cuento *Tío Pies Ligeros*, escrito por Mary G. Coffman. Consta de doce capítulos y diez juegos[2]. Miguel, el niño protagonista, tiene miedo a la oscuridad. Al principio se muestra temeroso, pero poco a poco consigue superar el miedo, se siente orgulloso de su progreso, es felicitado por los demás y gana atractivos premios. La lectura del libro es una exposición en imaginación basada en los principios del contracondicionamiento (relato divertido y emocionante, emparejamiento de escenas agradables con escenas temidas, jerarquía de estímulos fóbicos), similar a la desensibilización mediante imágenes emotivas. A medida que avanza el relato, Miguel se expone a situaciones cada vez más atemorizadoras, por ejemplo al final del cuento abundan las escenas de noche, actuando como modelo de afrontamiento.

Los padres disponen de un número de teléfono y de un horario de atención terapéutica. Si llaman fuera de las horas convenidas, dejan el mensaje en el buzón de voz. Al principio de la semana la madre telefonea para preguntar si tiene que ceñirse a leer el cuento los días señalados, puesto que Andrés lo pide más veces. Se le responde que puede leérselo siempre que lo considere oportuno o lo solicite su hijo. Al final de la semana el terapeuta llama para comentar con los padres la guía sobre miedos infantiles, contestar preguntas, resolver dificultades y supervisar la marcha del tratamiento. El padre remite por correo electrónico el registro a la hora de dormir, con anotaciones en el apartado observaciones referidas a las manifestaciones diurnas de miedo y a la presencia de pesadillas, y la hoja de aplicación del tratamiento, con la fecha, horas de inicio y conclusión de la lectura del cuento, y cualquier comentario relevante sobre la sesión.

2.4. Cuarta semana: capítulos 1-3 del cuento y juegos 1-2 para la oscuridad

En la segunda semana de tratamiento el cuento se complementa con los juegos, que constituyen una exposición graduada en vivo, además de reforzamiento social y material. Los registros de aplicación de tratamiento incorporan desde este momento la anotación del tiempo dedicado a leer y a jugar así como las incidencias de su desarrollo.

De acuerdo con las indicaciones terapéuticas, la madre lee a Andrés el primer capítulo, que presenta a los dos personajes principales. Miguel es un niño de seis años que tiene miedo a la oscuridad. Está preocupado y se siente un bicho raro distinto de los demás. Piensa que es gallina y cobarde. Le gustaría ser como otros niños que no se asustan en la oscuridad. Cree que la solución a su problema es visitar a Pies Ligeros, un indio valiente y sabio.

[2] La versión original incluye sólo nueve juegos.

© Ediciones Pirámide

Está seguro que su tío le ayudará. Decide, por tanto, ir a la granja donde vive en medio del campo. La noche del lunes se limita a la lectura sin practicar ningún juego en la oscuridad.

El miércoles se continúa con el segundo capítulo. Miguel revela a su tío el motivo de la visita. Pies Ligeros le escucha con atención y comprende. Le tranquiliza diciéndole que él conocer muchos pieles rojas que tener miedo a la oscuridad de pequeños, pero vencerlo con juegos indios y ser bravos guerreros, incluso jefes de tribu como Toro Sentado u Oso de Pie. Miguel confiesa que es la primera vez que duerme fuera de casa y le da miedo la noche. Pies Ligeros le promete desvelarle el secreto de la marioneta india para dormir relajado.

La madre enseña a Andrés a relajarse mediante ejercicios de tensión-distensión de los músculos de las extremidades superiores, extremidades inferiores y cabeza. Se sienta en la cama a la izquierda del niño con una marioneta de madera en medio de ambos. A la voz de «tensa» tira hacia arriba de los hilos y los brazos de la marioneta se extienden. A la voz de «relaja» afloja los hilos y los brazos de la marioneta regresan a la posición de reposo. A continuación Andrés pronuncia las palabras clave y la madre modela la relajación, y viceversa, la madre ordena tensar-relajar y Andrés imita los movimientos observados. La secuencia se repite con piernas y cabeza. Después practica ejercicios de respiración, aspirando profundamente por la nariz, reteniendo el aire unos segundos y espirando suavemente por la boca. Por último ejercita la imaginación con escenas felices como una divertida fiesta de cumpleaños o un entretenido paseo en bici por el parque. Al terminar la madre le abraza efusivamente y le sorprende con la granja de Playmobil™, juguete muy querido por el niño. Le regala la casa y le asegura que cada vez que tenga éxito en los juegos podrá elegir el accesorio que más le guste: el pajar, la plantación de girasoles, la carretilla, la bomba del agua, el palomar, el nido de cigüeñas, gallinas, cerdos, vacas, caballos, perro, etc.

El tercer capítulo corresponde al viernes. Miguel ha aprendido a relajarse y ha pasado la noche como un indio valeroso. Pies Ligeros le elogia porque «estar haciéndote fuerte de mente, cuerpo y espíritu. ¡Gracias, Gran Manitú, por sobrino aguerrido!». Por el día se pasean por la granja y juegan con las ovejas, los caballos, las vacas y otros animales. Al caer la tarde se divierten mucho buscando al perro con los ojos vendados. Concluida la lectura juegan a la gallina ciega en la habitación iluminada. La madre busca con los ojos tapados a Andrés. Luego intercambian los papeles. Le advierte que debe moverse con cuidado para no tropezar. La primera vez se deja atrapar rápidamente. En ocasiones posteriores se sitúa en lugares cada vez más difíciles de encontrar. Cuando es descubierta lo felicita y Miguel escoge como reforzadores materiales el perro, gallinas y pollitos.

La madre informa por teléfono de las dificultades en el entrenamiento en relajación. El terapeuta sugiere variantes como darle esponjas y que apriete el puño exprimiendo hasta la última gota para que note tensión en manos y brazos, o soplarle con una pajita por el rostro para que tense los músculos de la cara. En cambio, Andrés disfruta con el juego de la gallina ciega y pide repetir. Aclara que pueden jugar siempre que deseen con la condición de no forzarle nunca. El padre realiza el envío semanal, vía correo electrónico, de los registros de observación y de aplicación del tratamiento.

2.5. Quinta semana: capítulos 4-6 del cuento y juegos 3-5 para la oscuridad

En el capítulo cuarto se pierde un corderito de la granja. Miguel y Pies Ligeros marchan deprisa a buscarlo antes de que sea demasiado tarde y caiga presa de las alimañas. Guiándose por los tañidos del cencerro lo encuentran encaramado a una peña para refugiarse. A pesar de las sombras del atardecer Miguel escala con paso seguro los riscos y lo rescata. Pies Ligeros le alaba por su hazaña y él se siente alentado. Terminada la lectura la madre coloca una pequeña campana de cerámica encima de la cama y pide a Miguel que entre a la habitación a buscarla con los ojos vendados. En cada ocasión esconde la campanita en sitios más difíciles, debajo de la cama, dentro del ropero, etc. Cuando la

© Ediciones Pirámide

encuentra le sonríe, le besa y le ofrece muñequitos de la granja de juguete.

En el capítulo quinto los planes de ir de acampada se frustran porque amanece frío y lluvioso. Pies Ligeros monta entonces en la era de la granja la «tipi», típica tienda en forma de cono construida con pieles tensadas sobre un armazón de palos de madera. Enciende un fuego en el centro que les da calor y produce sombras extrañas. Después del cuento la madre muestra cómo hacer siluetas de animales con las manos. Miguel las reproduce en la habitación a oscuras y las proyecta en la pared con el haz de luz de una linterna. La madre refuerza social y materialmente (véase la figura 1.2).

El capítulo sexto es una marcha por la pradera siguiendo los rebaños de búfalos. Pies Ligeros le enseña a montar a caballo y a cabalgar con los oídos abiertos para escuchar la naturaleza. Regresan porque anochece y Miguel reconoce los animales sin asustarse. Vuelve contento y confiado a la granja. Pies Ligeros le elogia porque aprender rápido y convertir pronto en guerrero indio. El juego de esa noche en el dormitorio a oscuras consiste en adivinar el animal cuyo sonido emite la madre desde el pasillo, obteniendo reforzadores por los aciertos. Se recomienda emplear sonidos fácilmente identificables (balidos, mugidos, maullidos, ladridos, trinos, cacareos, etc.) y evitar sonidos atemorizadores (rugidos, berridos, estufidos, etc.). El moldeamiento se lleva a cabo alargando el intervalo entre sonidos, de modo que Andrés permanece a oscuras cada vez más tiempo.

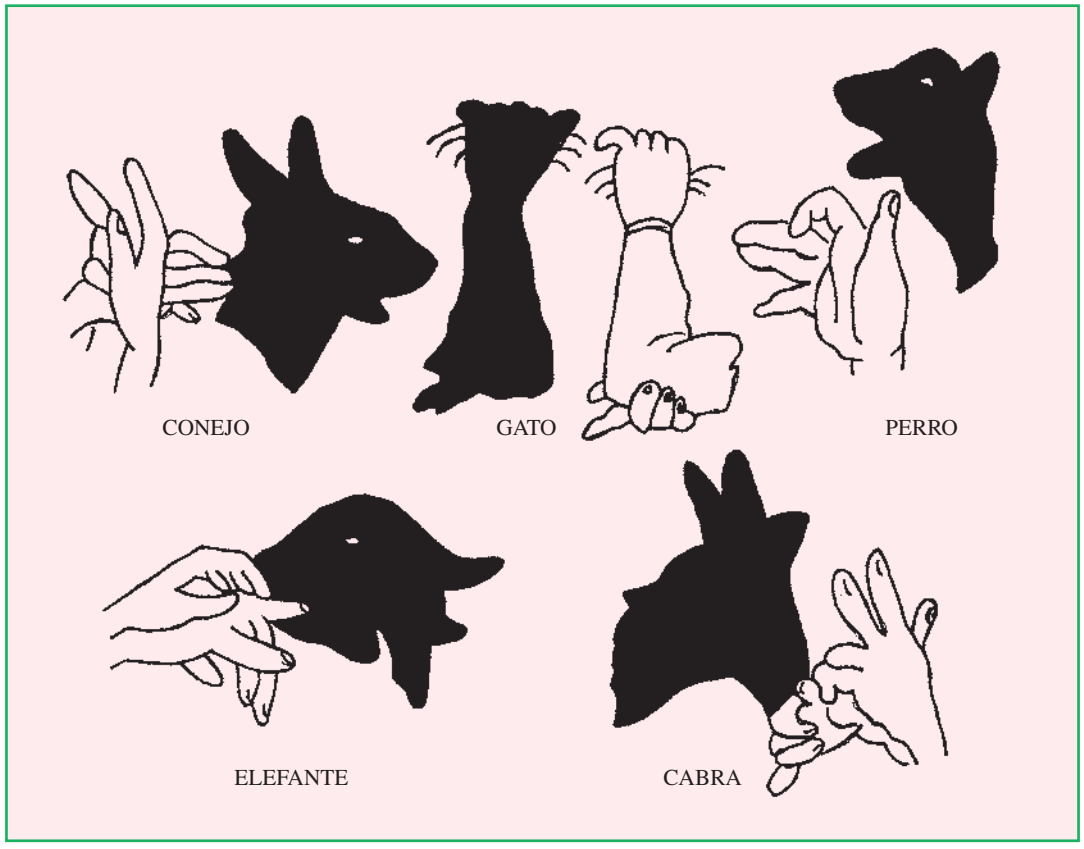


Figura 1.2.—Sombras de animales.

© Ediciones Pirámide

Durante la conversación telefónica semanal la madre confiesa su falta de destreza para el montaje manual de figuras animales. Se le sugiere que recorte contornos, que utilice dibujos de cartulina o que recurra a monigotes. Informa de un percance sin trascendencia. Una noche Andrés pide a su padre jugar a los sonidos animales. Al no haber leído las instrucciones, atrona con rugidos «peores que los del león de la Metro Goldwyn Mayer», asustando al niño e incluso sobresaltando a la madre, que se halla en la cocina preparando la cena.

2.6. Sexta semana: capítulos 7-9 del cuento y juegos 6-8 para la oscuridad

En el capítulo séptimo los días transcurren plácidamente. Pies Ligeros le inicia en la talla de amuletos y confección de cinturones, collares y otros abalorios. Manejando con destreza el cuchillo trabaja una vara hasta esculpir en miniatura el poste totémico representativo de la bravura y el coraje. Siguiendo un ancestral rito de iniciación, Miguel entra a oscuras en el cuarto sagrado reservado a los espíritus de los antepasados a recuperar los juguetes indios fabricados. Aunque está un poco nervioso, consigue recoger los juguetes. El tío le da la enhorabuena y el tótem por su valor. Tras la lectura la madre esconde juguetes de la granja en lugares de la habitación cada vez más recónditos y Andrés los busca con la luz apagada. Cuando sale al pasillo se los regala con expresivas muestras de cariño.

En el capítulo octavo, Pies Ligeros propone elaborar un pastel de fresas silvestres según una antigua receta. Para cocinar se sientan en el suelo sobre una colorida manta con los piernas cruzadas al estilo indio. Por la noche le reta a aguantar a oscuras recordando lo bien que se lo pasa cocinando, construyendo juguetes, reconociendo sonidos animales, cabalgando, etc. Miguel es capaz de permanecer a oscuras largo rato. Su tío celebra los avances y le alaba por ser valiente guerrero indio. Él se siente orgulloso y está convencido de que muy pronto superará completamente su miedo. En el juego Andrés se sienta en la alfombra del dormitorio con las piernas cruzadas. Cuando la madre grita desde el pasillo «¡ya voy!», se levanta, apaga la luz y se acuesta a dormir. Tiene que llevar a cabo la secuencia antes de que la madre entre en la habitación y encienda la luz. Las instrucciones terapéuticas indican que en cada ensayo tarde más en entrar, de modo que el tiempo de exposición a la oscuridad se vaya alargando progresivamente.

El tema del capítulo noveno es la gran fiesta del Maíz Verde. Acuden a reunirse con los amigos de Pies Ligeros, que se enorgullece por la valentía de su sobrino. Miguel disfruta de los alegres festejos, toca el tambor con un palillo de madera pintada coronado con un mazo de piedra forrado con piel de ciervo, hace señales de humo, baila la danza de la lluvia, etc. Allí conoce a un niño indio con el que juega al escondite. Al regresar su tío le confiesa «ser completamente feliz, porque chamán predecir futuro y asegurar que Pequeños Pies Luminosos vencer miedo oscuridad». Esa noche Miguel cae rendido y duerme a pierna suelta en la habitación completamente a oscuras. Terminada la lectura juegan al escondite en el dormitorio con la luz apagada. La madre se oculta en sitios cada vez más difíciles proporcionando reforzadores sociales y materiales cuando es descubierta. Luego Andrés se esconde y su madre tarda cada vez más en encontrarlo fingiendo que no consigue dar con el escondrijo.

La madre comunica el importante progreso de Andrés, que no protesta a la hora de irse a la cama. El único incidente digno de mención es que intenta hacer trampas durante el juego del escondite. Cuando la madre se demora mucho tiempo siguiendo las instrucciones terapéuticas, Andrés da pistas sobre su paradero tosiendo, carraspeando, etc. El padre remite puntualmente los registros a la consulta.

2.7. Séptima semana: capítulos 10-12 del cuento y juegos 9-10 para la oscuridad

En el capítulo décimo, Miguel se despierta contento y satisfecho por haber dormido con la luz

© Ediciones Pirámide

apagada. Esa noche, al ir a acostarse escucha ruidos sospechosos, pero vence su miedo y avanza a oscuras por la granja encendiendo luces para aclarar el misterio. Se ríe al descubrir al causante de los ruidos extraños. El perro ha estado trasteando en la cocina para conseguir comida, con el resultado de quedársele el hocico encajado en un paquete de cereales. Al finalizar la lectura comienza el juego con la casa totalmente a oscuras, Andrés en su habitación y la madre en el salón agitando el bote de las alubias. Guiándose por el ruido la busca por la casa encendiendo las luces a su paso. El nivel de dificultad se incrementa paulatinamente utilizando variaciones como situarse la madre en estancias más alejadas, desplazarse en vez de permanecer quieta en el mismo lugar, atenuar la cadencia del sonido, realizar la búsqueda o persecución sin encender las luces.

En el penúltimo capítulo, Miguel juega con el niño indio. Se sincera contándole el verdadero motivo de la visita a la granja. Su joven amigo sonríe y confiesa que sufrió el mismo problema. Le felicita por lo rápido y bien que ha vencido al miedo. Como prenda de amistad y premio al valor le regala su arco. Por la noche, Miguel tiene una pesadilla, pero se relaja, respira pausadamente e imagina escenas agradables. El juego final es la versión completa de la marioneta india. Cuando Andrés ordena tensar la madre se planta de puntillas, levanta los brazos, alza los ojos, arquea la cejas, etc., tensando todo el cuerpo a la vez como si los hilos de la marioneta tiraran hacia arriba; cuando manda relajar se sienta y regresa a la posición de reposo muy lentamente, como si los hilos de la marioneta se aflojaran. Después invierten los papeles reforzando la actuación del niño.

En el último capítulo la visita llega a su fin. Tío Pies Ligeros celebra una ceremonia ritual para proclamarlo guerrero. Miguel recibe con orgullo el traje y el collar indios que acreditan su coraje y valor. Regresa a casa contento y confiado para enseñar las nuevas habilidades a un amigo con miedo a la oscuridad. La madre telefonea satisfecha por el éxito del tratamiento. El terapeuta les envía de nuevo las escalas de miedo y el registro de observación natural que deben remitir cumplimentados antes de la cita a finales de la siguiente semana en la consulta.

2.8. Octava semana: valoración del tratamiento y alta terapéutica

Tras cinco semanas de tratamiento la entrevista clínica con los padres y la *Escala de miedo a la oscuridad* revelan ausencia de fobia a la oscuridad. Según la *Escala de miedo imaginativo,* a Andrés todavía le da algo de miedo la oscuridad, las películas de terror y los cuentos e historias de miedo, obteniendo una puntuación centil de 30. La observación de la madre por las noches también registra un pequeño grado de miedo que no considera problemático (véase la figura 1.3).

Los padres valoran positivamente el tratamiento. De la guía *El niño miedoso* destacan el capítulo cuarto, «¿Cómo actuar en el miedo a la oscuridad?», que consideran instructivo y ameno, resaltando los casos «el fantasma en el pasillo» y «la ermita de San Antonio». El padre, miembro de la junta directiva de la Asociación de Padres de Alumnos, invita al terapeuta a dirigir una escuela de padres, «porque al comentar en el colegio el problema de mi hijo me he dado cuenta de que en todas partes cuecen habas y en mi casa calderadas».

Refieren que Andrés ha disfrutado durante la terapia y desea nuevos cuentos y juegos. El terapeuta recomienda *Óscar y el león de correos,* Premio Nacional de Literatura Infantil y Juvenil en 1999, editado por Anaya, y *¡Huákala! a los miedos,* editado por Alfaguara. También sugiere *Juegos en la oscuridad: 100 juegos no aconsejados para miedicas,* editado por Bruño.

Las instrucciones postreras se orientan a manejar posibles episodios de conducta oposicionista a la hora de acostarse, a continuar aplicando las pautas terapéuticas de reforzamiento de la exposición gradual en vivo a la oscuridad y extinción de las quejas de miedo sirviéndose de los materiales entregados o recomendados, a ayudar al niño cuando tiene pesadillas por medio de la relajación, respiración e imaginación, y a supervisar las películas de cine, los programas de televisión y las lecturas infantiles.

© Ediciones Pirámide

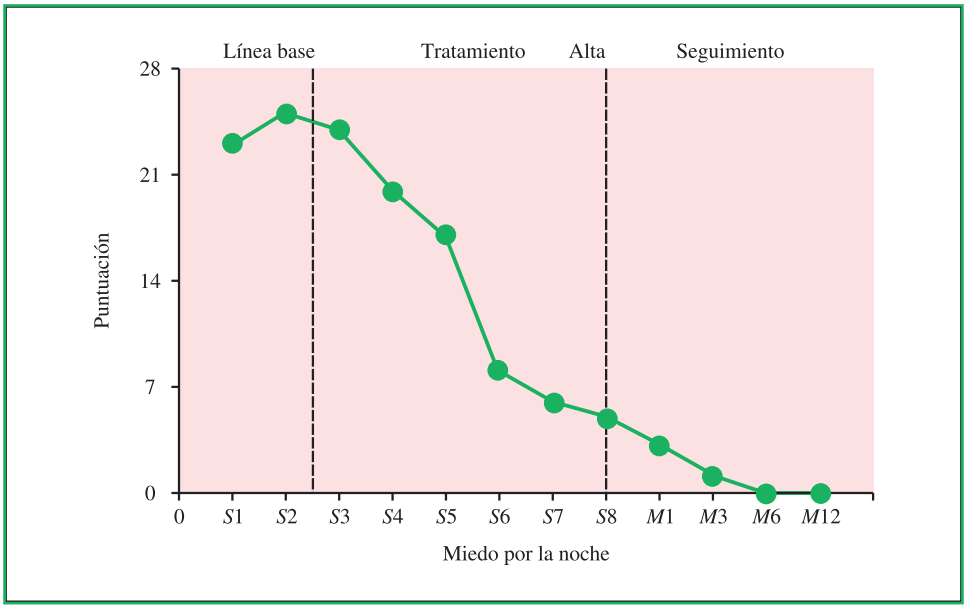


Figura 1.3. Puntuación en el Registro a la hora de dormir.

2.9. Seguimientos y conclusión

Se realizan cuatro seguimientos telefónicos, después de 1, 3, 6 y 12 meses del alta terapéutica. En el primer mes la madre informa que leen juntos los dos cuentos y practican los juegos que el niño elige del centenar del libro. Por iniciativa propia le propone batir el récord de aguantar en la oscuridad llevando a cabo la prueba de tolerancia. Transcurrida media hora entra en la habitación y se sorprende gratamente al encontrarlo dormido en la cama.

En los meses siguientes el miedo a la oscuridad desaparece por completo y la situación se normaliza definitivamente. Andrés se acuesta sin problemas y duerme con la luz apagada. Aunque afirma que no le da miedo tener la puerta cerrada, tanto él como sus padres prefieren dejarla entornada. Tampoco se queja de pesadillas. Se queda a pasar la noche con sus primos y amigos cuando se presenta la ocasión. Efectúa varios viajes sin sus padres durmiendo fuera de casa, y durante el verano asiste a un campamento para aprender inglés.

El presente caso ilustra un tratamiento eficaz para la fobia a la oscuridad (Mikulas et al., 1985; Santacruz, Méndez y Sánchez-Meca, en prensa). El principio terapéutico es la *relación*[3] *gradual en vivo* con los estímulos fóbicos, aversiva pese a su gradación, por lo que el niño recibe ayudas (juego, relajación, modelado, reforzamiento) que, con independencia de su poder terapéutico, aumentan la colaboración y facilitan la implementación del procedimiento. La terapia de juego resulta atractiva al niño y sencilla de aplicar en el hogar por los padres optimizando su eficiencia.

[3] Los enfoques de terapia de conducta la denominan exposición, aproximación, imitación y afrontamiento.

© Ediciones Pirámide

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Elabora una *jerarquía* para la fobia a la oscuridad de un niño de 7 años.
2. Idea el argumento de una historia, sirviendo de modelo el cuento *Tío Pies Ligeros,* para evocar *imágenes emotivas* utilizables en el tratamiento de la fobia a la oscuridad de una niña de 6 años.
3. Inventa un argumento, apoyándote en el ejemplo de *D'Artacán y los tres mosqueperros,* para las *escenificaciones emotivas* con niños de 4 a 8 años.
4. Crea *juegos,* en consonancia con los empleados en el presente caso, que permitan llevar a cabo la exposición gradual en vivo a la oscuridad con niños de 4 a 8 años.
5. Desarrolla un sistema de *economía de fichas* para reforzar las conductas de aproximación de niños pequeños con fobia a la oscuridad.
6. Confecciona un listado de *instrucciones a padres* con consejos sencillos sobre la forma de actuar en la fobia a la oscuridad de su hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4.ª ed. rev.). Washington, DC: Autor.

Cornwall, E., Spence, S. H. y Schotte, D. (1996). The effectiveness of emotive imagery in the treatment of darkness phobia in children. *Behavior Change, 13,* 223-229.

Kanfer, F. H., Karoly, P. y Newman, A. (1975). Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational threat-related verbal cues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4,* 251-258.

Kelley, C. K. (1976). Play desensitization of fear of darkness in preschool children. *Behaviour Research and Therapy, 14,* 79-81.

Klingman, A. (1988). Biblioguidance with kindergartners: Evaluation of a primary prevention program to reduce fear of the dark. *Journal of Clinical Child Psychology, 17,* 237-241.

Lazarus, A. A. y Abramovitz, A. (1962). The use of «emotive imagery» in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science, 108,* 191-195.

Leitenberg, H. y Callahan, E. J. (1973). Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behaviour Research and Therapy, 11,* 19-30.

Méndez, F. X. (1986, junio). *Escenificaciones emotivas: Un tratamiento para las fobias en niños de corta edad*. II Simposio de Terapia Comportamental: Fobias, Coimbra.

Méndez, F. X. y García, M. J. (1996). Emotive performances: A treatment package for children's phobias. *Child & Family Behavior Therapy*, *18*(3), 197-208.

Méndez, F. X., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., García-Fernández, J. M. y Quiles, M. J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: Un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 6*(13), (http://reme.uji.es/articulos/amxndf4650710102/).

Méndez, F. X. y Macià, D. (1986). Tratamiento de una fobia infantil mediante «escenificaciones emotivas». *Anales de Psicología, 3,* 33-41.

Méndez, F. X. y Macià, D. (1988). Escenificaciones emotivas: Una técnica para las fobias infantiles. *Análisis y Modificación de Conducta*, *14*, 323-351.

Méndez, F. X. y Macià, D. (2002). Tratamiento de un caso de fobia a la oscuridad. En F. X. Méndez y D. Macià (eds.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: Libro de casos* (8.ª ed., pp. 38-73). Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X., Olivares, J. y Bermejo, R. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo y M. A. Simón (eds.), *Manual de psicología clínica*

© Ediciones Pirámide

infantil y del adolescente: Trastornos generales (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.

Méndez, X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2003). Tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad en un contexto lúdico: Un ensayo controlado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8,* 199-210.

Méndez, X., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2004). Escenificaciones emotivas para la fobia a la oscuridad: Un ensayo controlado. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4,* 505-520.

Méndez, X., Orgilés, M. y Rosa, A. I. (2005). Los tratamientos psicológicos en la fobia a la oscuridad: Una revisión cuantitativa. *Anales de Psicología, 21,* 73-82.

Méndez, F. X., Rosa, A. I., Orgilés, M., Santacruz, I. y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para miedos y fobias en la infancia y adolescencia. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: Infancia y adolescencia* (pp. 111-136). Madrid: Pirámide.

Mikulas, W. L. y Coffman, M. F. (1989). Home-based treatment of children's fear of the dark. En C. E. Schaefer y J. M. Briesmeister (eds.), *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems* (pp. 179-202). Oxford: Wiley.

Mikulas, W. L., Coffman, M. G., Dayton, D., Frayne, C. y Maier, P. L. (1985). Behavioral bibliotherapy and games for treating fear of the dark. *Child & Family Behavior Therapy, 7*(3), 1-7.

Mooney, K. C., Graziano, A. M. y Katz, J. N. (1985). A factor analytic investigation of children's nighttime fear and coping responses. *Journal of Genetic Psychology, 146*, 205-215.

Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (2005a). Contribución de la economía de fichas a la eficacia de las escenificaciones emotivas en el tratamiento de la fobia a la oscuridad. *Ansiedad y Estrés, 11,* 7-16.

Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (2005b). Tratamiento de la fobia a la oscuridad mediante entrenamiento a padres. *Psicothema, 17,* 9-14.

Orgilés, M., Méndez, X. y Espada, J. P. (2005c). Tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad en niños de 5 a 8 años mediante una terapia de juego: Eficacia de sus componentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental, 1,* 17-23.

Orgilés, M., Méndez, X. y Rosa, A. I. (2003a). Una revisión cuantitativa sobre los tratamientos psicológicos de la fobia a la oscuridad aplicados en un entorno natural. *Análisis y Modificación de la Conducta, 29,* 395-422.

Orgilés, M., Méndez, X. y Rosa, A. I. (2003b). Análisis de los componentes del programa de escenificaciones emotivas. *Análisis y Modificación de la Conducta, 29,* 561-587.

Pelechano, V. (1984). Programas de intervención psicológica en la infancia: Miedos. *Análisis y Modificación de la Conducta, 10*(23-24).

Santacruz, I., Méndez, F. J. y Sánchez-Meca, J. (en prensa). Play therapy applied by parents for children with darkness phobia. *Child & Family Behavior Therapy*.

Sheslow, D. V., Bondy, A. S. y Nelson, R. O. (1982). A comparison of graduated exposure, verbal coping skills, and their combination in the treatment of children's fear of the dark. *Child & Family Behavior Therapy, 4*(2-3), 33-45.

Simonds, J. F. y Parraga, H. (1982). Prevalence of sleep disorders and sleep behaviors in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21,* 383-388.

Sosa, C. D., Capafons, J. I., Conesa-Peraleja, M. D., Martorell, M. C., Silva, F. y Navarro, A. M. (1993). Inventario de Miedos (IM). En F. Silva y C. Martorell (eds.), *EPIJ: Evaluación de la personalidad infantil y juvenil* (vol. III, pp. 99-124). Madrid: MEPSA.

© Ediciones Pirámide

APÉNDICES

Escala de miedo a la oscuridad (Méndez y Santacruz)

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:
Colegio:	Curso:
Contestado por: Madre ❑ Padre ❑ Otra persona ❑ _____	
Fecha de cumplimentación:	

Instrucciones

Por favor, lea detenidamente cada una de las diez frases del test y rodee con un círculo el número que mejor describe el miedo a la oscuridad de su hijo o hija, con la siguiente escala, donde cero significa nada de miedo a la oscuridad, y diez, muchísimo miedo a la oscuridad.



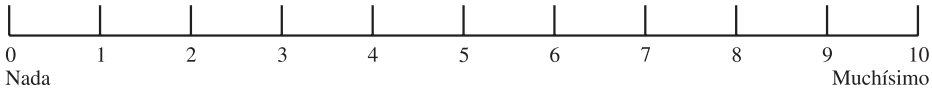
1. Evalúe la intensidad del miedo a la oscuridad de su hijo o hija:



2. Evalúe la presencia de reacciones de miedo de su hijo o hija cuando se queda o está a oscuras: protesta, grita, se queja, llora, tiene una rabieta, se abraza fuertemente a usted o a otra persona, se queda mudo y paralizado, etc.



3. Evalúe si su hijo o hija evita quedarse a oscuras: pide que le dejen la luz encendida (o la enciende él), pide que le acompañen por el pasillo o cuando va al baño si está a oscuras, etc.



© Ediciones Pirámide

4. Evalúe el grado de ansiedad o temor cuando su hijo o hija se queda a oscuras a la fuerza; por ejemplo, se apaga de pronto la luz de la escalera, se va la luz a causa de una tormenta, etc.



5. Evalúe si el miedo a la oscuridad de su hijo o hija repercute negativamente en el niño a nivel personal; por ejemplo, sufre pesadillas si duerme con la luz apagada, no se atreve a entrar en el cine o a las atracciones de los parques temáticos que están a oscuras, etc.



6. Evalúe si el miedo a la oscuridad de su hijo o hija repercute negativamente en la vida familiar: «batallas» a la hora de acostarse, está contagiando el miedo a otro hermano, se despierta de madrugada y cuesta mucho calmarlo, hay que quedarse con él hasta que se duerma, se pasa a su cama y esto es molesto para usted o su consorte, etc.



7. Evalúe si el miedo a la oscuridad de su hijo o hija repercute negativamente en el ámbito escolar; por ejemplo, las noches que duerme mal, va al colegio con sueño y se resienten sus trabajos escolares y sus calificaciones.



8. Evalúe si el miedo a la oscuridad de su hijo o hija repercute negativamente en las relaciones sociales del niño; por ejemplo, a pesar de que le gustaría no se atreve a quedarse a dormir en casa de un amigo o a pasar la noche en tienda de campaña con sus amigos, etc.

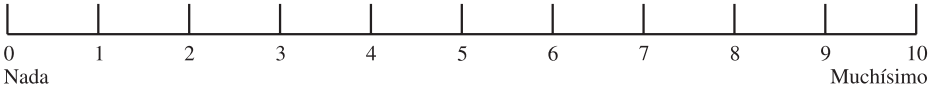


© Ediciones Pirámide

9. Evalúe el grado de sufrimiento o malestar que le produce a su hijo o hija el miedo a la oscuridad.



10. Considerando todos los aspectos anteriores, evalúe globalmente la gravedad del miedo a la oscuridad de su hijo o hija.



Es muy importante que conteste los diez enunciados. Por favor, repase el test y compruebe que ha rodeado el número correspondiente en las diez escalas.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Prueba de actuación en la oscuridad [Mikulas y Coffman (adaptación)]

Nombre del niño:	Fecha de la prueba:
Anotado por: Madre ❑ Padre ❑ Otra persona ❑ _____	

Instrucciones

Por favor, siga las indicaciones específicas de cada tarea. **Es importante que se limite a hacer y a pedir a su hijo lo que se indica, sin ayudarle ni presionarle o forzarle**. Observe el comportamiento de su hijo en cada tarea y anote después la puntuación en la casilla correspondiente de acuerdo con la siguiente escala:

0 puntos: No efectúa o no concluye la tarea indicada.
1 punto: Realiza la tarea indicada, pero mostrando miedo (se queja, hay que repetirle la orden, etc.).
2 puntos: Realiza la tarea indicada sin señales de miedo.

Finalmente pídale a su hijo que señale en el termómetro la cara que refleja el grado de miedo que sintió durante la tarea y márquela en el registro.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

© Ediciones Pirámide

	Tareas	Puntuación (0-2)	Termómetro
1.ª	**Haga lo siguiente:** Coloque un juguete encima de la cama de su hijo, apague la luz de la habitación al salir y cierre la puerta dejando una pequeña rendija. Póngase enfrente de la puerta con la luz del pasillo encendida. **Diga a su hijo:** Entra en tu habitación sin encender la luz, coge el juguete que hay encima de tu cama y sácalo fuera para que veamos qué juguete es. Yo iré detrás de ti todo el rato acompañándote.		
2.ª	**Haga** igual que antes, pero ahora su hijo debe realizar la tarea sin ir acompañado por usted. **Dígale:** Entra en tu habitación sin encender la luz, coge el juguete que hay encima de tu cama y sácalo para que veamos qué juguete es. Esta vez lo harás tú solo. Yo te espero aquí fuera en el pasillo.		
3.ª	**Haga** igual que antes, pero ahora sitúense en el salón con la luz encendida. **Dígale:** Ve y entra en tu habitación sin encender la luz, coge el juguete que hay encima de tu cama y tráelo para que veamos qué juguete es. Yo te espero aquí en el salón.		
4.ª	**Haga lo siguiente:** Esconda un juguete en el armario sin indicar a su hijo la ubicación. **Dígale:** Ve y entra en tu habitación sin encender la luz, busca el juguete que he escondido y tráelo para que veamos qué juguete es. Yo te espero aquí en el salón.		
5.ª	**Dígale:** Te vas a quedar aquí solo en el salón mientras yo me escondo en tu habitación. Cuando oigas «ya», vienes, entras en la habitación sin encender la luz y me buscas hasta que me encuentres. Luego salimos los dos de la habitación sin encender la luz. **Haga lo siguiente:** Ocúltese detrás de la puerta de la habitación sin revelar a su hijo el lugar del escondite.		
6.ª	**Haga lo siguiente**: Apague todas las luces de la casa, excepto la del salón. **Dígale:** Ahora vas a ir andando despacito para no tropezar y vas a encender las luces de todas las habitaciones. Cuando hayas terminado vuelves al salón a decírmelo. Yo te espero aquí.		
	TOTAL		
Observaciones			

© Ediciones Pirámide

Prueba de aproximación conductual (Méndez)

Nombre del niño:	Fecha de la prueba:
Anotado por: Madre ❑ Padre ❑ Otra persona ❑ _____	

Instrucciones

Por favor, dígale a su hijo que van a efectuar unos ejercicios en los que debe tumbarse en la cama como si fuera la hora de dormir y salir de la habitación si siente miedo. **Es importante que no le ayude, ni le presione o fuerce**. Con la ayuda de un reloj con segundero cronometre desde el pasillo frente a la puerta de la habitación los segundos que su hijo permanece sin salir hasta un máximo de dos minutos y anótelos en la columna correspondiente. Después pídale a su hijo que señale en el termómetro la cara que refleja el grado de miedo que sintió durante el ejercicio y márquela en el registro.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

	Ejercicios	Segundos: 0-120	Termómetro
1.º	**Prepare la situación de la siguiente manera:** — Luz de la habitación encendida. — Puerta de la habitación entreabierta.		
2.º	**Prepare la situación de la siguiente manera:** — Lamparita de la mesilla de noche encendida. — Puerta de la habitación casi cerrada (pequeña rendija).		
3.º	**Prepare la situación de la siguiente manera:** — Habitación a oscuras. — Luz del pasillo encendida. — Puerta de la habitación abierta.		
4.º	**Prepare la situación de la siguiente manera:** — Habitación a oscuras. — Luz del pasillo encendida. — Puerta de la habitación entreabierta.		
5.º	**Prepare la situación de la siguiente manera:** — Habitación a oscuras. — Luz del pasillo encendida. — Puerta de la habitación casi cerrada (pequeña rendija).		

© Ediciones Pirámide

Ejercicios		Segundos: 0-120	Termómetro
6.º	**Prepare la situación de la siguiente manera:** — Habitación a oscuras. — Luz del pasillo apagada. — Puerta de la habitación casi cerrada (pequeña rendija).		
	TOTAL		
Observaciones			

Registro a la hora de dormir (Méndez y González)

Nombre del niño:	Fecha de la prueba:
Anotado por: Madre ❑ Padre ❑ Otra persona ❑ _____	

Instrucciones

Por favor, rellene esta hoja todas las noches inmediatamente después de que su hijo se haya acostado y dormido, marcando con una X la casilla que mejor refleje el grado de miedo. Si durante la noche se produce algún incidente, vuelva a realizar la evaluación. Por ejemplo, si marcó la columna «bastante miedo» y luego de madrugada se despertó asustado y se pasó a dormir a la cama de ustedes, debe borrar la marca de la columna «bastante miedo» y marcar en la columna «muchísimo miedo».

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

	Nada de miedo	Algo de miedo	Regular de miedo	Bastante miedo	Muchísimo miedo
L					
M					
X					
J					
V					
S					
D					
Observaciones					

© Ediciones Pirámide

Inventario de miedo a la oscuridad (Méndez, Orgilés y Espada)

Nombre del niño:	Edad:
Colegio:	Curso:
Fecha:	

Instrucciones

Debajo hay una lista de cosas relacionadas con la oscuridad que pueden producirte miedo. Por favor, lee con atención cada frase y tacha con una X la cara que corresponde a tu grado de miedo de acuerdo con la siguiente escala:

NADA = 
ALGO = 
MUCHO = 

CONTESTA TODAS LAS PREGUNTAS. GRACIAS.

¿Cuánto miedo te da?	Nada	Algo	Mucho
1. Las personas de aspecto sospechoso.			
2. Los fantasmas.			
3. Las películas de terror.			
4. Sombras en la habitación.			
5. La preocupación de si me despertaré.			
6. La muerte (morirme o gente muerta).			
7. Los zombis.			
8. El ulular del viento.			
9. Que mis padres se vayan y me dejen solo en casa.			
10. Que alguien vaya a herirme o a estrangularme.			
11. El demonio.			
12. Ruidos fuertes como explosiones.			
13. Que a alguien de mi familia le pase algo malo; por ejemplo, un accidente.			
14. Los secuestradores o que me rapten.			
15. Los vampiros.			
16. Ir yo solo al baño o a otra habitación de la casa.			

© Ediciones Pirámide

¿Cuánto miedo te da?	Nada	Algo	Mucho
17. No poder respirar, asfixiarme.			
18. Las pesadillas.			
19. Los cuentos o historias de miedo.			
20. Ruido de pasos.			
21. Golpes misteriosos.			
22. Estar yo solo en casa.			
23. Las personas con cara de malos.			
24. Las momias.			
25. La oscuridad (habitaciones oscuras, lugares oscuros, etcétera).			
26. Perderme en un lugar desconocido.			
27. Que muera alguien de mi familia.			
28. Que un ladrón entre en casa.			
29. Los ovnis.			
30. Las escenas de miedo de la televisión.			
31. Despertarme a medianoche.			
32. Las brujas.			
33. El retumbar de los truenos.			
34. Que alguien de mi familia se ponga enfermo.			
35. Las cosas misteriosas.			
36. Dormir solo en mi habitación.			
37. Los lugares extraños.			
38. Los monstruos.			
39. Atracciones como la casa del terror.			
40. Un desconocido en la habitación.			
41. Los extraterrestres o alienígenas.			
42. Acostarme con la luz apagada.			
43. Quedarme yo solo en casa con la canguro.			
44. Los asesinos.			
45. Que mis padres se despidan de mí hasta mañana.			
46. ¿Hay alguna cosa más de la oscuridad que te da miedo?			

© Ediciones Pirámide

Tratamiento del miedo a los animales pequeños por medio de realidad virtual*

2

CRISTINA BOTELLA ARBONA
ROSA MARÍA BAÑOS RIVERA
SONIA FABREGAT PRATS

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

Los miedos son una constante en el desarrollo de un niño. Su aparición no sólo no se considera algo patológico, sino que lo «raro» sería su ausencia. El miedo no es más que la reacción del niño ante un objeto o situación que valora como peligroso o amenazante, y que el niño dé muestras de esta reacción es de una gran importancia adaptativa y evolutiva. Así, a lo largo del desarrollo suelen aparecer una serie de miedos que se consideran «normales» y que están relacionados con el desarrollo evolutivo del niño. Por ejemplo, en los primeros meses de vida es normal que el niño reaccione con miedo ante la oscuridad y lo desconocido, ante los ruidos fuertes o inesperados, ante los movimientos repentinos, o ante un extraño. En estos primeros meses, lo único que calma la angustia del niño es la presencia de su madre. A partir de los 2-3 años, y hasta los 6-7, el contenido y naturaleza de los miedos se amplía, incluyendo miedo a los animales, a objetos «abstractos» o imaginarios (como monstruos o fantasmas), a la soledad, a elementos de la naturaleza (como truenos, relámpagos, etc.). Después de los 7 años, los temores que suelen aparecer están relacionados con el rendimiento escolar y deportivo, además de otros temores más «existenciales», como el miedo a la muerte. Todos estos miedos suelen aparecer y al cabo de un tiempo, dependiendo de la edad del niño, disminuir y desaparecer de modo normal.

Sin embargo, no en todos los casos los miedos desaparecen con la edad, a veces persisten e interfieren en la vida del niño. En estos casos, puede que nos encontremos con un trastorno de ansiedad, denominado fobia. Las fobias son temores irracionales a objetos o situaciones que no pueden ser superados con explicaciones o acciones racionales. Se trata de miedos desproporcionados, irracionales y no adecuados, ya que objetivamente no hay razones suficientes que justifiquen la reacción de miedo. ¿Cómo diferenciar el miedo de la fobia? Fundamentalmente porque en la fobia, la ansiedad interfiere en el desarrollo normal de la vida del niño y sus manifestaciones son muy intensas. En las fobias se observan respuestas de miedo que resultan desproporcionadas en relación a la situación y son desadaptativas. El niño que sufre de una fobia siente un miedo irracional y desproporcionado respecto a un objeto o situación. Aunque el niño puede llegar a reconocer que su miedo es excesivo, no puede controlar su reacción, y percibe ese objeto o situación como una «auténtica» amenaza que, por tanto, le provoca una gran angustia y pánico. Como resultado de ello, intenta evitar sistemáticamente esa situación. La gravedad del problema viene determi-

* Este trabajo ha sido posible en parte gracias a las ayudas concedidas por la Generalitat Valenciana (GV-04B-038) y por el Ministerio de Educación y Ciencia (BS02002-03425).

© Ediciones Pirámide

nada por el grado de incapacitación que ese miedo provoca en el niño.

Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la infancia oscila entre el 5,6 y el 21 por 100 (Benjamín, Costello y Warren, 1990). Las niñas presentan una más alta frecuencia que los varones. En el caso de las fobias, se calcula que el 9 por 100 de la población infantil sufre temores que podrían calificarse como fobias. Las más frecuentes en niños son las relacionadas con animales, la oscuridad y la escuela.

Antes de aplicar un tratamiento, es necesario evaluar, además de los elementos que desdencadenan la fobia, qué elementos están implicados en su mantenimiento (por ejemplo, beneficios secundarios, etc.). Además, también es conveniente evaluar la actitud de la familia hacia este temor, ya que la reacción de los familiares puede agravar o atenuar la angustia del niño.

Los tratamientos psicológicos para las fobias específicas en niños y adolescentes suelen dar buenos resultados. La técnica de exposición, especialmente la exposición *in vivo,* es considerada el tratamiento de elección para las fobias. Esta técnica ha obtenido amplio apoyo empírico y el informe de la APA acerca de los tratamientos basados en la evidencia (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995, última actualización realizada por Woody y Sanderson, 1998) incluía la exposición como la técnica de elección para las fobias específicas. De la misma forma, en el estudio de metaanálisis realizado por Orgilés, Rosa, Santacruz, Méndez, Olivares y Sánchez-Meca (2002) sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos, también se concluye que los procedimientos más eficaces para tratar una amplia gama de fobias (animales ambientales, dentales, etc.) son las tácticas de exposición y la combinación de exposición más modelado. En el caso de problemas subclínicos, y especialmente en el caso de miedo a los animales, la estrategia de modelado constituía un procedimiento eficaz.

A pesar de que el tratamiento de elección para las fobias específicas es la exposición *in vivo,* esta estrategia presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, no todas las personas que sufren una fobia se benefician de la exposición *in vivo,* ya que algunas personas tienen tanto temor de enfrentarse al objeto temido que o bien rechazan este tipo de programas, o bien abandonan (Marks, 1987ab; Marks y O'Sullivan, 1992). Incluso para aquellas personas que aceptan el tratamiento, éste puede ser muy aversivo y pueden llegar a sentirse muy poco seguras, ya que no es posible afirmar con total certeza que algo no vaya a funcionar como debiera (por ejemplo, no se puede garantizar que no se pare el ascensor, o que no haya problemas técnicos en el avión o turbulencias, etc.). Estas limitaciones pueden subsanarse con el uso de las nuevas tecnologías, concretamente la realidad virtual.

La realidad virtual es una nueva tecnología capaz de crear una «realidad ilusoria». Los mundos virtuales son ambientes tridimensionales generados y mantenidos por el ordenador en tiempo real, en los que la persona puede navegar e interactuar. Por ejemplo, tocar y/o mover objetos, y lo que es más importante, ese mundo responde también en tiempo real a tales acciones.

Una de las aplicaciones que tiene esta herramienta en el ámbito de la psicología clínica es su utilización para llevar a cabo lo que se ha venido denominando «exposiciones virtuales». Este tipo de exposiciones presentan una serie de ventajas frente a las exposiciones tradicionales *in vivo* (Botella, Quero, Baños, Perpiñá, García-Palacios y Riva, 2004). En primer lugar, la seguridad que proporciona a las personas, puesto que ellas pueden controlar el contexto y el ambiente generado por el ordenador, a su voluntad y sin riesgos, ya que éste puede graduarse totalmente. Por tanto, la realidad virtual puede convertirse en un paso intermedio muy importante entre la consulta del clínico (donde la persona se siente segura y protegida) y el mundo real (que puede ser percibido de manera tan amenazante, que la persona llegue a decidir no enfrentarse con él). Por otro lado, frente a la exposición *in vivo,* la realidad virtual ofrece un mayor grado de confidencialidad, en el sentido de que el tratamiento se hace en consulta, por lo que la persona no tiene por qué temer que si la exposición se realiza en un ambiente público «pueda dar un espectáculo» o, simplemente, que los demás puedan conocer su problema.

© Ediciones Pirámide